

MIGRATION ET SANTÉ

DÉTERMINANTS SOCIAUX ET SANTÉ DES MIGRANTS



CONDITIONS DE VIE, DE MIGRATION, EXPOSITION AUX VIOLENCES,
PROBLÉMATIQUE D'ACCÈS AUX SOINS.

**ENQUÊTE QUALI-QUANTITATIVE FAITE AU NIGER,
EN TUNISIE, AU MAROC**

2017-2018



Résumé

DÉFINITION DE L'ENQUÊTE

■ OBJECTIF

Donner un aperçu de l'état de santé et de certains déterminants de la santé des migrants, sur base des témoignages des populations migrantes rencontrées par les équipes de Médecins du Monde et/ou ses partenaires dans 4 lieux stratégiques des voies migratoires actuelles.

■ POPULATION CIBLE

461 migrants ont répondu à un questionnaire, 18 focus groupes réunissant des migrants ont été organisés. **Un migrant étant une personne ayant effectué un parcours migratoire depuis son pays d'origine jusqu'au lieu où se déroulait l'enquête, que ce lieu soit sa destination finale ou non, et ce, quelle que soit la cause de son départ, sa situation et la durée de son séjour.**

■ LIEUX

L'enquête a été réalisée dans 4 endroits différents :

- Agadez au Niger (100 enquêtes, 8 focus groupes).
- Tunis en Tunisie (181 enquêtes, 2 focus groupes).
- Oujda au Maroc (80 enquêtes, 4 focus groupes).
- Rabat au Maroc (100 enquêtes, 4 focus groupes).

■ PÉRIODE

Le recueil de données s'est effectué de décembre 2017 à mars 2018.

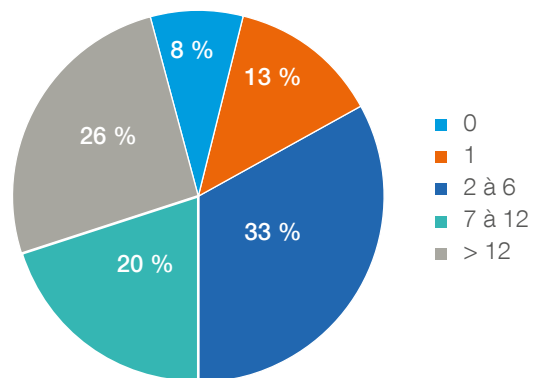
RÉSULTATS PRINCIPAUX :

■ PROFIL DES MIGRANTS ENQUÊTÉS :

- 59% de femmes, 41% d'hommes
- Âge médian : 28 ans (de 14 à 62 ans) - 20 mineurs
- Origine : 98,5% Afrique sub-saharienne
- Statut administratif : 63% non-régularisés, 16,5% régularisés, 9% demandeurs d'asile, 3% visa touristique ou de travail, 8,5% autre.

■ DURÉE DE ROUTE MIGRATOIRE :

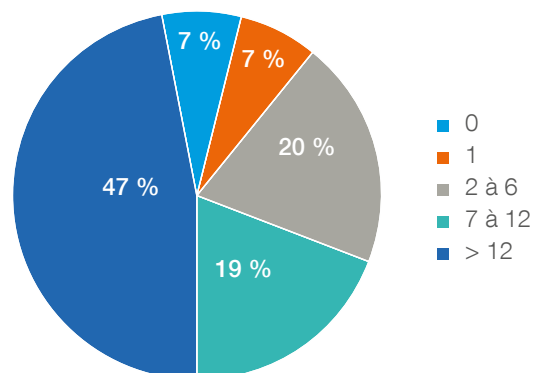
Durée de route (en mois) n = 228



La durée de la route migratoire est longue. Pour presque la moitié (46%) des migrants enquêtés, elle dure déjà depuis plus de 6 mois.

■ DURÉE DU SÉJOUR DANS LE LIEU D'ENQUÊTE

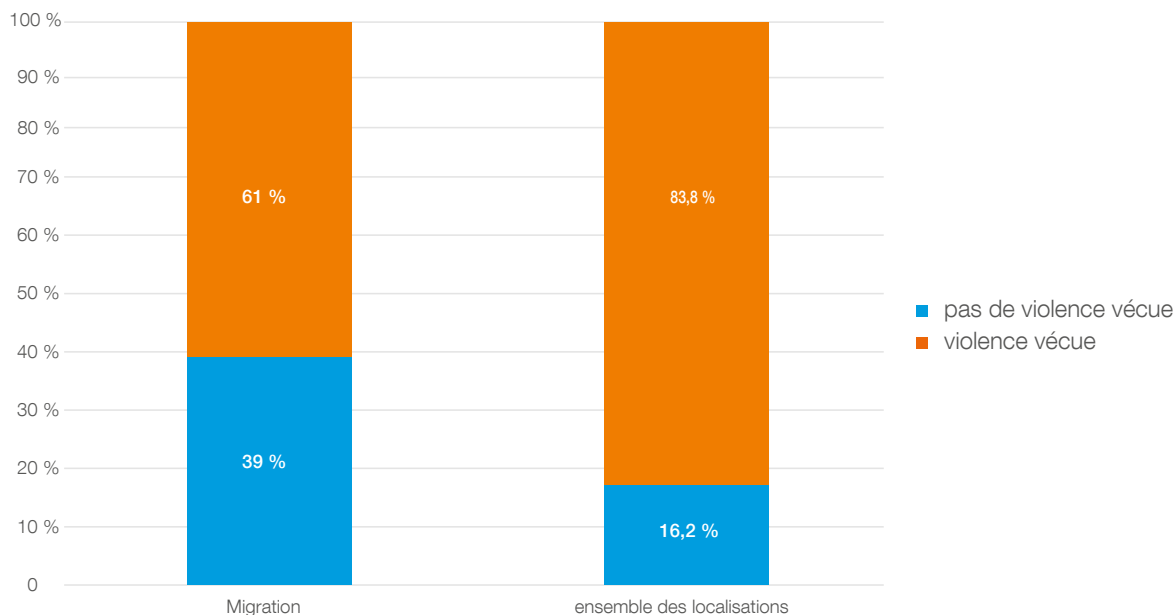
Durée de séjour (en mois) n=458



La durée de séjour est très variable, notamment en fonction du genre et du statut administratif. Elle est généralement très longue, pour près de la moitié (47%) des migrants interrogés, elle dépasse déjà les 12 mois au jour de l'enquête.

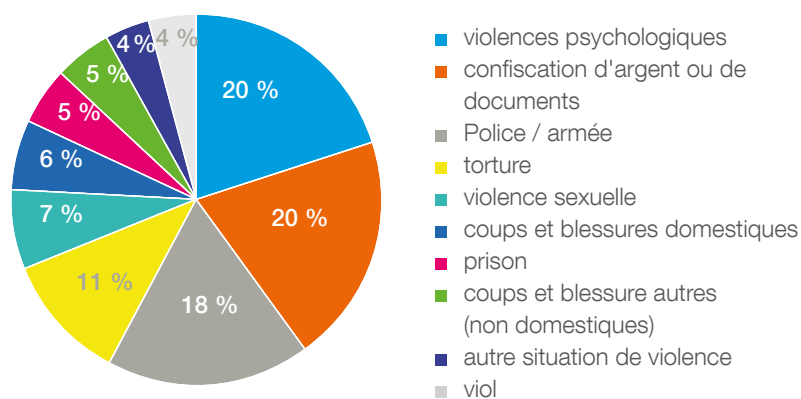
■ VIOLENCES SUBIES

Pourcentage de personnes ayant subi des violences



83,8% des répondants ont témoigné avoir subi des violences au cours de leur parcours de vie et 61 % au cours du parcours de migration.

Répartition de toutes les violences déclarées par type

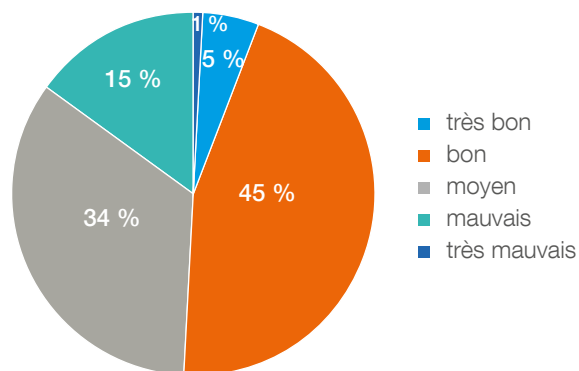


Les 3 violences les plus rencontrées sur l'ensemble des étapes du parcours sont les violences psychologiques et deux des violences faisant partie des violences institutionnelles, la confiscation d'argent et/ou de documents et la violence perpétrée par les forces de l'ordre, police et/ou armée. A elles trois, elles représentent 58% des violences déclarées.

Le profil des violences varie en fonction du genre, et de la localisation, pays d'origine, route et pays d'enquête, particulièrement entre le pays d'origine et les deux autres faisant partie de la migration.

■ ÉTAT DE SANTÉ

État de santé, pourcentage de personnes par catégorie, n=461

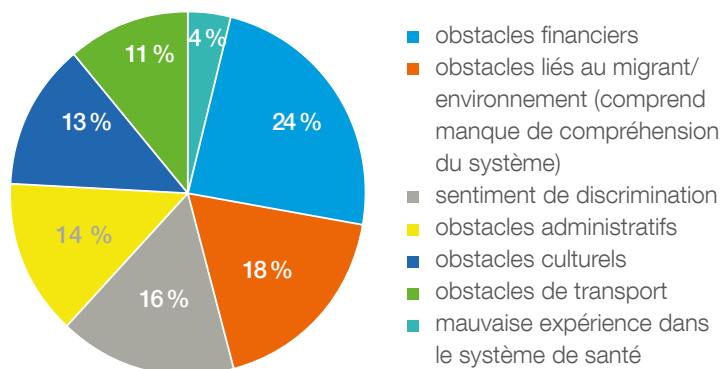


Un migrant interrogé sur deux considère être dans un état de santé qui n'est pas bon, mais seulement ressenti comme moyen à très mauvais.

■ ACCÈS AUX SOINS

Seulement 39% des migrants ont déclaré ne pas avoir rencontré d'obstacle à l'accès aux soins.

Répartition des barrières totales déclarées à l'accès aux soins par type



Les barrières à l'accès aux soins sont diverses mais les plus fréquemment mentionnées sont les obstacles financiers, le manque de compréhension du système et le sentiment de discrimination qui à eux trois représentent plus de la moitié des obstacles rapportés.

■ CONCLUSION

La migration est un phénomène complexe et variable au vu de différentes circonstances de migration. Le statut de migrant ne peut donc que difficilement être généralisé. Cependant certains événements semblent extrêmement récurrents au cours d'un parcours migratoire. Il s'agit notamment des violences, des mauvaises conditions de vie, des difficultés d'accès aux soins, tout cela menant à une dégradation de l'état de santé.

Pour une analyse plus détaillée par pays, consultez aussi : www.medecinsdumonde.be

■ RECOMMANDATIONS

Sur base de ces résultats, Médecins du Monde émet des recommandations de trois types : premièrement des recommandations générales concernant le contexte structurel de la migration, deuxièmement des recommandations opérationnelles pour les acteurs de la migration, et troisièmement des recommandations de recherche pour améliorer la connaissance des facteurs impactant la santé des migrants.

1. Introduction	6
2. Objectifs de l'enquête	8
3. Méthodologie de l'enquête	9
4. Résultats	11
A. ANALYSE GLOBALE SUR LES 4 LIEUX	
I. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	11
II. STATUT ADMINISTRATIF	11
III. DURÉE DE ROUTE	11
IV. DURÉE DE SÉJOUR	12
V. VIOLENCES SUBIES	14
VI. FAIM	19
VII. GUERRE/CONFLIT ARMÉ	19
VIII. ÉTAT DE SANTÉ	20
IX. ACCÈS AUX SOINS	21
X. PROJETS DE VIE	22
B. ANALYSE COMPARATIVE ENTRE LES 4 LIEUX	
I. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	22
II. STATUT ADMINISTRATIF	24
III. DURÉE DE ROUTE	25
IV. DURÉE DE SÉJOUR	25
V. VIOLENCES SUBIES	25
VI. ÉTAT DE SANTÉ	30
VII. ACCÈS AUX SOINS	31
5. Discussion	33
6. Limitations de l'enquête	37
7. Recommandations	37
I. RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES	37
II. RECOMMANDATIONS OPÉRATIONNELLES	38
III. RECOMMANDATIONS DE RECHERCHES	38
8. Remerciements	39
9. Bibliographie	39
10. Annexe : Concept note EVAM (Ending Violence Against Migrants)	40

1. Introduction

Médecins du Monde est une ONG internationale de développement médical faisant partie d'un réseau international. Nous fournissons une assistance médicale aux groupes vulnérables, en Belgique et dans le reste du monde.

Nous voulons une couverture universelle de santé où chaque personne a accès aux soins, sans obstacles (financiers, culturels, géographiques, etc.).

Pour mener à bien notre mission, nous nous basons sur trois piliers :

- Soigner : donner un réel accès aux soins aux populations.*
- Accompagner le changement : plus qu'aider, nous voulons changer les choses à long terme.*
- Témoigner : nous ne restons pas silencieux. Grâce à notre expérience et notre présence sur le terrain, nous interpellons les pouvoirs (locaux, régionaux et (inter)nationaux) en nous appuyant sur des faits, des chiffres et des réalités.*

Dans ce contexte, Médecins du Monde a développé des programmes liés à la santé et la migration qui se basent sur trois principes : assurer des soins médicaux, sociaux et psychosociaux pour les personnes qui en ont besoin, renforcer les capacités du personnel de santé local pour un accueil et une prise en charge de qualité, développer un plaidoyer sur

les barrières d'accès aux soins et les droits des migrants. L'objectif de ces projets est d'identifier et prendre en charge les vulnérabilités des migrants dans le domaine de la santé.

Médecins du Monde gère des projets 'Santé-Migration' dans différents pays. A travers certains de ces projets et grâce à toute l'expérience accumulée, une enquête a été menée, qui a permis de collecter un nombre d'informations ciblant le profil des migrants, leur état de santé, et certains déterminants sociaux de la santé spécifiquement liés à la migration, auprès de migrants rencontrés dans plusieurs pays où Médecins du Monde travaille à leurs côtés.

Afin de poser le cadre de ces éléments et de permettre la bonne compréhension des concepts et données discutées, il est important de rappeler les notions suivantes :

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) affirme que :

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. »

La population migrante est souvent jeune et en bonne santé au moment du départ en migration. Toutefois, vu la situation particulière de migration et ses circonstances, nous pouvons identifier quatre éléments qui amènent une vulnérabilité augmentée et qui ont un impact sur la santé.

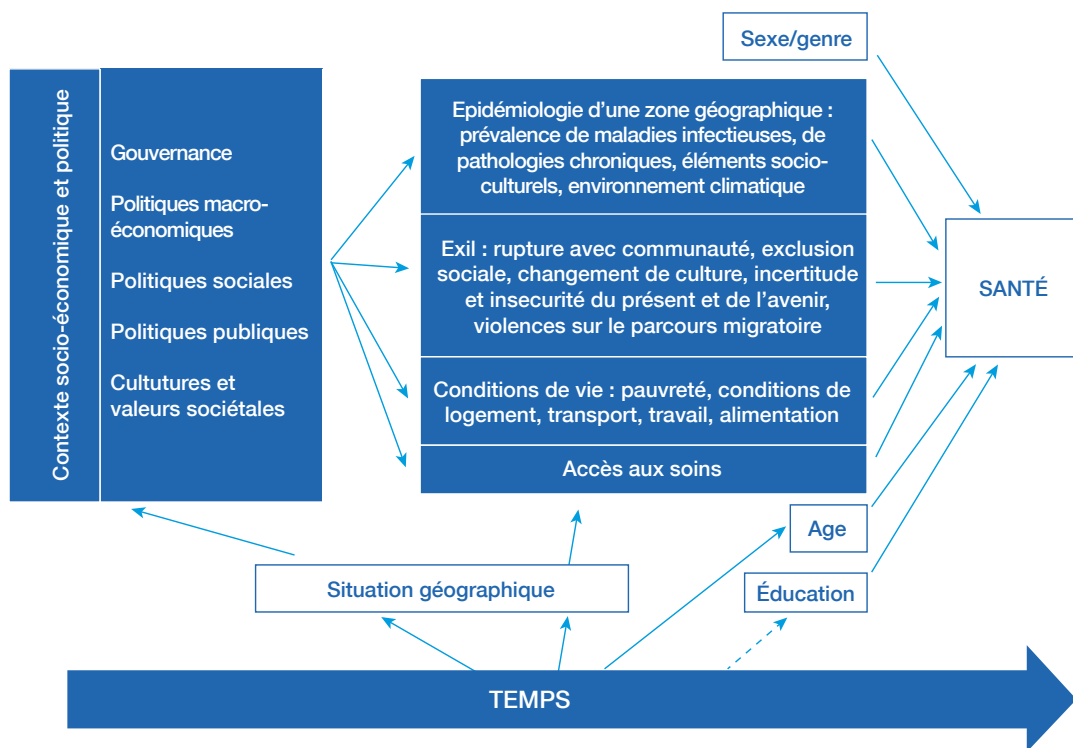
Ces éléments sont des déterminants de la santé tels que les définit l'OMS :

« 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.»

L'OMS et de nombreuses publications considèrent la migration comme un déterminant de la santé combinant un ensemble de facteurs (1,2).

Au sein de Médecins du Monde, sur base des notions fournies dans la littérature et les recommandations, notamment celles de l'OMS (1, 2, 3), nous avons établi un modèle qui nous permet de catégoriser ces facteurs, déterminants sociaux de la santé des migrants :



1. L'exposition à certaines maladies étant donné les facteurs suivants : la prévalence plus élevée de maladies infectieuses, de pathologies chroniques, des éléments socio-culturels (habitudes alimentaires, de consommation et d'activités protectrices ou favorisantes, pratiques "traditionnelles"...), l'environnement climatique, qui déterminent l'épidémiologie spécifique d'une zone géographique.
2. Les éléments directement en lien avec l'exil : La rupture avec la communauté et le changement de culture, les violences sur le parcours, l'exclusion sociale, l'incertitude et l'insécurité sur le présent et l'avenir. Tous ces éléments ayant des conséquences directes sur la santé, physique et certainement mentale.
3. Les conditions de vie des migrants qui augmentent leur exposition directe aux risques : logement avec conditions d'hygiène pauvres, conditions de transport, conditions de travail, pauvreté, alimentation insuffisante en quantité et qualité.
4. L'accès aux soins limité dans les pays de transit ou d'accueil, avec toutes les barrières d'accès aux soins.

2. Objectifs de l'enquête

De plus, il est important de **tenir compte du caractère changeant et évolutif de tous ces facteurs** étant donné le déplacement géographique et donc de contexte au cours du temps et la progression du parcours migratoire. Ce caractère changeant a un impact sur un des critères qui définissent la qualité en soins de santé, **la continuité, qui est donc rendue difficile et souvent mise à mal.**

Les autres déterminants sociaux de la santé bien connus, non spécifiques aux migrants sont l'âge, le sexe/genre et le niveau d'éducation.

Comme déterminant social de la santé spécifique aux migrants nous avons identifié les violences subies qui sont connues comme faisant presque toujours intégralement partie d'un parcours migratoire.

Pour définir les violences dans notre enquête nous avons pris comme référence, la définition de la violence de l'OMS :

« La violence est l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès. »

La violence est donc entendue comme tout acte intentionnellement dirigé à l'encontre d'autrui, de soi-même, d'un groupe ou d'une communauté.

Cette enquête a pour objectif de donner un **aperçu de l'état de santé général et de certains déterminants de la santé, directement en relation avec la migration**, des populations migrantes que Médecins du Monde rencontre à travers ses projets le long des routes migratoires en Afrique sub-saharienne et au Maghreb, avec un focus sur trois pays clefs : le Niger, le Maroc et la Tunisie.

Cette enquête a été réalisée par Médecins du Monde avec la collaboration de certains de ses partenaires sur le terrain qui ont une expertise dans la migration et son contexte local. L'objectif était d'obtenir une meilleure connaissance des conditions migratoires et leur impact possible sur la santé et de **développer un argumentaire dans le but d'informer et d'alerter sur la santé de ces populations au cours de leur parcours migratoire.**

L'enquête ne se prétend pas exhaustive et représentative de l'ensemble de la migration à l'heure actuelle. Mais les résultats obtenus et présentés sont une bonne photographie, à un moment donné, d'une situation changeante dans le temps, concernant certains migrants rencontrés à ce moment à travers quelques projets de Médecins du Monde.

Ce rapport a pour objectif de décrire la réalité des situations vécues par les migrants, à travers la présentation de données concrètes de populations se trouvant dans certaines conditions critiques ainsi que des témoignages d'expériences vécues au cours de leur trajet.

3. Méthodologie de l'enquête

L'enquête a été conceptualisée suite au projet de l'Observatoire européen dont le rapport avait montré que **la majorité des personnes concernées par l'échec de la couverture santé universelle en Europe étaient des migrants** (4). Médecins du Monde, ayant des projets d'assistance aux migrants a trouvé important d'approfondir la connaissance sur les questions liées à leur santé. L'enquête a donc été élaborée sur base des éléments du rapport de l'Observatoire et la connaissance des problématiques des migrants.

Elle comporte deux volets, un questionnaire à questions fermées pour les **aspects quantitatifs**, et des focus groupes avec des migrants pour compléter les informations par un **aspect qualitatif**.

Le questionnaire aborde, en plus des données socio-démographiques et de l'état de santé ressenti de chaque personne, certains déterminants de la santé clefs liés à la condition de migrant. Ces déterminants sont les suivants :

- **LE STATUT ADMINISTRATIF** (permis de séjour, demandeur d'asile, visa touristique/de travail, réfugié reconnu, non régularisé/sans papiers, autre, ne sait pas)
- **LA DURÉE DE ROUTE** (temps passé depuis le départ du pays d'origine, exprimé en mois)
- **LA DURÉE DE SÉJOUR** (temps passé dans le pays d'enquête jusqu'au jour de l'enquête, exprimé en mois)
- **LE LOGEMENT** (à la rue ou hébergement d'urgence <15 jours, hébergé par organisme ou association > 15 jours, ghetto, campement, bidonville, squat, logement familial ou entre amis, lieu de travail, colocation, logement personnel, centre d'accueil, autre)
- **LES VIOLENCES SUBIES** (guerre/conflit armé, prison, torture, police/armée, coups et blessures domestiques, coups et blessures autres (non domestiques), violences sexuelles, viol, violences psychologiques, confiscation d'argent ou de documents, faim, sujet non abordé lors de la consultation)
- **LES BARRIÈRES À L'ACCÈS AUX SOINS :** obstacles administratifs (e.g. problème de justificatif pour une prise en charge), obstacles financiers (e.g. consultation ou traitement trop cher, pas d'assurance, quelqu'un a payé pour moi, pas de couverture maladie...), obstacles culturels (e.g. barrière linguistique), obstacles de transport (e.g. méconnaissance de la ville, manque de moyens de transport), obstacles liés au migrant/environnement (e.g. manque de compréhension du système, peur d'être arrêté, réseau de traite, ...), mauvaise expérience dans le système, sentiment de discrimination, n'a pas essayé d'aller dans une structure médicale, pas d'obstacles.

Il est important de préciser que pour les violences, aucune définition n'a été donnée concernant les différents types de violences qui étaient des réponses possibles. Cela veut dire que les réponses sont basées sur le ressenti des migrants interrogés qui ont déterminé quelle catégorie répondait le mieux à ce qu'ils ressentaient de leur vécu. Par exemple, les violences policières doivent être comprises comme un acte, quel qu'il soit dans sa nature, que le migrant a ressenti comme une violence de la part d'un membre des forces de la police. Pour les autres réponses possibles, elles identifient la nature de la violence mais pas l'auteur. Donc pour les coups et blessures (2 types), la torture, les violences sexuelles (2 types), les violences psychologiques et les confiscations de documents et/ou argent, l'auteur de la violence n'est pas déterminé. Il se pourrait donc qu'il y ait des chevauchements entre la nature et l'auteur de la violence ressentie et que le migrant ait fait un choix dans sa réponse en fonction de son ressenti de ce qui lui semblait important.

Les focus groupes ont réuni chaque fois plusieurs personnes en migration dans le but de nous donner des informations plus détaillées sur certains indicateurs et/ou certaines thématiques : les circonstances du départ en migration, la route migratoire, les violences subies, les conditions de vie dans le pays d'enquête notamment le logement, l'accès au travail, les moyens économiques, l'accès aux soins, ses barrières et la qualité des soins, leurs projets de vie. Le but des focus groupes était enfin de nous transmettre certaines de leurs expériences vécues marquantes.

Les questionnaires ont été présentés, adaptés et validés par les équipes terrain préalablement à la mise en œuvre. Les enquêteurs ont été sélectionnés au sein de chaque contexte : ils étaient soit des membres du personnel de Médecins du Monde, soit des membres des associations partenaires. Ils ont été formés et des instructions, de même qu'un guide de l'enquêteur leur a été remis.

Les enquêtes ont été réalisées dans divers endroits en fonction des projets, dans les locaux du projet de Médecins du Monde et/ou dans les habitations et quartiers qui sont connus pour regrouper des migrants.

- Au **Niger**, cela s'est passé dans les logements temporaires des migrants à **Agadez**, qui sont communément appelés "ghettos" ou "foyers" sur place.
- En **Tunisie**, à **Tunis**, ce sont les personnes se présentant pour des soins dans le projet migrants qui ont été l'objet de l'enquête (pas de spécificité du projet en termes de genre, de vulnérabilité supplémentaire).

- Au **Maroc**, à **Oujda**, ce fut dans les quartiers où résident les migrants que le questionnaire a été rempli. A **Rabat**, ce fut auprès des personnes cherchant des soins dans le centre de santé de Médecins du Monde (soins aux femmes enceintes, ayant subi des violences, et aux enfants) ainsi que dans les habitations de migrants que les données ont été recueillies.

La population ciblée par Médecins du Monde et ses partenaires, était **l'ensemble des personnes ayant effectué un parcours migratoire depuis leur pays d'origine jusqu'au lieu où se déroulait l'enquête, que celui-ci soit leur destination finale ou non, quelle que soit la cause de leur départ, leur situation et la durée de leur séjour**. Il n'y a pas eu de méthode d'échantillonnage appliquée, les personnes enquêtées étaient les personnes rencontrées qui répondaient au critère de migrant et qui acceptaient de participer à l'enquête. Il s'agit donc d'un échantillon d'opportunité, non aléatoire.

De cette façon, les données ont été récoltées auprès de **468 personnes** par le questionnaire de notre enquête **de décembre 2017 à mars 2018** dans les différentes missions de notre organisation.

Il faut préciser qu'en Tunisie, un outil répondant à toutes ces questions était déjà en place dans le projet pour tout migrant venant chercher des soins dans le projet. Les questionnaires n'ont donc pas été utilisés mais les données extraites de l'outil pour toutes les personnes qui se sont présentées dans le projet durant une période déterminée.

De ces 468 questionnaires, **461 ont été validés pour analyse** (retrait de 6 enfants de 0 à 3 ans en Tunisie qui ont été considérés comme n'ayant pas pu répondre aux questions étant donné leur âge, et d'un mineur de 8 ans au Maroc dont le profil, très différent, est présenté séparément).

Les focus groupes ont été systématiquement conduits par 2 enquêteurs, l'un dirigeant les discussions, l'autre prenant des notes. Toutes les conversations ont également été enregistrées.

Au cours du déroulement de cette enquête, **les considérations éthiques ont été respectées**. Les migrants interrogés ont été informés de l'objectif et la finalité de l'enquête et leur consentement a été systématiquement obtenu. L'anonymat et la confidentialité des données

ont été garantis aux participants. En outre, le retrait de la participation a été possible à tout moment.

Toutes les données du questionnaire ont été encodées dans une base de données Excel. Les focus groupes ont été retranscrits sous forme de texte.

Un traitement de toutes ces données a été fait au siège de Médecins du Monde par un chercheur principal, accompagné par un groupe de réflexion de personnes qui connaissaient les conditions locales des lieux d'enquête.

A partir de ces données plusieurs analyses ont été réalisées. Tout d'abord, une **étude globale** a été faite, sans distinction de lieu, sur base des 461 enquêtes. Ensuite, une **analyse comparative** entre les 4 lieux d'enquêtes a été faite. Enfin, une **analyse spécifique** pour chacune des zones de collecte des données a été réalisée.

Les données concernant le logement n'ont pas été retenues, n'étant pas pertinentes du point de vue de la qualité du logement, qui est le facteur pouvant avoir un impact déterminant sur la santé.

Lors de l'analyse des données, il a été décidé en raison du caractère intentionnel de la violence, telle que définie par l'OMS qui est notre référence, et du format des réponses qui ne fournissait pas d'élément de contexte, de retirer la faim et les réponses de guerre et conflits armés de l'analyse globale des violences. Ces deux déterminants seront abordés individuellement dans ce rapport.

Les rapports fournis par les collègues des missions ont permis une contextualisation de ces informations.

Cette enquête est donc quali-quantitative, mais ne peut se prétendre représentative. En effet, elle est un **aperçu d'une situation donnée à un moment précis**. Elle ne couvre pas l'ensemble de la population migrante à travers le monde ou même une région donnée, celle d'Afrique sub-saharienne et du Maghreb. Elle n'est pas non plus un échantillon précis, certainement déjà étant donné que la totalité de la population migrante n'est pas disponible de par son caractère même, parfois caché, toujours fluctuant. Cette enquête est cependant très intéressante pour comprendre la réalité que vivent les migrants, dans leur diversité. Elle permet, d'une part à travers des chiffres de **donner une image concrète** d'une certaine réalité et d'autre part, à travers les témoignages, de **rendre ces données humaines et vivantes**.

4. Résultats

A. ANALYSE GLOBALE SUR LES 4 LIEUX

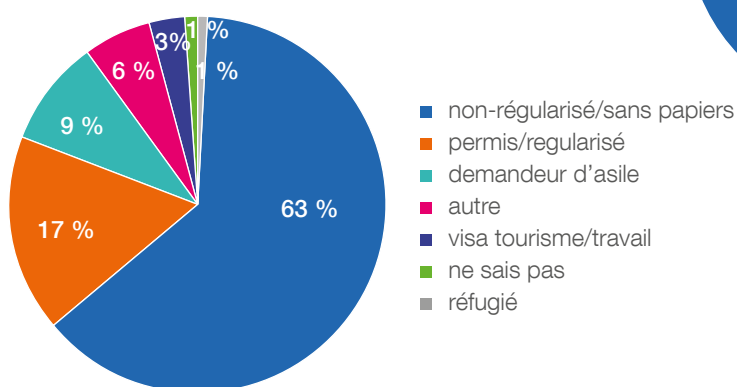
Sur l'ensemble des quatre lieux d'enquête, les données collectées auprès de 461 personnes ont été analysées. Cela représente la répartition suivante : 100 personnes enquêtées à Agadez au Niger, 181 à Tunis en Tunisie, 80 à Oujda au Maroc et 100 à Rabat au Maroc.

I. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

59% (272) de ces personnes étaient des femmes et 41% (189) des hommes. L'âge médian est de 28 ans, avec une variation de 14 à 62 ans. Parmi eux, il y a 20 mineurs dont 15 non accompagnés (MENA). Ces migrants sont pour une grande majorité originaires des pays d'Afrique sub-saharienne (454/461). 55% de la population totale interrogée a comme pays d'origine la Côte d'Ivoire et le Nigéria, hommes et femmes confondus, et, en troisième position la Guinée pour les femmes, et, le Cameroun pour les hommes.

II. STATUT ADMINISTRATIF

Statut administratif n=459



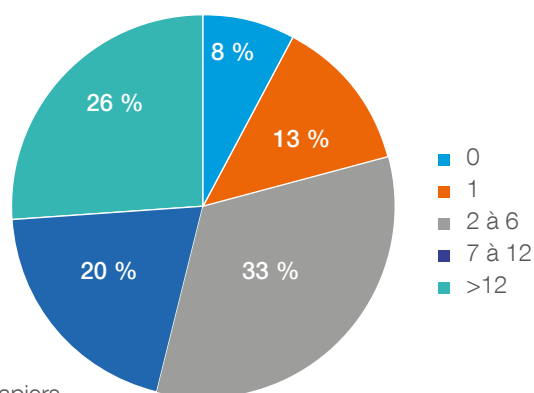
Concernant leur statut administratif, 289 (63%) sont non-régularisés contre seulement 76 (16.5%) personnes régularisées, 40 (9%) sont en demande d'asile et 15 (3%) possèdent un visa touristique ou un visa de travail. Les autres, une minorité (39=8.5%), ont soit un statut de réfugié, soit un autre document, soit ne savent pas quel est leur statut.

III. DURÉE DE ROUTE

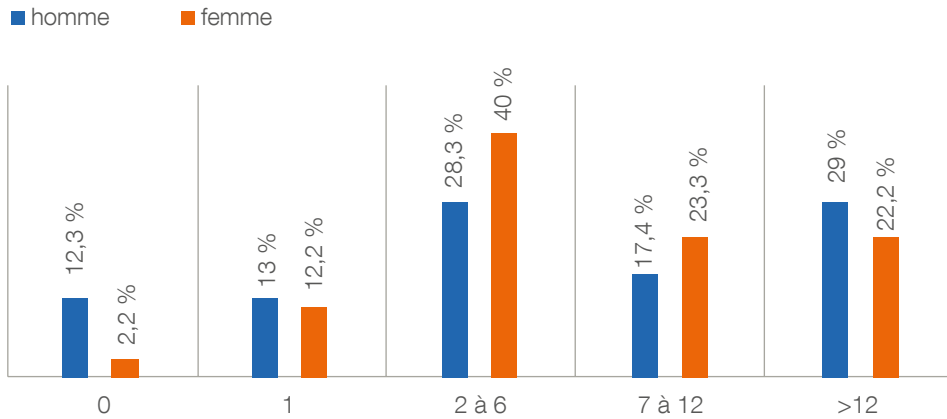
En Tunisie et pour une grande partie des personnes migrantes à Rabat au Maroc, soit au total 223 des migrants enquêtés, l'arrivée s'est faite **par avion** souvent dans un contexte soit de "contrat" de travail (prise en charge des frais de transport en avion par un(e) intermédiaire en échange de 5 mois de travail avec confiscation de passeport et téléphone), soit de plan d'études.

L'analyse suivante de la durée de la route se concentrera donc sur les migrants qui ont dû adopter un **autre moyen de transport**.

Durée de route en mois = 228



Durée de route (en mois, n=228) selon le genre



L'analyse de la durée du trajet porte sur les 228 personnes qui n'ont pas fait la route par voie aérienne. Il ressort une disparité assez importante : 21% des migrants ont une durée de route inférieure à 2 mois alors que, pour 26% d'entre eux, l'itinérance a duré plus de 12 mois. Ainsi on note que le parcours migratoire peut être très long. Quant à l'analyse par genre, elle met en exergue d'une part, que c'est seulement pour 14,4% des femmes que le chemin dure moins de deux mois contre 25,3% des hommes. D'autre part, 22,2% des femmes, contre 29% des hommes ont un trajet de route supérieur à 12 mois. Les femmes ont aussi plus fréquemment une durée de route moyenne, c'est-à-dire entre 2 et 6 mois.

Selon les témoignages, la route migratoire est **très éprouvante** comme l'explique un migrant à Rabat:

« Pendant les traversées dans le Sahara (jusqu'à 8 jours de traversée à pied) les jeunes meurent. Tu vois les corps là au milieu. »

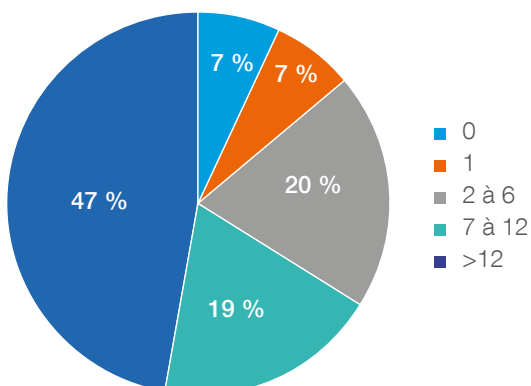
Elle semble d'autant plus éprouvante pour les femmes.

Quand on leur demande de parler de leur présence sur la route, certains hommes migrants de Rabat nous répondent :

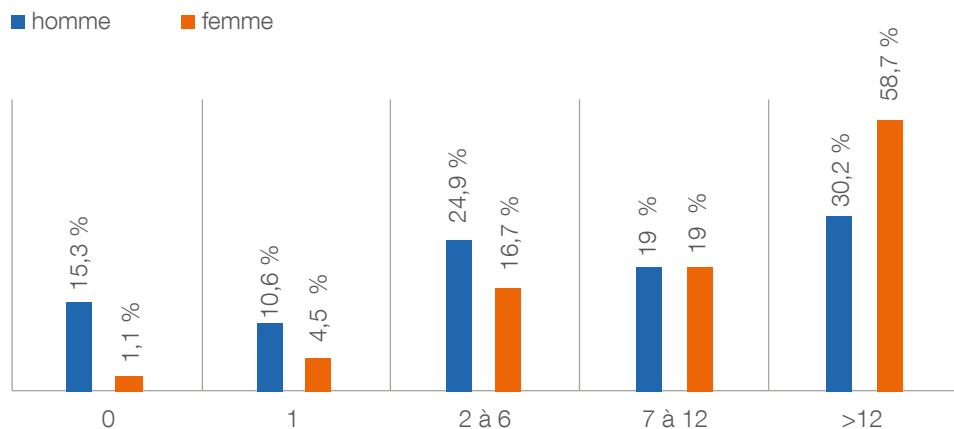
« La route ce n'est pas une mission destinée aux femmes. ».

IV. DURÉE DE SÉJOUR

Durée de séjour (en mois) n=458



Durée de (en mois) par genre (N=458)



La **durée de séjour moyenne** au jour de l'enquête est de **20 mois**. Pour 47% des personnes interrogées, la durée de séjour, dans les pays où ont été récoltées les données, est supérieure à 12 mois. Cette proportion monte à près de 60% pour les femmes, ce qui est presque le double de celle des hommes (30,2%). A contrario, les séjours de courte durée, de 0 à 1 mois, ne représentent qu'un peu plus de 5% pour les femmes alors qu'ils représentent plus de 25% pour les hommes. La proportion de personnes séjournant depuis 2 à 6 mois, est un peu plus élevée chez les hommes (25%) que chez les femmes (17%), alors que celles de 7 à 12 mois sont identiques à 19%.

Les témoignages mettent en avant les **difficultés de vie pour un migrant** :

« Depuis que je suis sorti de mon pays je n'ai pas ressenti la liberté. »

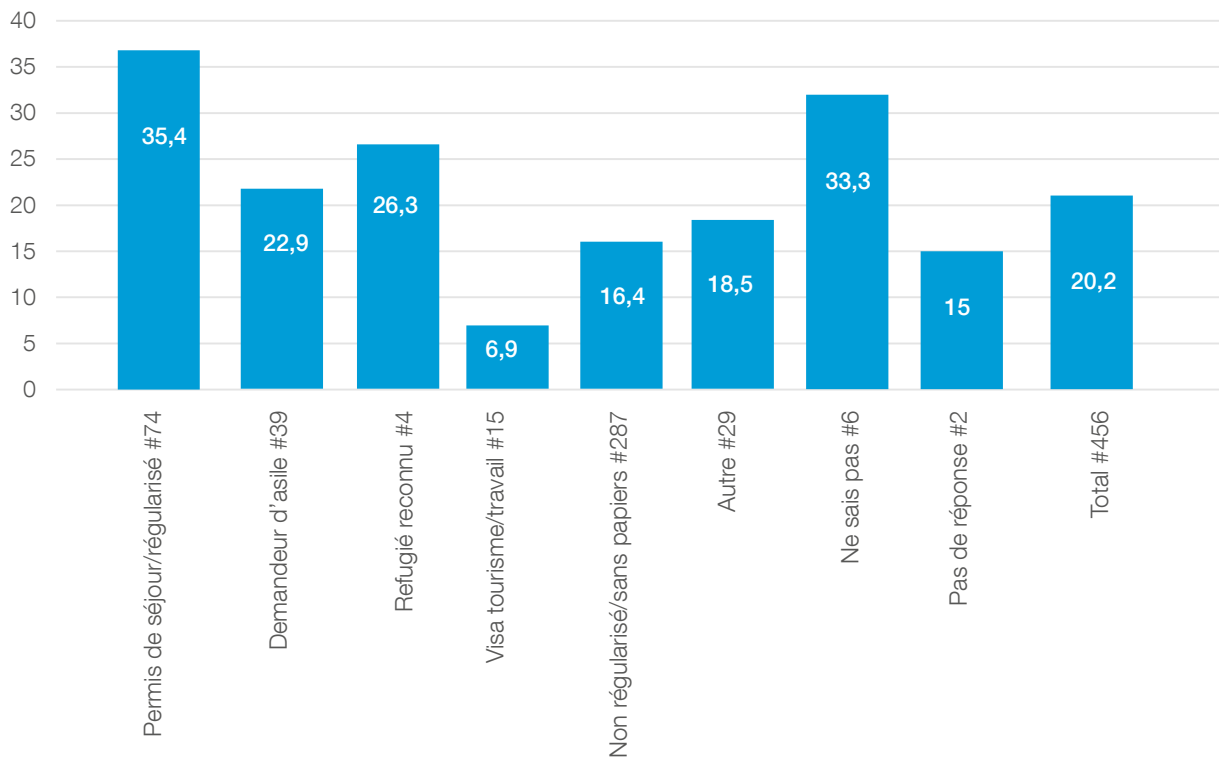
qu'il définit comme la possibilité de se déplacer librement, de trouver un logement, de la nourriture, d'accéder à la santé, etc, complète l'enquêteur.

« Le prix du loyer est plus cher que pour les Marocains. »

« Quand tu viens, ils te mettent dans une maison et ils t'obligent à travailler pour rembourser le billet. Et ils te confisquent le passeport. Le passeport est confisqué par la famille chez qui tu travailles. »

« Dès que tu dis que tu es malade, il (ton employeur) n'est pas d'accord. Il te remplace. Quand j'appelle pour dire que je suis malade, il me dit non tu dois venir, tu es payé pour ça. »

Durée séjour (moyenne / personne, en mois), par statut administratif



En regardant la durée de séjour selon le statut administratif des migrants, on remarque que toutes les personnes qui ont un statut autorisant officiellement un séjour ont une durée de séjour plus longue que la moyenne générale, hormis les personnes avec un visa (tourisme ou travail). Les personnes non régularisées/sans-papiers ont une durée de séjour moyenne plus courte que la moyenne générale.

V. VIOLENCES SUBIES

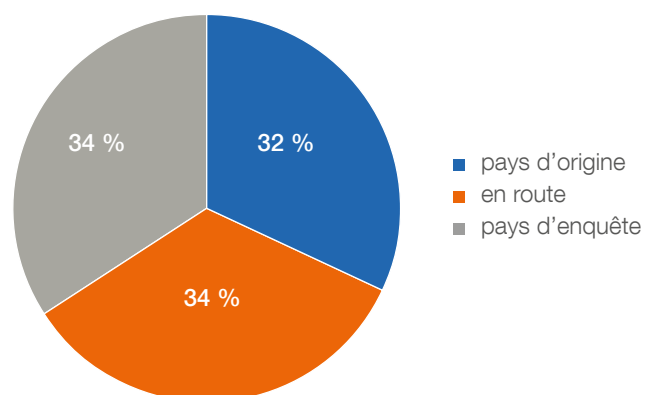
Concernant les violences déclarées par les enquêtés, plus de **8 migrants sur 10, soit 83,3%, ont déclaré avoir subi des violences dans leur vie**, c'est-à-dire dans au moins une des localisations définies, le pays d'origine, la route, le pays d'enquête.

Les localisations du parcours des migrants où se seraient déroulés les faits sont à parts égales, dans le pays d'origine, sur la route migratoire et dans les différents pays d'enquête.

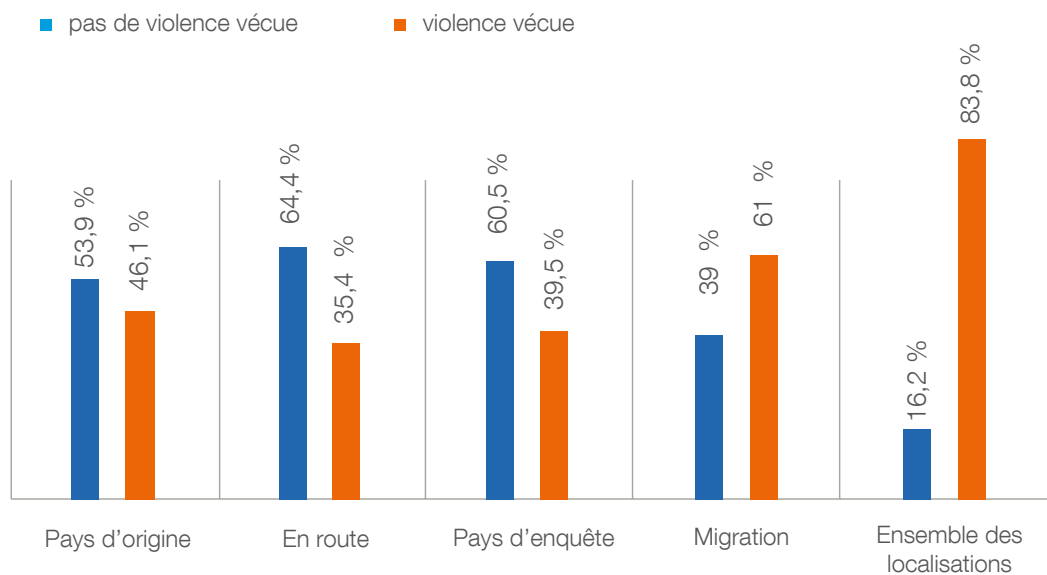
Quand on regarde uniquement le **parcours de migration** (route et pays d'enquête, sans tenir compte du pays d'origine), ce sont **61% des personnes qui déclarent avoir subi de la violence**.

Quand on regarde l'ensemble des violences déclarées, ce sont **68%** des toutes les violences déclarées qui ont été subies au cours de la migration.

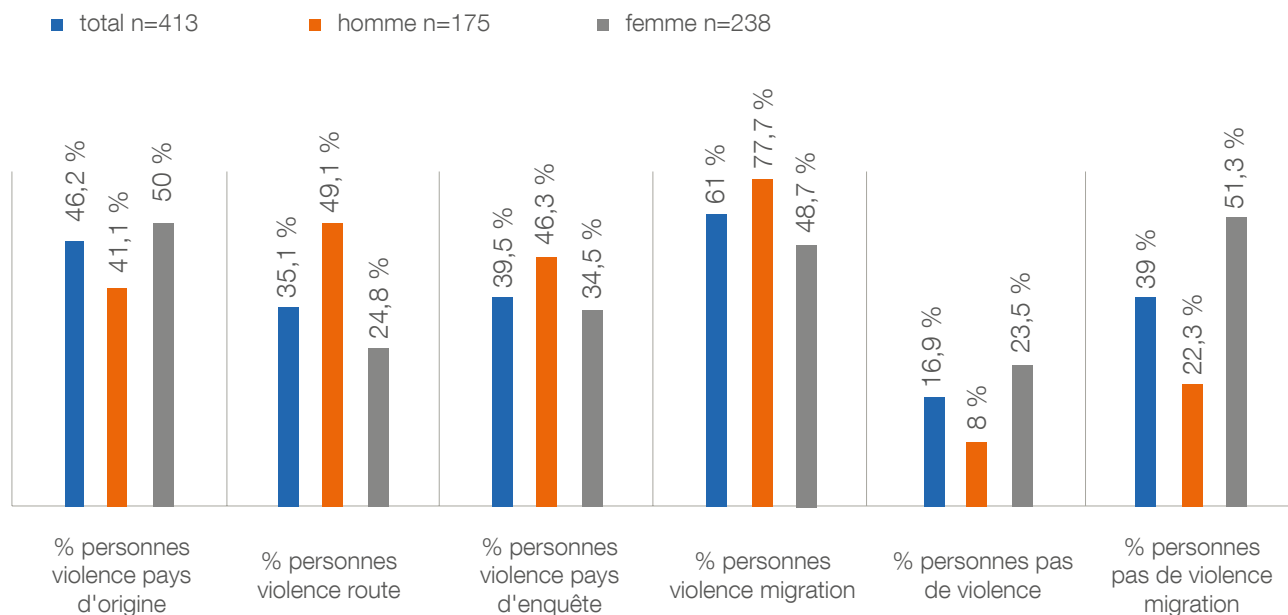
Répartition des violences totales déclarées par localisation (n=670)



Pourcentage de personnes avec ou sans violences subies selon la localisation



Pourcentage de personnes avec ou sans violence, selon genre et localisation



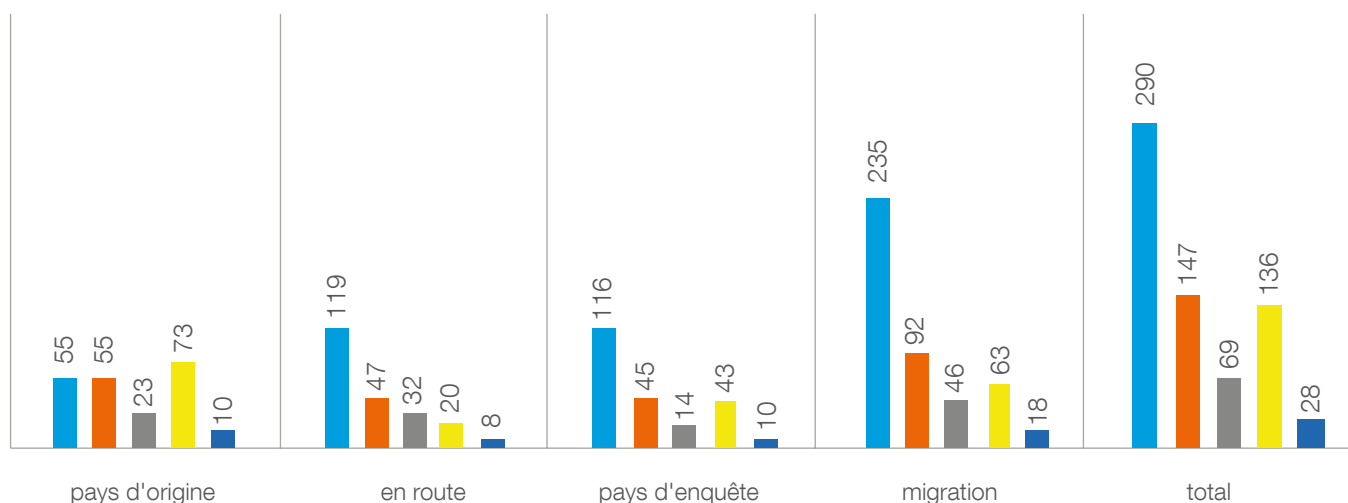
Lorsque nous nous penchons sur le détail des violences déclarées par genre, nous constatons que **49% des femmes** déclarent avoir subi des violences pendant la migration et pour les hommes ce pourcentage atteint **78%**. Sur l'ensemble des localisations, pays d'origine, route migratoire et pays d'enquête : ce sont seulement 23,5% des femmes qui n'ont pas déclaré avoir subi de violences, et 8% des hommes. **En général, une plus grande proportion d'hommes déclarent avoir subi des violences que la proportion de femmes sauf pour le pays d'origine** où c'est la proportion de femmes qui est

plus importante que celle des hommes à en déclarer.

Pour mieux comprendre la répartition des violences déclarées, elles ont été regroupées sous 5 catégories : les **violences institutionnelles** qui regroupent la confiscation de documents ou d'argent, la prison, la violence perpétrée par la police/armée ; les **violences physiques** englobant les tortures, les coups et blessures non domestiques, et les coups et blessures domestiques, les **violences sexuelles** qui comprennent les violences sexuelles et le viol; les **violences psychologiques**, et les **autres situations de violence**.

Nombre de violences par localisation et catégorie

■ violences institutionnelles ■ violences physiques ■ violences sexuelles
 ■ violences psychologiques ■ autres situations de violences



En migration ce sont de manière évidente les **violences institutionnelles** qui prédominent, suivies par les **violences physiques**. Des témoignages nous confirment cela.

« *Malgré nos papiers, à la frontière Niger Nigeria les policiers nous harcèlent et ils prennent de l'argent.* »

« *En cours de route, les policiers constituent des blocages au niveau des postes de contrôle. Les policiers nous font savoir que ce sont les autorités qui disent d'empêcher les jeunes de migrer...* »

« (...) *Les gens ont tendance à te suivre à petits pas (citoyens qui harcèlent et agressent)... (...) Mais*

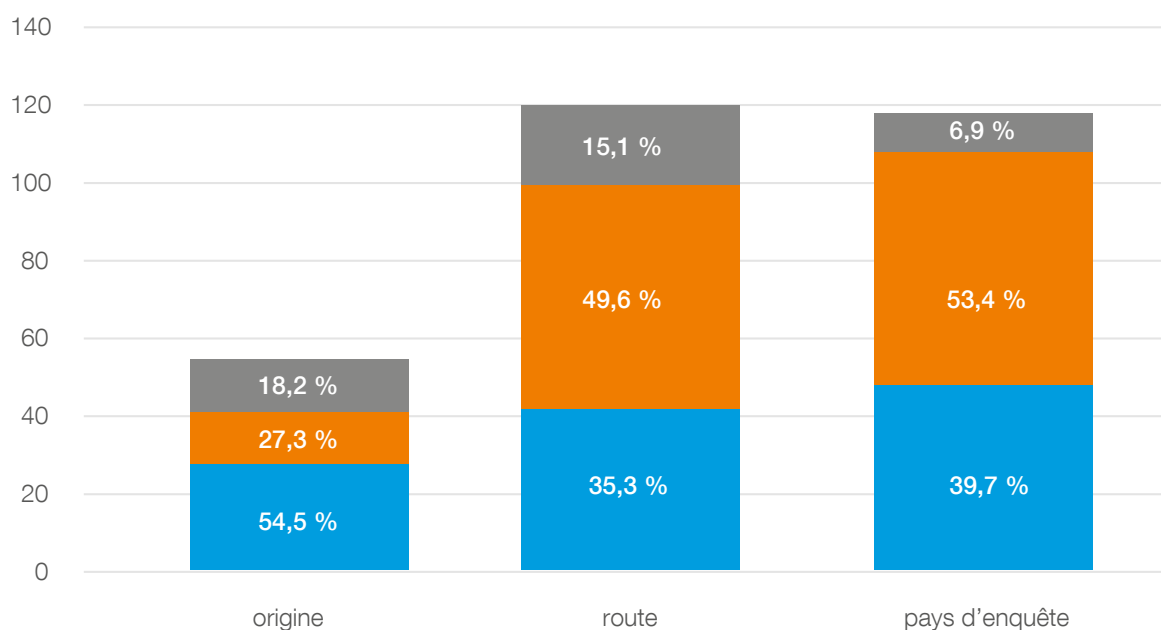
heureusement, on est arrivé à sauver le téléphone. C'est ça, ils ont essayé de tirer le sac, des coups aussi... Ils n'ont pas pu avoir le sac, elle (sa compagne) était blessée. »

Il n'y a que dans le pays d'origine que ce sont les violences psychologiques qui sont plus souvent déclarées.

« *J'ai subi énormément de violences psychologiques et physiques pas seulement au Cameroun,.. Dans mon entourage aussi, y a trop d'agressions, trop de morts... (...). Ici en Tunisie, j'ai été agressé mais je n'ai pas été blessé. (...) - Et est-ce que tu as porté plainte (...)? - Non.* »

Répartition des violences institutionnelles

■ police/armée ■ confiscation d' argent ou de documents ■ prison



Parmi les violences institutionnelles en migration, ce sont **les confiscations d'argent/documents** qui **prédominent** aussi bien sur les routes que dans les pays d'enquêtes. Les violences par la police/armée sont aussi bien représentées, la prison est un événement moins fréquent.

Les **violences sexuelles** sont assez peu fréquemment **déclarées** comparativement aux autres catégories. Cette information est **à relativiser** étant donné les **témoignages** récoltés lors des focus groupes.

EN TUNISIE :

« Une fois, il y avait un monsieur qui vendait des moutons, il a enlevé son caleçon devant moi, et il y avait des gens pas loin. »

« Une fois j'étais dans le taxi, assise sur le siège avant, le gars a ouvert son pantalon, il s'est déshabillé, il avait le 'rikiki' dehors. »

« Il a couché avec moi contre de l'hébergement. Et c'est comme ça que je suis tombée enceinte.

-Et tu étais consentante ?

Au début non, mais après je n'avais pas le choix. »

AU NIGER :

« (...) un Libyen t'appelle (...) en général, quand ils appellent les migrants c'est pour les forcer à faire des choses pas du tout acceptables, c'est par exemple pour exiger de l'argent pour certains ou une relation sexuelle pour d'autres... Presqu'en majorité, nous avons vu des cas d'Africains fusillés en cas de refus de se laisser faire. »

« Nous avons également entendu des cas de viols de femmes à la frontière entre le Burkina et le Niger. »

AU MAROC, À OUJDA :

A l'occasion du recueil de témoignages d'un focus groupe, un enquêteur conclut :

« Les sept participants ont tous été victimes de violences physiques et de viol au niveau du trajet migratoire et surtout à la frontière. »

AU MAROC, À RABAT :

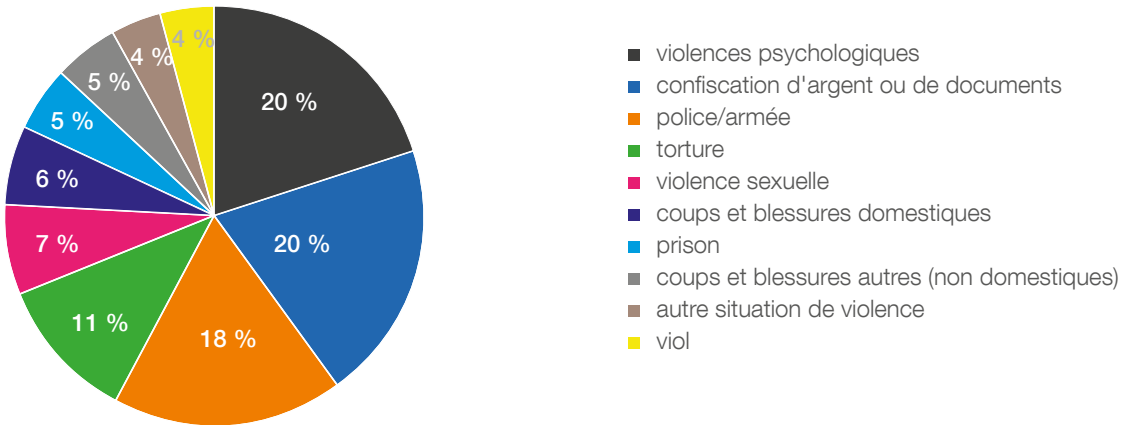
Un enquêteur ayant animé un focus groupe relate :

« Toutes les femmes en Libye ont été violées » (jeune Camerounais).

« De même ils témoignent de viols forcés constamment dans les foyers en Algérie. »

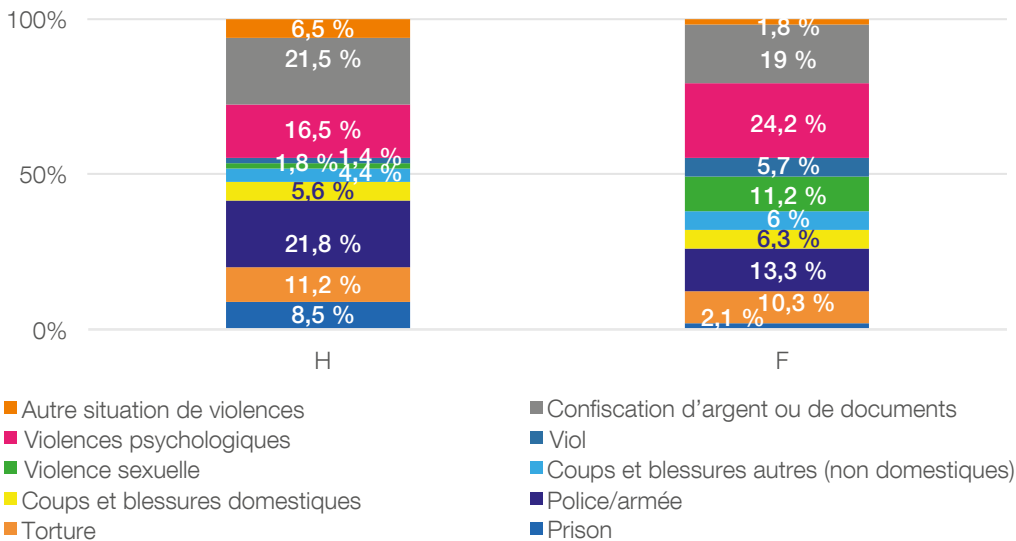
Chacune des 5 grandes catégories de violences comprend plusieurs types de violences.

Répartition en % des types de violences sur l'ensemble de toutes les violences déclarées



Sur l'ensemble de toutes les violences déclarées, **les trois types de violences les plus fréquentes** sont les **violences psychologiques**, ex aequo avec la **confiscation d'argent ou de documents**, ensuite les **violences liées à la police et à l'armée**, qui ensemble représentent 58% du total des violences déclarées. Deux de ces 3 types font partie de la catégorie des violences institutionnelles.

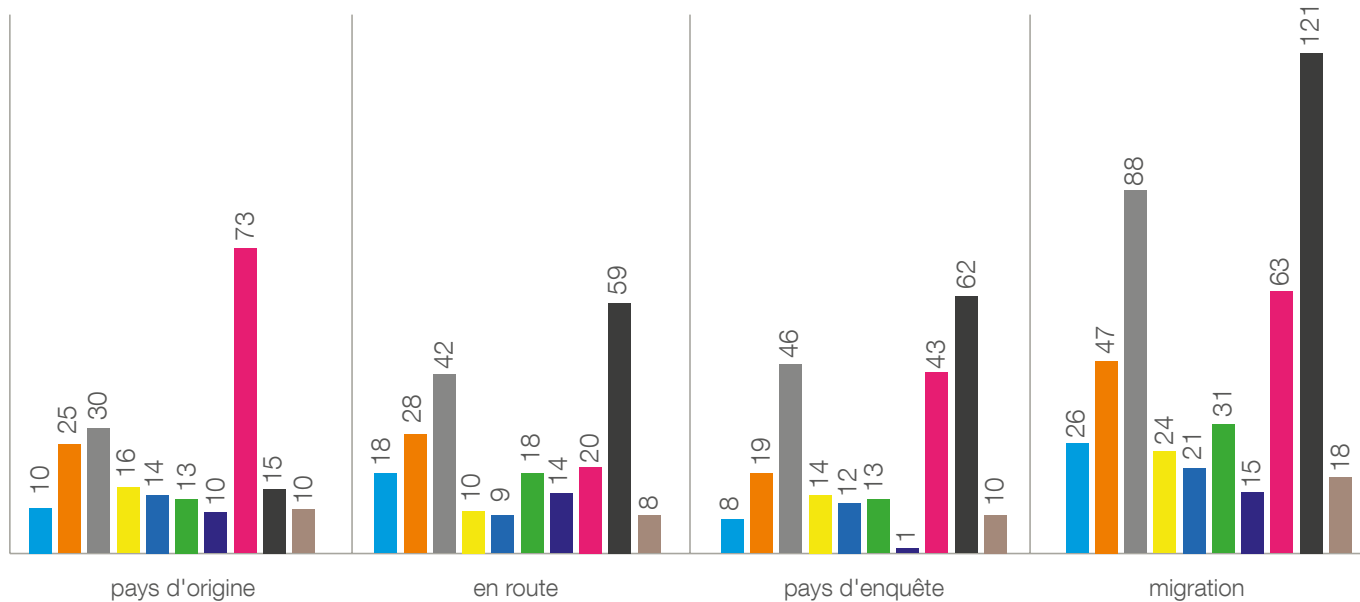
Répartition des types de violences selon genre



Les différents types de violences montrent une **répartition différente selon le genre**. Les **femmes** semblent être moins mises en prison, et subir moins de violences de la part de la police/armée. Par contre, elles relatent avoir été **victimes de plus de violences sexuelles et viols** et également de **violences psychologiques**.

Répartition des violences selon localisation

- prison
- police/armée
- coups et blessures autres (non domestiques)
- viol
- confiscation d'argent ou de documents
- torture
- coups et blessures domestiques
- violence sexuelle
- violences psychologiques
- autre situation de violence



Quand on regarde le détail des types de violences par localisation, on se rend compte que le profil de répartition des violences déclarées en migration, aussi bien sur la route que dans le pays d'enquête, reprend d'abord la confiscation d'argent ou de documents, et les violences perpétrées par la police/armée, de cette même catégorie, les violences institutionnelles. Ensuite ce sont les violences psychologiques, dans le pays d'enquête et les actes de torture, sur la route qui sont recensés. Enfin viennent les violences sexuelles, avec quelques variations entre les routes et les pays d'enquête. Elles sont le 5^{ème} type de violences le plus fréquemment déclarées en migration, tout en sachant que très souvent les violences sexuelles sont sous-déclarées. Dans le pays d'origine, le profil est relativement différent, avec une nette prédominance des violences psychologiques.

AU NIGER :

« Nous avons tous été descendus du véhicule par les policiers et chacun devait payer une somme pour pouvoir continuer son chemin. Ceux qui s'obstinaient ou qui n'avaient pas d'argent étaient roués de coup de

matraque puis déshabillés. Ils cherchaient de l'argent partout, même dans le petit caleçon ».

AU MAROC, À OUJDA :

« Une personne avait déposé une plainte (pour agression) et après la police l'a arrêtée parce qu'elle n'avait pas de papiers. Quand elle est sortie, elle a été agressée encore une fois par la même personne. »

VI. FAIM

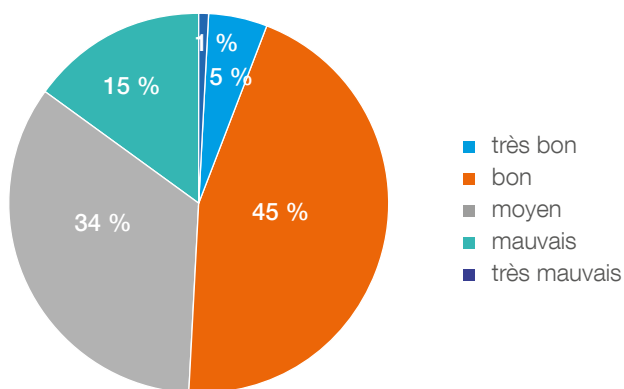
La faim a été déclarée comme une violence vécue **108 fois au total**, dont 75 fois en migration. 8 % des personnes ont déclaré avoir souffert de la faim dans le pays d'origine, 8,5% sur la route et 9,7% dans le pays d'enquête.

VII. GUERRE/CONFLIT ARMÉ

Les situations de guerre/conflit armé ont été déclarées comme des **situations de violences subies dans le pays d'origine par 31,7% des personnes**, mais seulement par 2,4% des personnes au cours de la migration.

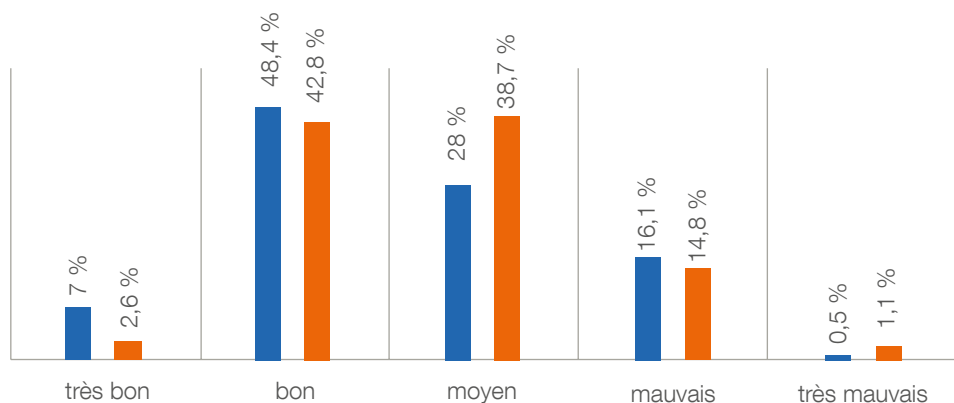
VIII. ÉTAT DE SANTÉ

État de santé, % de personnes par catégorie, n=461



État de santé selon le genre

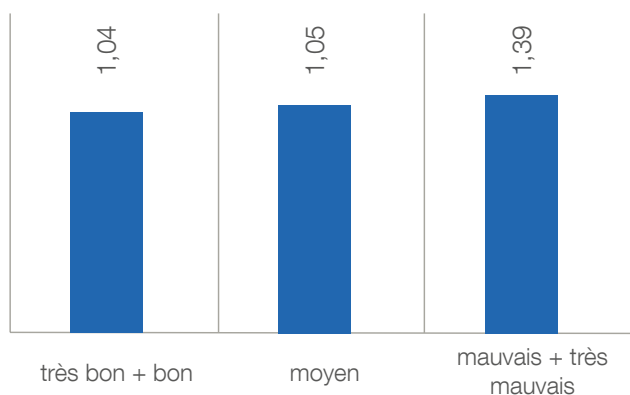
■ homme = 186 ■ femme = 271



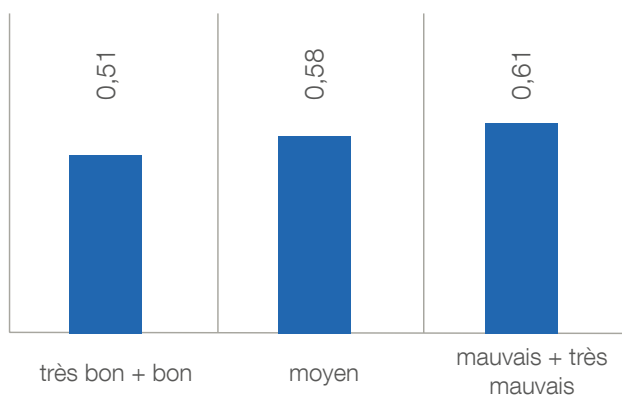
Afin de mieux comprendre les conséquences de la situation sur l'état de santé des personnes migrantes, il est indispensable de rappeler que **l'âge médian des enquêtés est de 28 ans**, avec une variation de 14 à 62 ans. C'est donc une population très jeune. Si la moitié d'entre eux a déclaré se sentir en bonne ou en très bonne santé, 50% des migrants se sentaient dans un état de santé seulement moyen ou moins bon que moyen et 16% d'entre eux se sentaient en mauvaise et très mauvaise santé. A priori **les femmes ont un état ressenti de santé moins bon que les hommes**, avec plus de "moyen", et moins de "bon" et « très bon ».

« On peut se sentir bien physiquement mais on n'est pas tranquille car psychologiquement il y a des choses qui nous dérangent : comme la fin du mois où il faut payer le loyer et le fait d'être constamment en train de penser à l'argent et à comment bricoler le peu que tu as pour ne pas perdre ta maison. »

Nombre de situations de violence en migration (moyenne/personne) selon l'état de santé



Nombre de situations de violence dans le pays d'enquête (moyenne/personne) selon l'état de santé



Une tendance semble se dessiner quant à l'existence possible d'un lien entre la dégradation de l'état de santé ressenti et le nombre de violences subies en migration par personne. **Il semble possible que l'état de santé se dégrade à mesure que le nombre de violences subies (moyenne) soit plus important, ceci en migration et dans le pays d'enquête.**

IX. ACCÈS AUX SOINS

Seulement 39% des migrants enquêtés déclarent ne pas avoir rencontré d'obstacle à l'accès aux soins. Mais également 23,5% d'entre eux ont déclaré ne pas avoir essayé d'aller dans une structure médicale. Parmi les personnes qui ont ressenti le besoin d'avoir recours à des soins de santé (en ne considérant pas ceux qui n'ont pas donné de réponse, ceux qui ont dit ne pas avoir rencontré d'obstacle et ceux qui ont dit ne pas avoir essayé d'aller dans une structure de santé sans mentionner un obstacle justifiant ce comportement), c'est **plus de la moitié d'entre eux (51%) qui ont rencontré un obstacle à l'accès aux soins.**

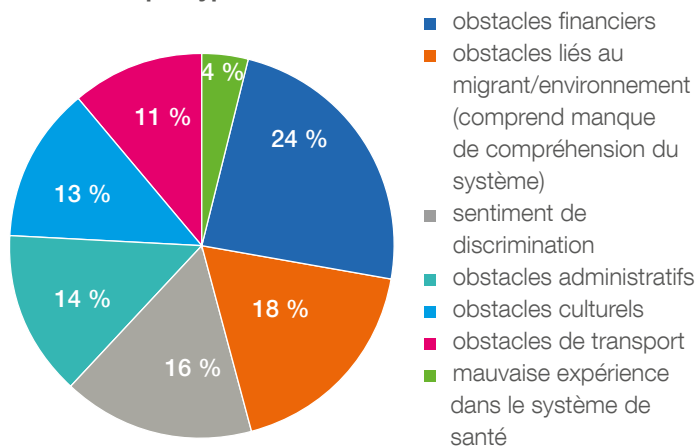
Parmi l'ensemble des barrières déclarées, la barrière d'accès aux soins la plus fréquemment mentionnée est **l'obstacle financier (18%)** suivi de près par **le manque de compréhension du système (19%)**. Il faut aussi souligner qu'un facteur important bloquant l'accès aux soins est la **discrimination (16%)**.

Des témoignages illustrent ces obstacles :

« Deux frères Camerounais sont passés par la Libye et un d'eux est tombé malade à cause de la nourriture et le froid. Il raconte qu'à cause de la guerre il n'avait pas d'accès à la santé, il a uniquement pu acheter des comprimés dans une pharmacie. »

« Si tu n'as pas l'argent tu peux facilement mourir. »

Répartition des barrières totales déclarées à l'accès aux soins par type



« Quand on tombe malade, on attend de guérir de façon naturelle car nous n'avons pas d'argent pour aller chez le médecin. »

« Le problème fondamental qui demeure c'est le manque de moyen. En effet, durant nos parcours avant de s'installer à Agadez, pour accéder aux soins dans un pays étranger, il faut payer or souvent nous n'avons pas d'argent. Et quand tu vas au centre de santé ou à la pharmacie sans argent on te repousse. »

« On n'a pas voulu me toucher avec les mains nues car un médecin a dit : ça c'est un malade suspect. »

« Je ne sais pas si c'est le fait qu'on n'arrive pas à parler bien, on est... Bon, peut-être, je ne parle pas arabe, je sais pas mais... (...). Elle (la soignante), pour s'arrêter même pour t'écouter là, souvent c'est un problème. »

« Du fait que nous soyons arrivés récemment à Agadez, nous ignorons encore le système de soins. Même ceux qui se sentent moins en bonne santé, ne savent pas où se soigner pour le moment. Pour cela, nous avons recours aux vendeurs ambulants chez qui nous nous procurons les médicaments qui nous semblent appropriés pour notre maladie. »

X. PROJETS DE VIE

Une idée du projet de vie des migrants rencontrés peut être établie grâce aux entretiens de groupes. Certains veulent **coûte que coûte** continuer leur projet migratoire vers l'Europe en passant par la Libye.

« Notre objectif qui est d'arriver en Europe, n'est pas atteint. Il nous faut donc continuer le combat jusqu'à atteindre l'objectif. »

« Nous avons des informations sur les risques de la route à travers nos amis qui reviennent de Libye. (...). Mais cela ne nous décourage pas car on se prépare financièrement et psychologiquement pour la poursuite de notre trajet migratoire. »

« Notre ultime souhait à tous ici, c'est de pouvoir continuer notre trajet pour arriver en Italie. Dans nos pays, il n'y a plus de perspectives en matière d'emploi, c'est pourquoi nous avons décidé de partir à la recherche d'une vie meilleure. »

Pour d'autres, les informations concernant les violences faites aux migrants en Libye, torture, viols, les **ont dissuadés de continuer** leur projet migratoire. Cependant, parmi ceux qui ont renoncé à poursuivre leur projet migratoire vers l'Europe, une partie ne souhaite pas retourner dans leur pays d'origine.

« Nous avons appris par les gens qui reviennent que des gens ont perdu la vie en Libye alors que d'autres ont été violés. Du fait de ces nouvelles, nous préférons rester ici à Agadez et faire des allers-retours au pays au besoin. »

« Nous savons via les réseaux sociaux qu'on tue les gens en Libye. La Libye est un pays dangereux pour les étrangers. Nous avons eu aussi des preuves concrètes avec les gens qui reviennent. C'est pourquoi, nous restons ici au Niger. »

En **Tunisie**, la situation des personnes migrantes ainsi que la raison de leur venue sont souvent bien différentes. Par conséquent les projets de vie diffèrent aussi. Beaucoup envisagent de retourner dans des pays d'Afrique subsaharienne. Certains souhaitent partir vers l'Europe, mais **peu d'entre eux se destinent à un avenir en Tunisie**.

« Que ce soit au Cameroun ou à l'étranger mais pas en Tunisie, ou bien en France, au Canada... »

« Comme j'ai eu un diplôme, une petite formation, je vais travailler ou bien comme vendeur, une boutique de prêt à porter. J'aimerais travailler... Chez moi au Sénégal! »

« En fait moi je rêve d'avoir une start-up, peu importe l'endroit, moi si je vois la possibilité de le faire je le fais. Que ce soit en Tunisie, au Cameroun ou ailleurs dans le monde. »

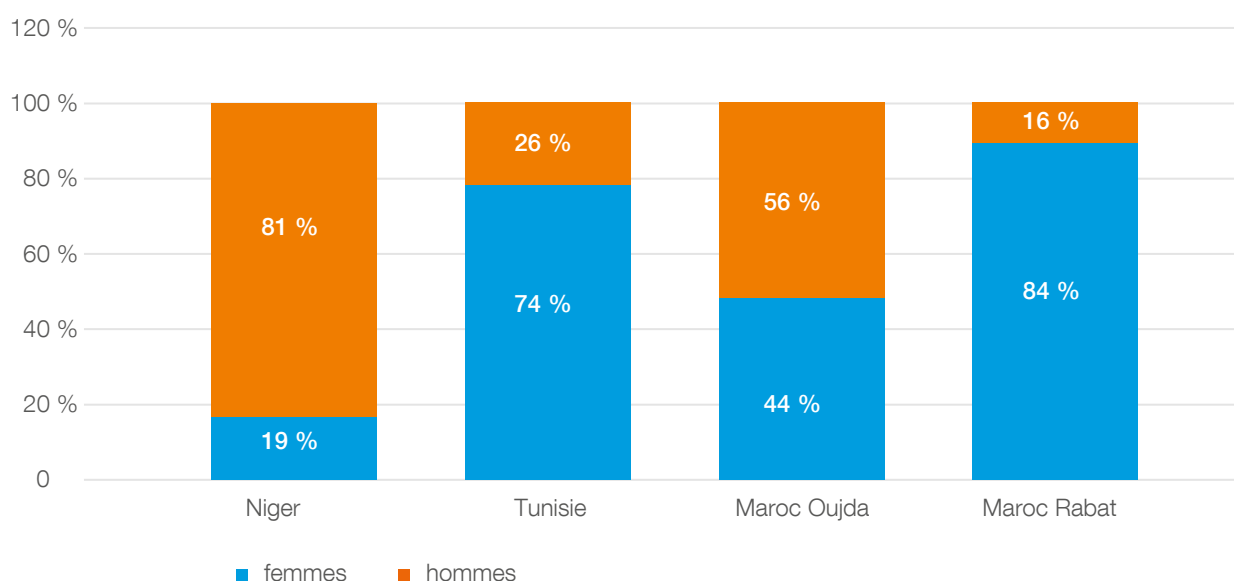
Pour une grande partie des personnes arrivées au **Maroc**, l'objectif est évident : **traverser la Méditerranée et continuer vers l'Europe**. Certains d'entre eux envisagent par contre de ne pas partir en Europe et de rester au Maroc « **s'ils trouvent un travail** » ou une opportunité de se former qui les prépare pour après « **rentrer dans leur pays** ». Un autre répond qu'il veut tout simplement « **avoir une vie normale et stable pour regagner sa liberté** ». Enfin, un autre avec un fort sentiment de haine envers le Maroc nous disait : « **même si je gagne 10.000 MAD, environ 1000€ par jour, je ne resterai pas au Maroc** ».

B. ANALYSE COMPARATIVE ENTRE LES 4 LIEUX

Il faut tenir compte du fait que les enquêteurs de chaque lieu étaient différents. Il y a donc possiblement des biais dans la comparaison. Rappelons aussi que sur un total de 461 enquêtes, les chiffres se répartissent comme suit: **au Maroc, 81 à Oujda et 100 à Rabat, 100 à Agadez au Niger et 181 à Tunis en Tunisie.**

I. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Comparaison entre les lieux de la répartition par genre



Au Niger, les migrants enquêtés sont majoritairement des hommes représentant probablement la population migrante se retrouvant à Agadez. Au Maroc à Rabat et à Tunis c'est une majorité de femmes qui a répondu à l'enquête. En Tunisie, la migration est pour une grande proportion le fait de femmes qui arrivent avec un "contrat" de travail comme "aide-ménagère", ce qui peut expliquer cette proportion. Par contre, à Rabat, la haute proportion de femmes est due à un biais de sélection par la population cible du projet de Médecins du Monde, qui est les femmes enceintes, avec problèmes de SSR (santé sexuelle et reproductive), ayant subi des violences, et leurs enfants en bas âge. Au Maroc, à Oujda, la proportion hommes/femmes est quasi égale.

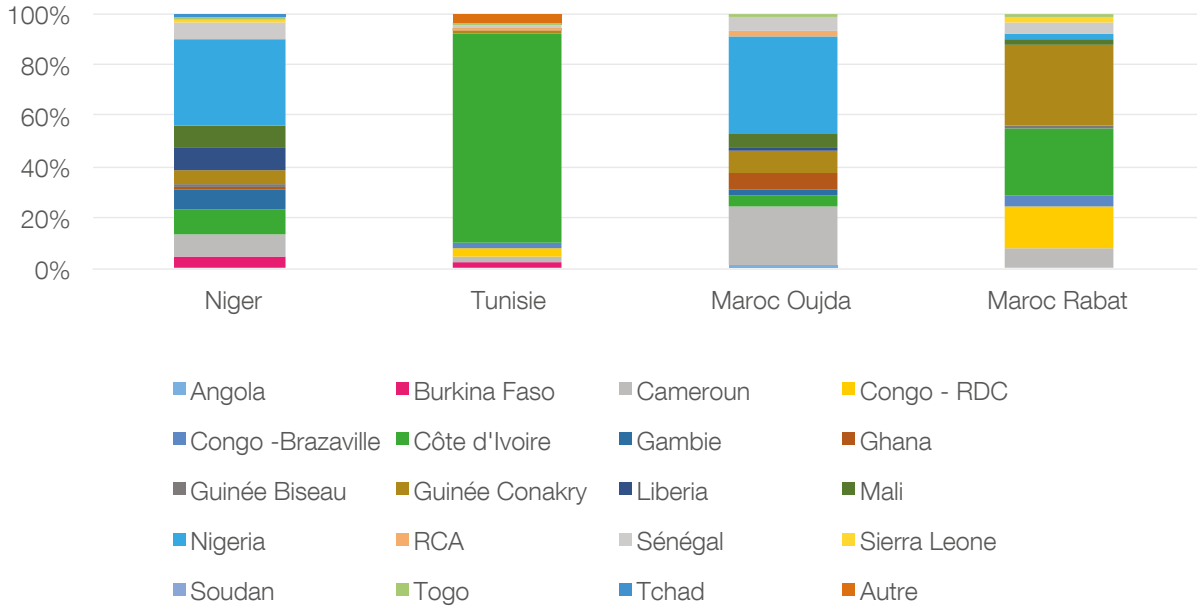
Age

L'âge médian est **quasi équivalent dans les 4 lieux d'enquête** (27,5 - 29 - 26,5 - 28), mais c'est en Tunisie que les personnes les plus âgées sont recensées. Il y a des mineurs, dont des MENA (mineurs étrangers non accompagnés), dans 3 lieux sur 4, pas en Tunisie.

Origine

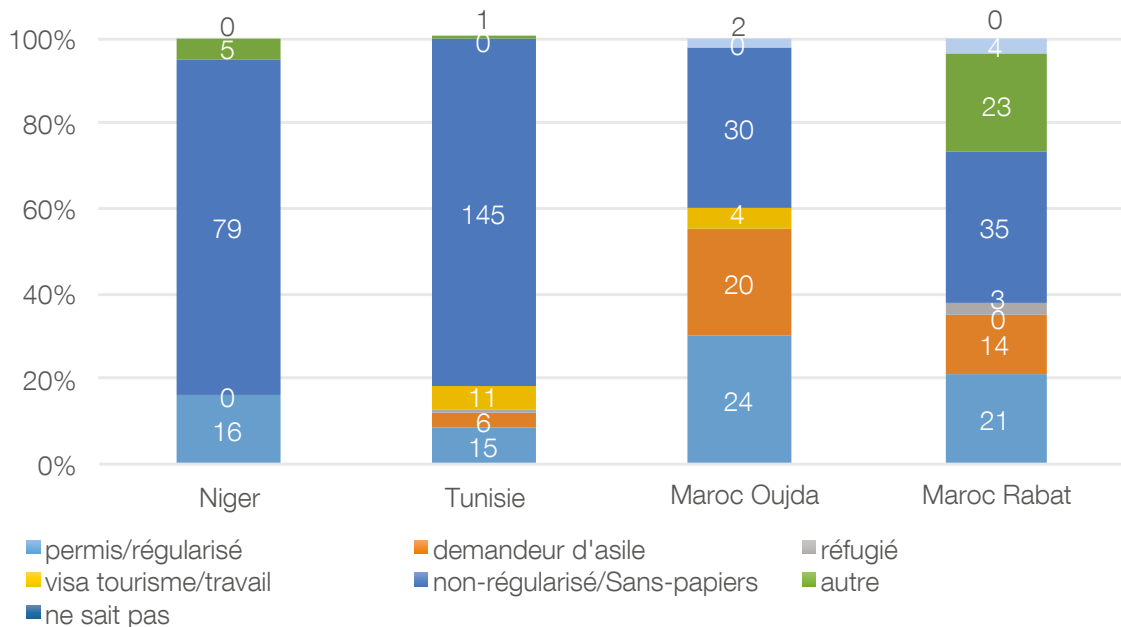
En Tunisie une très grande majorité (81,2%) vient de Côte d'Ivoire, ce qui correspond bien à un réseau de migration organisé pour un "contrat de travail conditionné". Dans les autres lieux, la répartition est plus équilibrée avec quand même une prédominance de Nigériens au Niger et à Oujda, et de Guinéens à Rabat. Au Niger, la majorité des femmes enquêtées viennent du Nigéria (16/19). Les femmes Nigériennes représentent aussi 55% des Nigériens interviewés à Oujda, et la moitié de l'ensemble des femmes participantes à Oujda. A Oujda, les femmes Camerounaises sont aussi bien représentées, étant 42% des Camerounais enquêtés.

Comparaison entre les lieux de l'origine



II. STATUT ADMINISTRATIF :

Comparaison entre les statuts administratifs



Au **Niger** et en **Tunisie**, la **majorité des migrants ayant participé à l'enquête sont non-régularisés/sans papiers**. Au **Maroc** les non-régularisés sont moins nombreux, et les **demandeurs d'asile** le sont plus. Ceci a peut-être pour cause qu'au Maroc, l'accès aux droits, dont celui aux soins de santé est nettement conditionné par la possession d'un papier d'identification quel qu'il soit. Ceci pourrait inciter les migrants (aussi informés de la chose par le personnel de Médecins du Monde) à poser une demande quelle que soit son issue ou le souhait de son issue.

III. DURÉE DE ROUTE

En **Tunisie**, tous les migrants interrogés sont arrivés par **avion**, dans le cadre d'un "contrat de travail conditionné" (confiscation de papiers d'identité et téléphone personnel), leur durée de route est donc égale à 0 mois.

« J'étais au courant de la situation d'ici sous contrat, et donc j'ai acheté mon billet toute seule. Ils t'achètent ton billet, et quand tu viens ils te mettent dans une maison, et ils t'obligent à travailler pour rembourser le billet. Et ils te confisquent le passeport. Le passeport est confisqué par la famille où tu travailles. »

Plus de 50% des migrants interrogés à **Rabat au Maroc** sont également arrivés par **avion, toutes des femmes**. Dans les autres lieux et pour l'autre partie des migrants rencontrés à Rabat, la **durée de route est très variable**, de 0 à plusieurs dizaines de mois.

Au **Niger**, cela va même **jusqu'à 100 mois**, probablement représentant des migrants qui ont déjà fait un séjour en Libye

et qui étant donné leur vécu sur place sont de retour à Agadez, réfléchissant à un autre projet de vie, attendant une autre opportunité.

La durée de route est plus longue pour les femmes enquêtées au Niger que pour les hommes, tandis qu'elle est plus courte pour elles par rapport aux hommes au Maroc.

IV. DURÉE DE SÉJOUR

La durée de séjour est très variable, **de 0 à plusieurs dizaines de mois**, dans les 4 lieux. Comme déjà dit plus haut, elle représente la durée de séjour effective au moment de l'enquête. La durée de séjour moyenne est nettement plus courte au Niger (7,7 mois), et plus longue à Rabat (31,1 mois) par rapport à Oujda (19,7 mois) et Tunis (21,7 mois).

Les femmes ont une durée de séjour nettement plus longue que les hommes au **Niger et à Rabat**, tandis qu'à **Oujda et à Tunis, les hommes ont une durée de séjour moyenne légèrement supérieure** à celle des femmes.

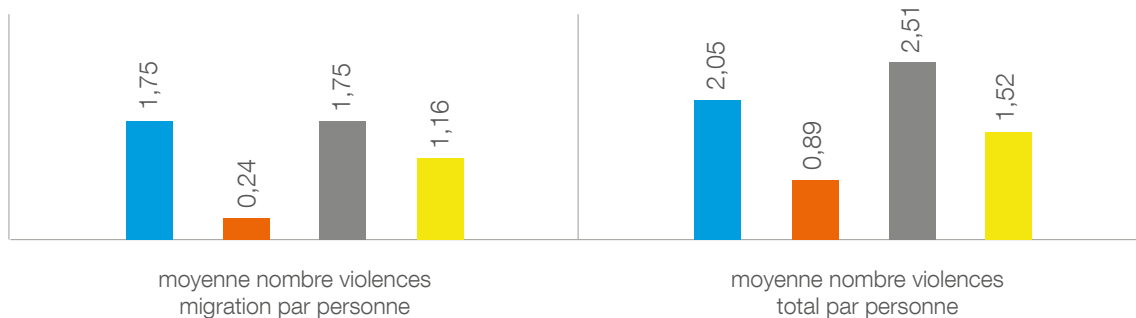
Le pourcentage de migrants enquêtés qui ont une durée de séjour longue (> 1 an) est plus important en Tunisie et à Rabat, correspondant probablement à un profil de migrants différents de ceux rencontrés à Oujda et au Niger. En effet, également, dans ces deux lieux, la proportion de personnes avec une durée de séjour très courte (≤ 3 mois) est plus importante qu'à Rabat et Tunis.

V. VIOLENCES SUBIES

En analysant les résultats sur l'ensemble des violences déclarées et en les comparant, on note que la proportion des violences subies par localisation, pays d'origine, route et pays d'enquête, **varie en fonction du pays où les migrants ont été enquêtés**.

Comparaison du nombre (moyenne/personne) de violences, en migration et au total

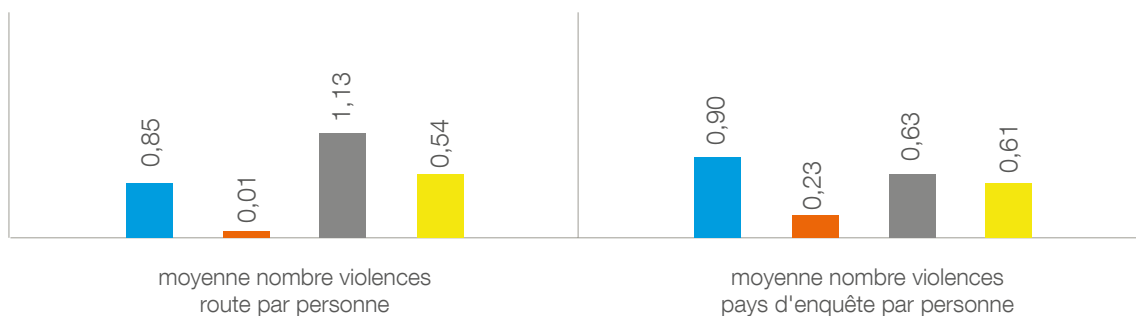
■ Niger ■ Tunisie ■ Maroc Oujda ■ Maroc Rabat



Ce sont **les migrants interrogés à Oujda qui déclarent le plus de violences** en moyenne par personne (en migration et au total), viennent ensuite, par ordre décroissant, les migrants au Niger, à Rabat, et enfin en Tunisie.

Comparaison du nombre de violences (moyenne/personne) sur la route et dans le pays d'enquête

■ Niger ■ Tunisie ■ Maroc Oujda ■ Maroc Rabat

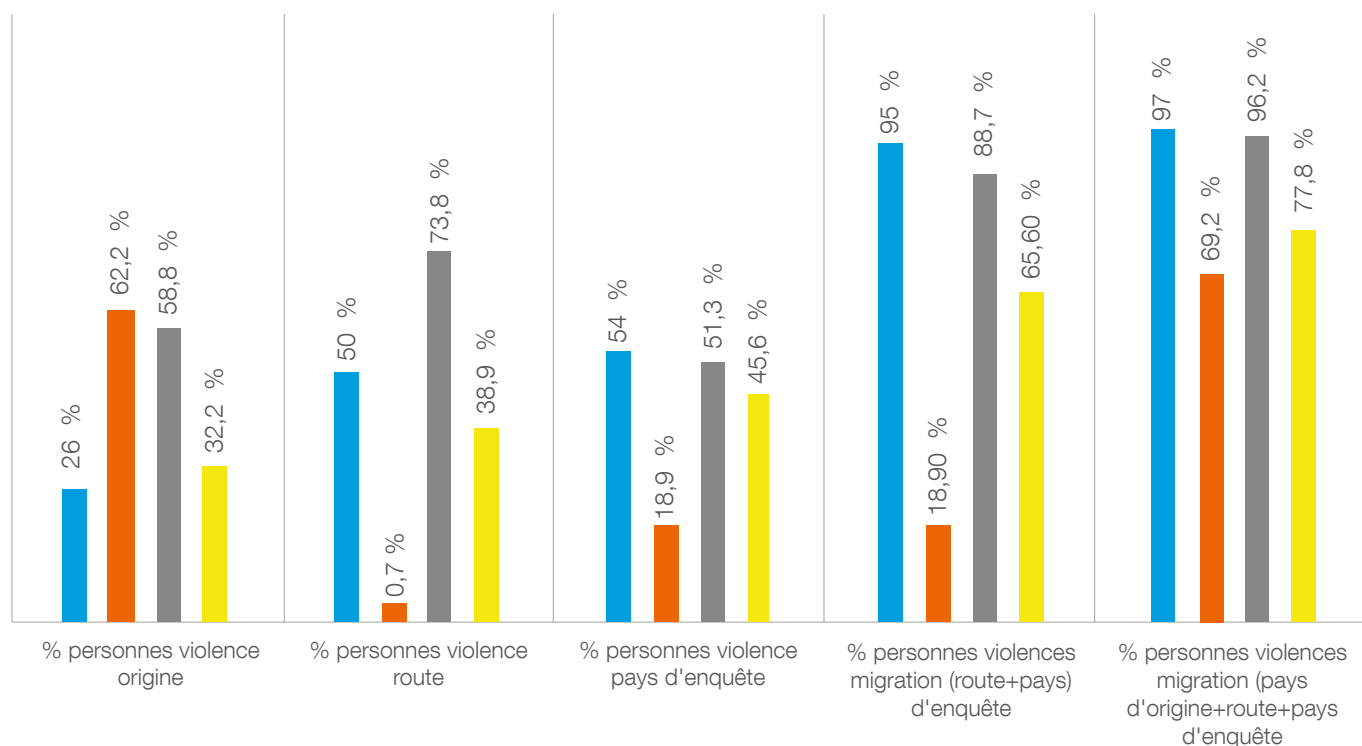


Pour ce qui est du nombre de violences déclarées subies sur la route, c'est **sur la route migratoire qui mène à Oujda qu'il y a le plus de violences déclarées**, c'est ensuite vers le Niger qu'elles se produisent le plus, puis vers Rabat, et enfin

vers Tunis pour laquelle la route se fait par avion. Pour finir, pour les violences déclarées subies dans le pays d'enquête c'est au Niger qu'elles ont le plus fort taux d'occurrence, puis à Oujda, Rabat, et finalement en Tunisie.

Comparaison du pourcentage de personnes ayant subi des violences

■ Niger #100 ■ Tunisie #143 ■ Maroc Oujda #80 ■ Maroc Rabat #90



Quand on analyse le pourcentage de personnes qui ont déclaré avoir subi des violences, pour les violences subies "sur la route", **73,8% de migrants interrogés déclarent avoir subi des violences sur la route vers Oujda**, 50% sur la route vers le Niger, 38,9% sur la route vers Rabat, et enfin 0,7% sur la route vers Tunis.

Pour ce même pourcentage mais pour les **violences dans le pays d'enquête, par ordre décroissant, ce sont 54% des migrants interrogés qui affirment en avoir subi au Niger**, 51,3% à Oujda, 45,6% à Rabat, 18,9% à Tunis.

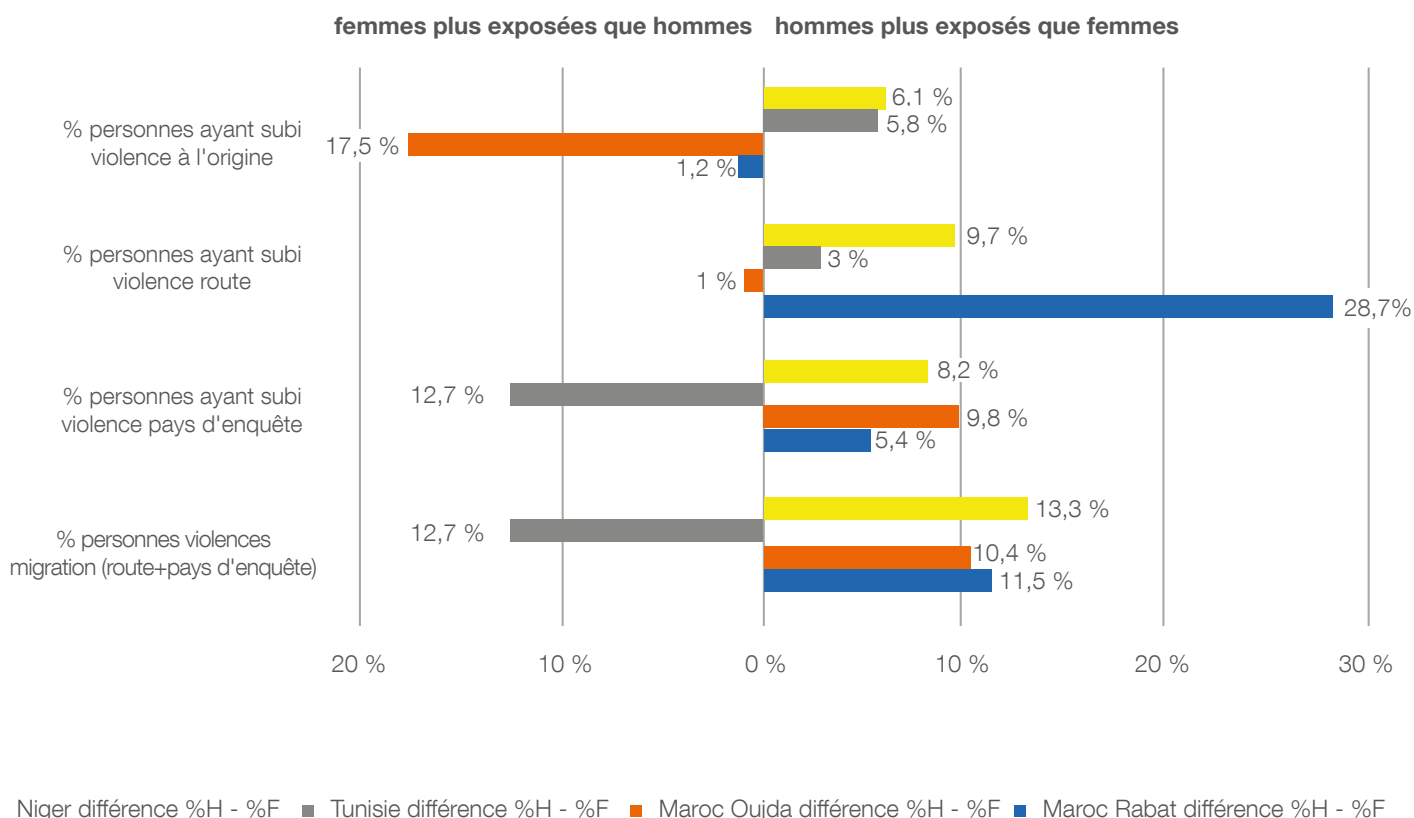
Tous ces points d'analyse vont dans le même sens : **c'est lors de la migration vers et au Niger et vers et au Maroc à Oujda que le plus de personnes sont affectées par des violences.**

En migration, à l'exception de la Tunisie, la majorité des personnes déclarent avoir subi des violences. Une majorité de ces violences a été observée au Niger et à Oujda au Maroc. Ensuite l'effet cumulatif de la route et du pays d'enquête fait qu'un pourcentage important de migrants à Rabat ont aussi déclaré avoir été victimes de violences au cours de la migration.

En Tunisie, on relève, comparativement aux autres lieux, seulement une minorité des personnes qui déclarent avoir subi de la violence.

Enfin, sur les 4 lieux, systématiquement, la majorité des migrants déclarent avoir subi des violences dans leur vécu (origine, parcours et pays d'enquête).

Comparaison des différences de genre dans l'exposition aux violences



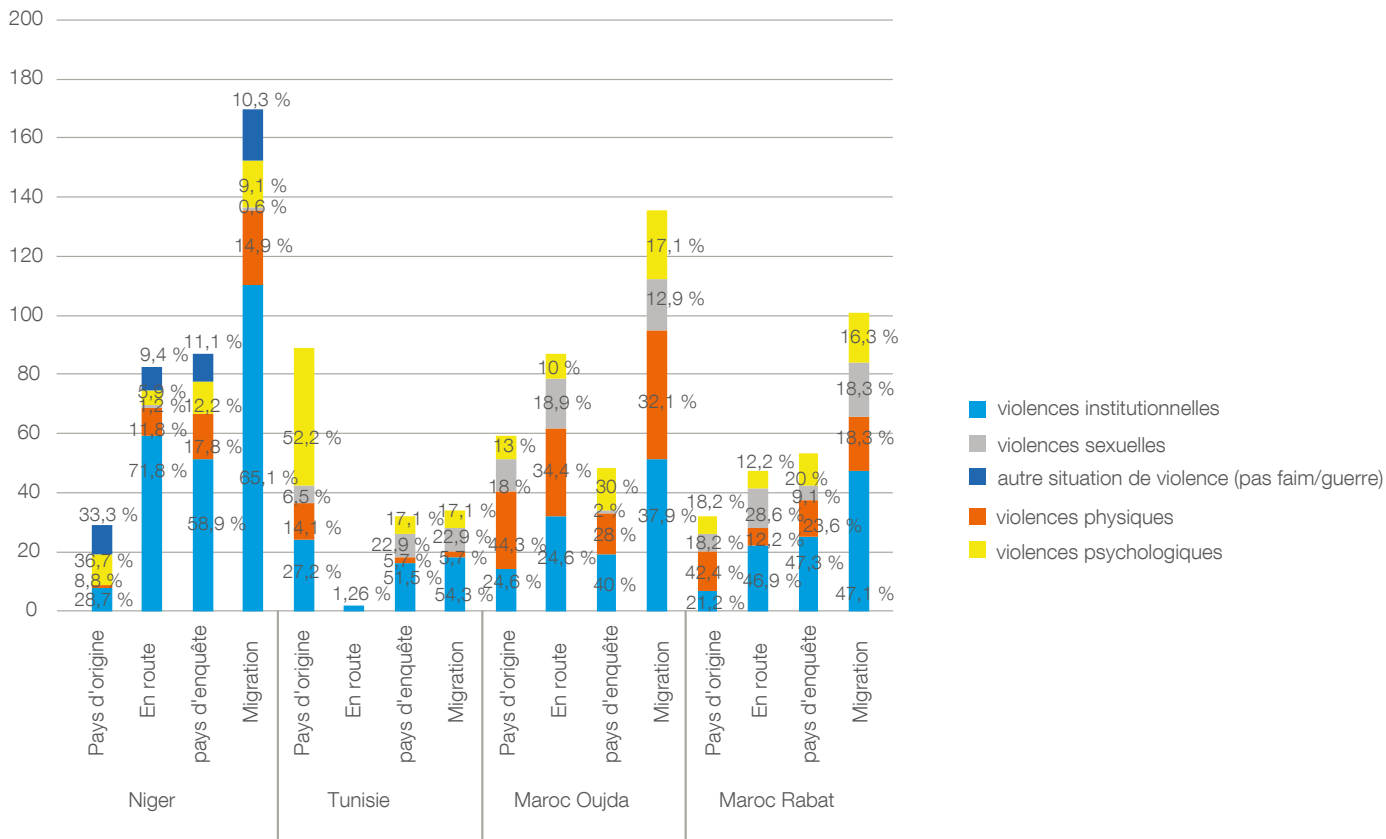
En comparant les résultats en fonction du **genre**, on note que pour les localisations et lieux il y a une **différence importante entre les hommes et les femmes** dans la proportion de personnes qui ont subi des violences. C'est sur la route migratoire vers Rabat qu'il y a le plus de différence entre les genres avec une proportion d'hommes ayant subi des violences nettement plus importantes que celle des femmes. Ensuite, la différence entre les genres apparaît nettement pour les violences dans le pays d'origine en défaveur des femmes interrogées à Oujda. On voit aussi qu'une plus grande proportion d'hommes que de femmes ont subi des violences en migration vers et au Niger. Et enfin un plus grand pourcentage de femmes par rapport aux hommes, a déclaré avoir subi des violences dans le pays d'enquête, la Tunisie.

La comparaison entre genres est défavorable aux femmes

(pourcentage plus élevé de femmes que d'hommes ayant déclaré avoir subi des violences) pour le pays d'origine de celles interrogées à Oujda, dans le pays d'enquête et en migration de celles interviewées en Tunisie. Il n'y a quasi pas de différence de genre pour les migrants à Rabat en ce qui concerne les violences dans le pays d'origine, ceux de Oujda pour les violences sur la route, et ceux de Tunisie également pour les violences sur la route. Toutes les autres catégories sont en défaveur des hommes (pourcentage d'hommes ayant déclaré avoir subi des violences plus important que celui des femmes).

Autrement dit, en migration vers et en Tunisie, un plus grand pourcentage de femmes a déclaré avoir été victime de violences par rapport au pourcentage d'hommes s'étant déclarés victimes alors que c'est la tendance inverse qui semble se produire concernant la migration dans les 3 autres lieux.

Comparaison des répartitions des violences par catégories



En comparant les violences classées par catégories, on remarque que les violences institutionnelles sont **les violences prédominantes en migration**, c'est-à-dire sur la route et dans les pays d'enquête. Elles représentent même plus de la moitié pour les migrants interrogés au Niger et en Tunisie. Par contre, **dans les pays d'origine, ce sont les violences psychologiques qui sont majoritaires pour les personnes rencontrées au Niger et en Tunisie, et les violences physiques pour ceux du Maroc.**

Les violences sexuelles sont plus déclarées au Maroc, à Rabat, encore plus qu'à Oujda. Au Niger elles ont été particulièrement peu déclarées. Néanmoins, cette information doit être nuancée en analysant les témoignages émanant des focus groupes de migrants :

AU NIGER :

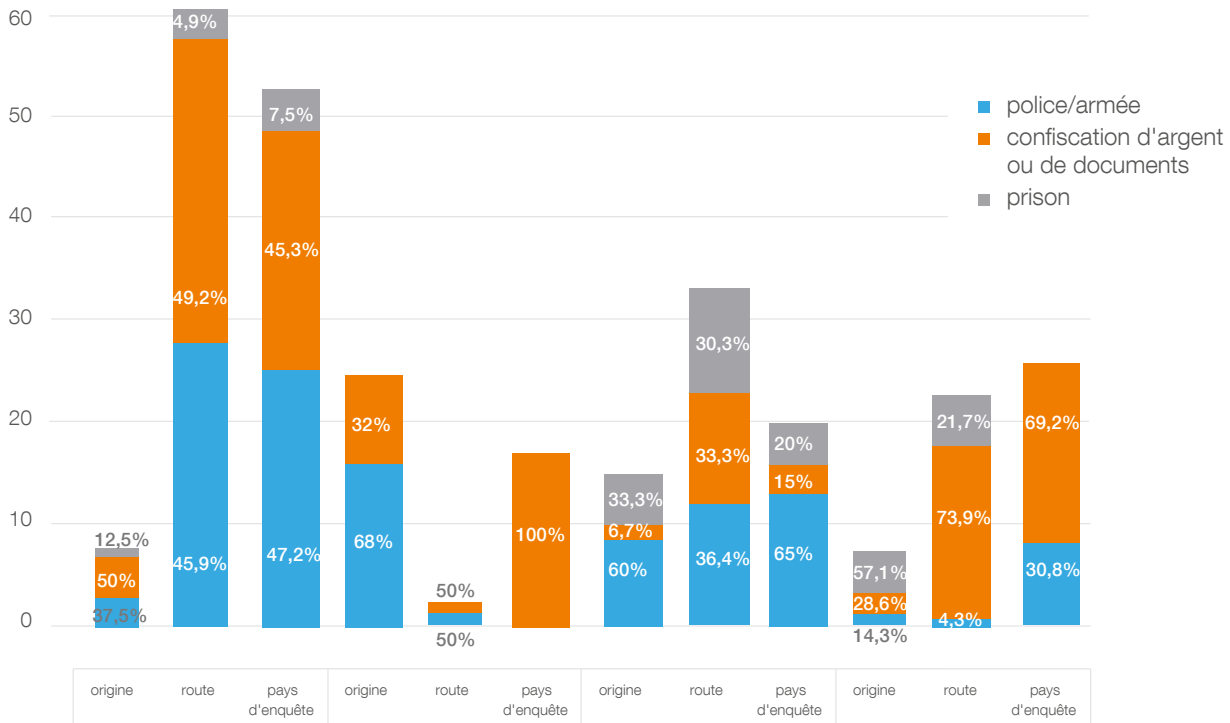
Des migrants rencontrés lors d'un focus groupe témoignent :

« Nous avons également entendu des cas de viols de femmes à la frontière entre le Burkina et le Niger. »

Quand on analyse la récurrence des différents types de violences par localisation, on remarque que parmi les trois violences les plus fréquemment déclarées :

- Dans le pays d'origine, les violences psychologiques se retrouvent systématiquement.
- Sur la route, la confiscation d'argent et/ou de documents est présente dans chaque lieu et les violences par la police/armée dans 3 lieux sur 4 (pas à Rabat).
- Dans le pays d'enquête, les violences psychologiques sont toujours rapportées, la confiscation d'argent et/ou documents et les violences par la police/armée le sont dans 3 lieux sur 4. Les violences sexuelles se retrouvent une fois dans les trois premières violences les plus déclarées.

Comparaison de la répartition des violences institutionnelles



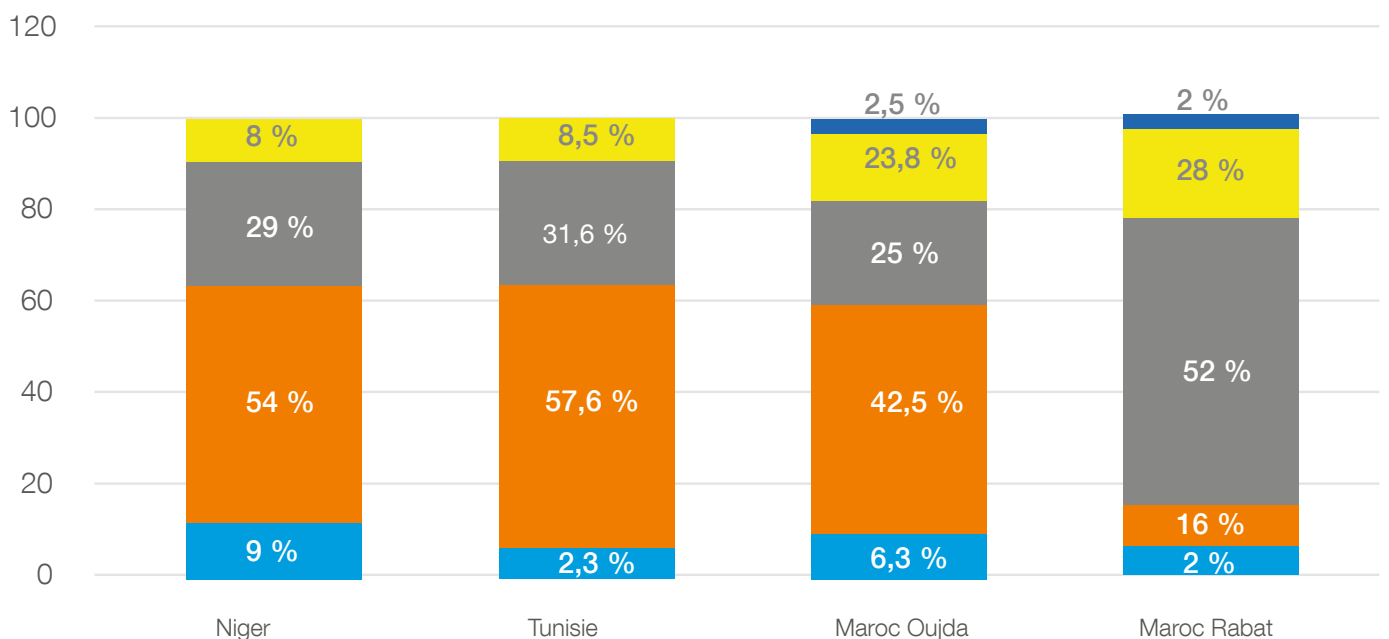
Parmi les violences institutionnelles, les violences perpétrées par la police/armée sont majoritaires au Niger, dans le pays d'origine des migrants interrogés en Tunisie, et à Oujda, sur la route vers Oujda et à Oujda-même. Ce sont par contre les confiscations de documents et/ou d'argent qui sont plus importantes dans le pays d'origine des migrants rencontrés

au Niger, sur la route vers le Niger, en Tunisie où elles représentent 100% des violences institutionnelles liées, sur la route vers Rabat et à Rabat-même. La prison est une violence rencontrée essentiellement auprès des migrants interviewés à Oujda pour les 3 localisations et à Rabat pour le pays d'origine et la route.

VI. ÉTAT DE SANTÉ

Comparaison état de santé

■ très bon ■ bon ■ moyen ■ mauvais ■ très mauvais



Plus de personnes déclarent avoir un état de santé insatisfaisant (moyen, mauvais ou très mauvais) au Maroc, à Rabat particulièrement et Oujda, qu'au Niger et en Tunisie. Au Maroc, ce nombre dépasse la moitié de la population enquêtée.

Les migrants ayant eu l'opportunité de voir un médecin à Rabat racontent :

« Il faut que le médecin te voie en train de mourir pour qu'il te traite. »

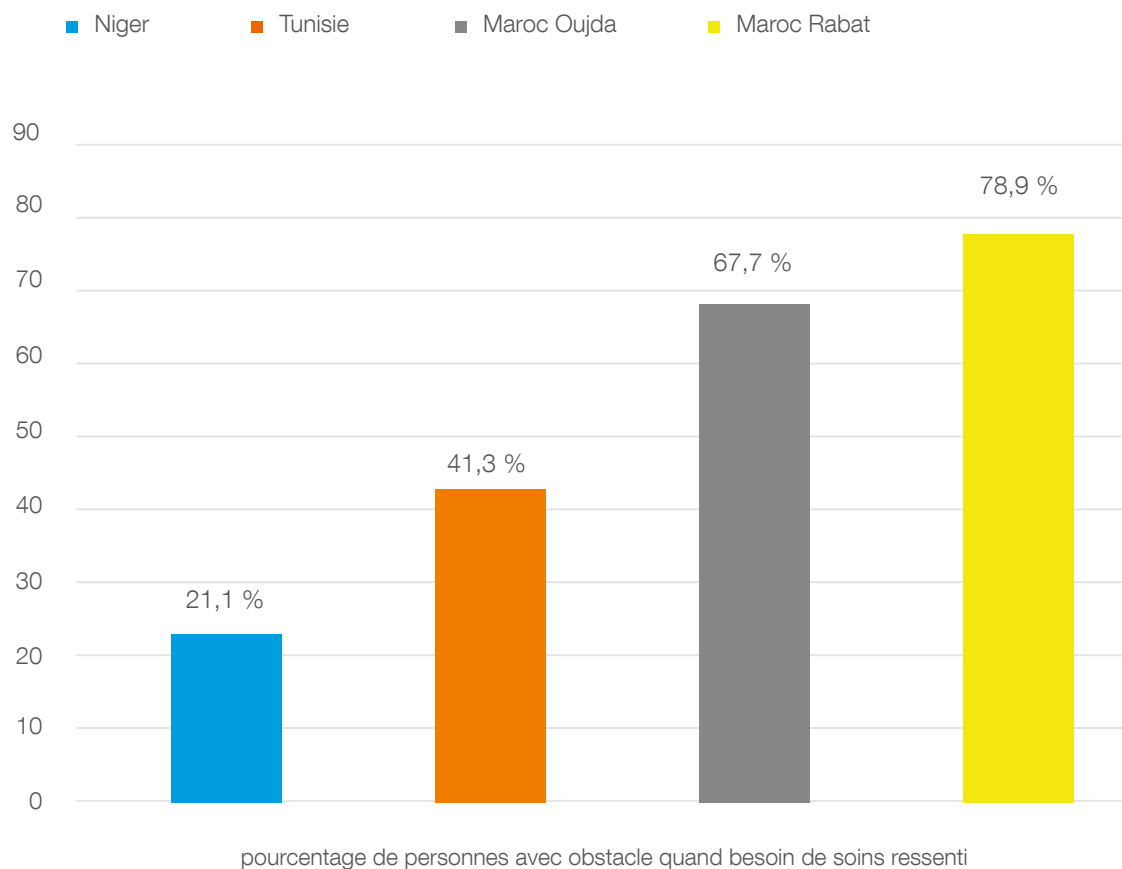
« Au Maroc, on prescrit des remèdes sans prendre le temps de te consulter. »

Partout il semble se dessiner un **lien entre l'état de santé et le nombre de violences subies** : au Niger et en Tunisie, ce lien semble apparaître avec le nombre de violences subies en migration et au Niger-même, au Maroc, à Oujda, c'est également avec le nombre de violences en migration mais aussi sur la route, et à Rabat, c'est également avec le nombre de violences sur la route mais aussi avec le nombre de violences total.

On voit aussi une possible tendance apparaître entre **la durée de la route et l'état de santé**. L'état de santé semble se dégrader à mesure que la durée de la route s'allonge au Niger et au Maroc (Rabat), ce qui fait 2 lieux sur 3 étant donné que l'analyse n'est pas pertinente pour la Tunisie puisque toute la population enquêtée est arrivée par avion.

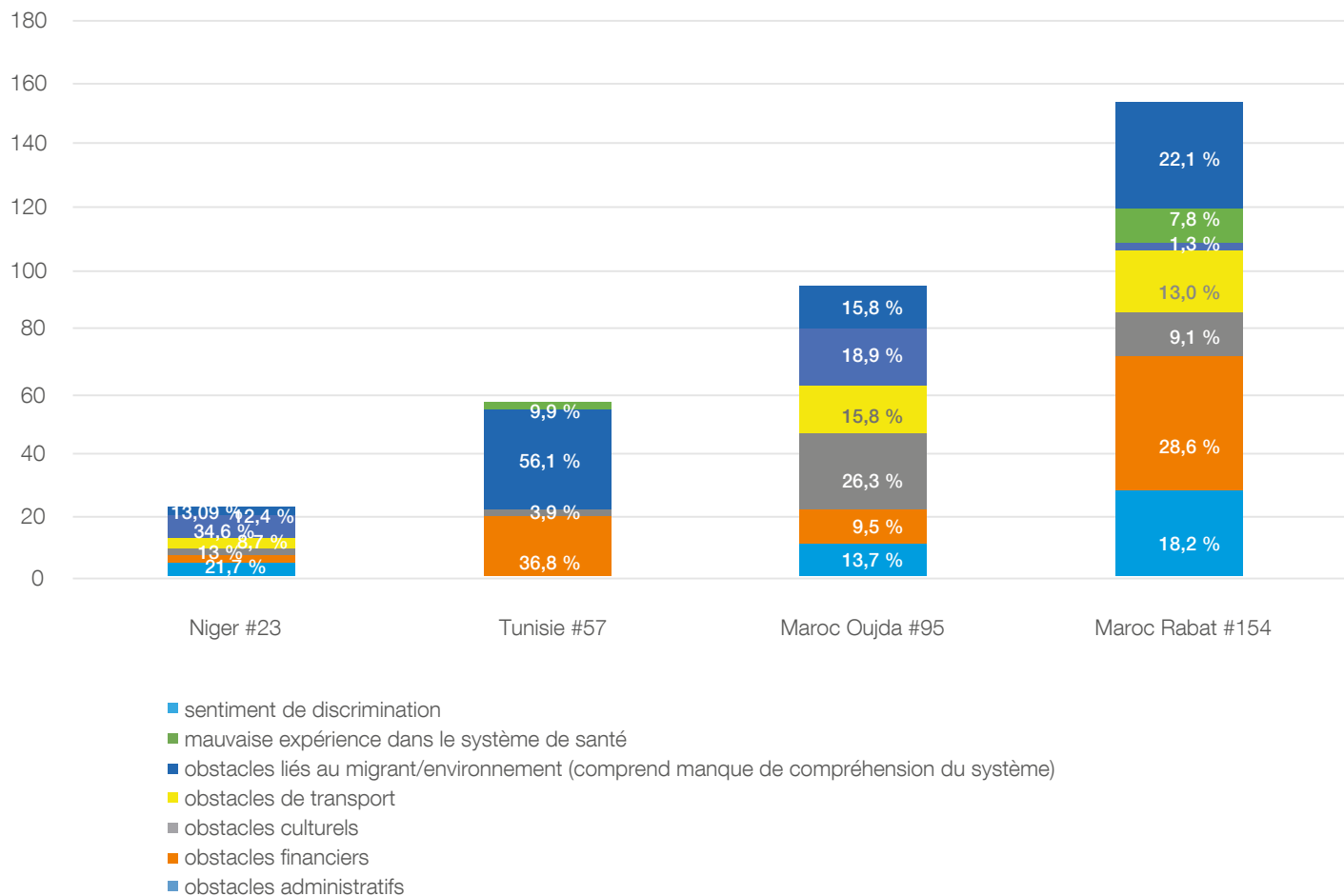
VII. ACCÈS AUX SOINS

Comparaison sur le pourcentage de personnes ayant rencontré un/des obstacles à l'accès aux soins



La proportion de migrants qui ont rencontré des obstacles à l'accès aux soins est plus importante au Maroc qu'en Tunisie et certainement qu'au Niger. Il faut rappeler que les migrants au Niger ont accès aux soins par le programme de Médecins du Monde.

Comparaison des types d'obstacles à l'accès aux soins



Les types d'obstacles varient en fonction du lieu de rencontre avec les migrants. Au Niger et en Tunisie, les obstacles les plus fréquents sont ceux de la catégorie "liés au migrant/à l'environnement" qui comprend le manque de compréhension du système. Au Niger viennent ensuite les obstacles administratifs tandis qu'en Tunisie ce sont les obstacles financiers qui sont également fortement relatés. Au Maroc, il y a plus d'obstacles rapportés, avec une variation entre les deux lieux : à Oujda ont été déclarés le plus fréquemment des obstacles culturels, suivis par ceux liés au

migrant/environnement et au sentiment de discrimination, tandis qu'à Rabat, les plus fréquemment rapportés sont les obstacles financiers et le sentiment de discrimination, ensuite les obstacles administratifs.

Le manque de compréhension du système est un frein majeur, tel que confirmé par ce témoignage :

« Du fait que nous soyons arrivés récemment à Agadez, nous ignorons encore le système de soin. Même ceux qui se sentent en moins bonne santé, ne savent pas où se soigner pour le moment. »

5. Discussion

Parmi les déterminants qui ont fait partie de l'enquête, il est important de préciser que le **facteur temps** peut en faire varier certains, tel que mentionné dans le modèle que nous proposons dans l'introduction. Le statut administratif représente leur situation au jour de l'enquête mais il pourrait se modifier pour certains migrants au cours du temps comme par exemple en cas d'expiration de visa, reconnaissance du statut de réfugié pour certains demandeurs d'asile, etc. Les données sur les durées de route et de séjour telles que rapportées sont sous-estimées étant donné qu'elles sont enregistrées au jour de l'enquête, alors que le séjour et le parcours migratoire n'est pas terminé. De manière identique, étant donné que le **parcours migratoire n'est pas terminé pour la majorité des personnes interviewées**, ils pourront encore être confrontés à de nouvelles violences et de nouveaux obstacles à l'accès aux soins.

Cette enquête menée auprès de 461 personnes, nous permet d'illustrer qu'il est **impossible de réduire la migration à un schéma unique et identique**.

Il n'en reste pas moins que si les histoires des migrants que nous avons rencontrés sont toutes singulières, les conditions difficiles de la migration sont un point commun et ces conditions font partie des déterminants sociaux de la santé.

La population totale enquêtée est **majoritairement féminine**. Parmi les 3 lieux où la manière dont l'enquête a été menée n'a pas d'impact sur le genre, au Niger on constate une prédominance masculine, à Tunis c'est l'inverse tandis qu'à Oujda, la répartition est quasi équivalente entre les genres. A Rabat par contre, la prédominance féminine est déterminée par la méthodologie de sélection des enquêtés et peut donc avoir influencé la majorité globale féminine.

Concernant l'âge, le fait est connu concernant la migration observée dans le continent africain: cette population est jeune, avec présence de mineurs, sauf à Tunis, dont une majorité non accompagnés.

Les pays d'origine sont essentiellement des pays d'Afrique de l'Ouest, aussi dans une moindre mesure, d'Afrique centrale, ce qui est logique étant donné les lieux d'enquête situés sur certaines voies migratoires de ces régions-là. En Tunisie la plus grande majorité est d'origine ivoirienne, ce qui laisse supposer une voie de migration privilégiée et organisée entre ces deux pays. On verra plus loin que d'autres arguments viennent appuyer et même renforcer cette idée.

La **grande majorité** des migrants enquêtés a un **statut administratif non-régularisé**, ce qui impacte leurs droits, notamment le droit à l'accès aux soins, tel que le rapporte le rapport de l'OMS sur la santé des migrants¹. Étant donné ce droit à la santé limité, ce sont eux particulièrement qui doivent rechercher et donc bénéficier de l'aide des ONG telles que Médecins du Monde. C'est donc une des populations cibles spécifiques de l'organisation. On dénombre une plus grande partie des migrants avec un permis ou une demande d'asile au Maroc étant donné que les acteurs d'assistance aux migrants les incitent à ces procédures, même sans volonté d'aboutir, afin de faciliter leurs accès aux droits et notamment à l'accès aux soins.

La durée de la route migratoire est une des caractéristiques très variable au sein de la population enquêtée. Pour beaucoup de migrants vers Tunis et Rabat, la route s'est faite par avion, le prix du billet faisant partie d'un contrat entre le migrant et un intermédiaire. Ce contrat implique typiquement la prise en charge financière de la route par voie aérienne et la fourniture d'un emploi dans le pays de destination (femme de ménage, aide-ménagère, ouvrier agricole...) en échange de la perception complète par l'intermédiaire du salaire du migrant pour le travail fourni pendant 5 mois minimum, avec la rétention des papiers d'identité (afin de limiter les possibilités d'échapper du migrant) et souvent aussi des biens personnels tels que téléphone. Ce mécanisme nous semble de manière évidente rentrer dans la dénomination de la **traite d'êtres humains**¹. Pour un autre groupe de migrants, la route se fait essentiellement par voie terrestre et sa durée peut se prolonger jusqu'à de nombreux mois. En effet, ce trajet est ponctué de haltes imposées par les circonstances, souvent la recherche d'argent permettant la poursuite du voyage. Les montants d'argent nécessaires sont souvent plus importants qu'estimés au départ, ceci étant donné l'augmentation des prix des passages, les paiements nécessaires exigés à certains points stratégiques, les pertes des biens, ... La récolte des moyens nécessaires

¹définition de la Convention du Conseil de l'Europe sur la lutte contre la traite des êtres humains «L'expression « traite des êtres humains » désigne le recrutement, le transport, le transfert, l'hébergement ou l'accueil de personnes, par la menace de recours ou le recours à la force ou d'autres formes de contrainte, par enlèvement, fraude, tromperie, abus d'autorité ou d'une situation de vulnérabilité, ou par l'offre ou l'acceptation de paiements ou d'avantages pour obtenir le consentement d'une personne ayant autorité sur une autre aux fins d'exploitation. L'exploitation comprend, au minimum, l'exploitation de la prostitution d'autrui ou d'autres formes d'exploitation sexuelle, le travail ou les services forcés, l'esclavage ou les pratiques analogues à l'esclavage, la servitude ou le prélèvement d'organes" (5)

est souvent difficile étant donné l'accès limité au travail pour les migrants. Ils peuvent alors avoir recours à la famille restée au pays d'origine qui doit se mobiliser pour récolter les fonds. Tous ces aléas prolongent la durée de la route migratoire et en rendent les conditions d'autant plus difficiles, jusqu'au point où certains migrants décèdent sur la route.

Concernant la **durée de séjour dans le pays d'enquête**, elle semble **fort longue pour une majorité des migrants, et d'autant plus pour les femmes**. Il faut néanmoins préciser que, n'ayant pas d'informations précises concernant les raisons exactes pour lesquelles ces personnes séjournent encore dans les pays d'enquête, nous ne savons pas s'il s'agit d'un choix délibéré ou non de leur part.

Il semblerait que certains endroits, comme Agadez au Niger et Oujda au Maroc, sont des endroits de passage, alors que les capitales, telles que Tunis et Rabat, où il existe des opportunités financières pour les migrants semblent être des lieux où les migrants restent plus longtemps et où parfois, pour certains, un avenir serait envisageable. Même si une nuance s'impose immédiatement, puisqu'il semble vrai que la majorité des migrants enquêtés dans les focus groupes ont souvent rapporté le désir de rejoindre l'Europe, même au détriment de leur santé physique et psychologique et connaissant les violences innombrables qu'ils encourent. On remarque aussi que les personnes avec un statut administratif autorisant officiellement un séjour, quel qu'il soit à l'exception du visa de tourisme ou de travail (qui est de toute façon limité dans le temps), ont une durée de séjour moyenne plus longue que les personnes non régularisées.

Le parcours migratoire est une épreuve, c'est ce qui ressort des récits de beaucoup de migrants, notamment de par les violences auxquelles ce parcours les confronte. Une très grande majorité des migrants (plus de 80%) nous ont relaté avoir été victime de violence et quand on réduit cela uniquement à la période migratoire en tant que telle (route et pays d'enquête sans tenir compte du pays d'origine) ce sont plus de 60% d'entre eux qui le déclare, 35% sur la route, 40% dans le pays d'enquête avec donc un certain pourcentage qui l'a vécu dans les deux localisations. Dans le pays d'origine, ce sont 46% qui déclarent avoir vécu de la violence, les femmes plus fréquemment que les hommes. On pourrait donc penser, sans pouvoir l'affirmer de par les résultats de notre enquête, que **les violences subies dans le pays d'origine pourraient être un facteur poussant à la migration**, en particulier pour les femmes. Entre les 4 lieux d'enquête, il y a des différences entre les pourcentages de migrants qui ont déclarés avoir été victimes de violences, avec le Niger et Oujda qui montrent des

chiffres plus importants que Rabat et surtout Tunis. Cependant, dans 3 lieux sur les 4 (pas à Tunis), c'est la majorité des migrants qui ont subi des violences au cours de la migration. Par contre à Tunis, la différence d'exposition aux violences en migration est en défaveur des femmes alors qu'elle leur est plus favorable dans les autres lieux. Et quand on parle de violences en incluant le pays d'origine, Tunis rejoint les 3 autres lieux pour montrer une majorité de personnes avec un vécu de violences. On peut donc dire que **dans l'histoire de tout migrant il faut s'attendre à une des expériences de violences subies**.

Sur le nombre total de violences déclarées, la répartition est quasi équivalente entre les 3 localisations, origine, route, pays d'enquête, ce qui signifie que plus de 2/3 d'entre elles se sont passées après le départ en migration. Il est même possible que cette enquête sous-évalue le nombre de violences rapportées étant donné la formulation des questions d'enquête correspondantes (voir chapitre limitations). Les femmes semblent un peu plus protégées au cours de la migration, elles sont moins nombreuses que les hommes à se déclarer victimes dans cette période. Les données relatent que les systèmes de traite tels que décrits plus haut concernent en majorité les femmes, ce qui leur permet d'éviter les violences au cours de la route et peut partiellement expliquer le fait qu'elles sont moins nombreuses à être victimes de violence en migration. Les lieux de migration sans possibilité locale d'établissement comme Agadez ou Oujda et la route y menant ont l'air d'engendrer encore plus de violences que ceux où la migration est pour une certaine mesure plus organisée, comme à Rabat et Tunis. Les routes menant à Oujda et au Niger sont celles où le nombre de violences déclarées subies est le plus élevé.

Avant d'aborder la question des types de violences que les migrants ont déclarés avoir subies, il est important de rappeler qu'aucune définition n'a été donnée concernant les différents types de violences qui étaient des réponses possibles. Cela veut dire que les réponses sont basées sur le ressenti des migrants interrogés qui ont déterminé quelle catégorie répondait le mieux à ce qu'ils ressentaient de leur vécu. Par exemple, les violences policières doivent être comprises comme un acte, quel qu'il soit dans sa nature, que le migrant a ressenti comme une violence de la part d'un membre des forces de la police. Pour les autres réponses possibles, elles identifient la nature de la violence mais pas l'auteur. Donc pour les coups et blessures (2 types), la torture, les violences sexuelles (2 types), les violences psychologiques et les confiscations de documents et/ou argent, l'auteur de la violence n'est pas déterminé. Il se pourrait donc qu'il y ait des chevauchements entre la nature et l'auteur de la violence ressentie et que le migrant ait fait un choix dans sa réponse en fonction de son ressenti de ce qui lui semblait important.

Pour mieux comprendre les **violences au cours de la migration**, il est intéressant de se rendre compte que **la catégorie des violences institutionnelles (violences perpétrées par la police/armée, confiscations de documents/argent et prison) est la principale**, en général et aussi séparément dans chaque lieu d'enquête, suivie par la catégorie des violences physiques (torture, coups et blessures domestiques ou non domestiques). Les focus groupes ont permis de comprendre qu'outre la confiscation de documents, des fouilles intimes ont lieu, couplant à la violence institutionnelle, des violences physiques, psychologiques et parfois sexuelles. Nous pouvons dire que ces extorsions d'argent ont sans doute un impact supplémentaire sur la santé des migrants puisque **l'un des obstacles récurrents de l'accès aux soins est le manque de moyen financier**.

De plus, bien que la catégorie des violences sexuelles soit peu représentée dans les réponses, selon les migrants interrogés lors des focus groupes, **il semblerait qu'elles sont fréquentes** et que les femmes sont systématiquement violées ou forcées d'utiliser leur corps comme monnaie d'échange.

Au sein des **violences institutionnelles**, ce **sont les confiscations de documents/argent** qui se produisent le plus en général, ce qui aggrave la vulnérabilité des migrants en termes de ressources et donc de conditions de vie et d'accès aux soins. Les violences par la police et l'armée représentent un tiers des violences institutionnelles rapportées. Cependant dans cette répartition entre violences par la police, confiscation de documents/argent et prison, il y a des variations entre les lieux d'enquête qu'on peut associer au contexte. Par exemple, le fait qu'en Tunisie les confiscations constituent 100% des violences institutionnelles renforce l'argument de l'existence de réseaux de traite.

Ce même élément apparaissant à Rabat.

Les hommes et les femmes semblent ne pas être identiquement victimes des différents types de violences, **le genre a un impact sur le type de violences subies**. Les hommes sont plus sujets aux violences institutionnelles de types emprisonnement et violences perpétrées par la police/armée alors que les femmes sont plus soumises à des violences sexuelles et psychologiques. Pour les violences sexuelles, on note des grandes différences entre les lieux, avec très peu de déclarations au Niger et beaucoup plus au Maroc. La culture (des enquêteurs) peut être un point qui peut participer à expliquer ces différences de rapportage, d'autant plus que des témoignages spontanés dans les focus groupes tendent à montrer que les violences sexuelles se passent partout.

La localisation, le pays d'origine, la route et le pays d'enquête ont aussi un impact sur le type de violences qui nous ont été rapportées, avec essentiellement des différences entre le pays

d'origine et les deux localisations de migration, la route et le pays d'enquête.

La faim semble aussi être un élément dont il faut s'inquiéter pour les migrants. Un nombre non négligeable d'entre eux nous l'ont rapportée et encore une fois, par notre méthodologie d'enquête, il est fort probable qu'elle soit sous-évaluée. Or il est clairement reconnu que la sous et mauvaise alimentation ont un impact sur la santé.

Et enfin parmi les événements que nous pensons potentiellement traumatisants, une **situation de guerre/conflit armé** a été rapportée comme **un événement de vie pour un tiers de migrants** rencontrés, 32% d'entre eux l'ont relaté comme un fait violent vécu dans leur pays d'origine. Et ces chiffres sont peut-être sous-évalués étant donné la manière dont ces informations ont été obtenues. Nous pouvons nous demander si la fuite d'un contexte de conflit est un élément poussant à la migration.

Ce qu'on peut dire sur l'état de santé des migrants, ceux que nous avons eu l'occasion de questionner, qui apparaît clairement et qui nous semble très inquiétant, est le **constat qu'une population aussi jeune se sente dans un état de santé qui n'est pas bon, les femmes peut-être encore plus que les hommes**. On sait que les migrants sont **au départ** de leur route des personnes **plus jeunes et en meilleure santé que la moyenne** de la population générale. Cette enquête montre bien à quel point la migration, telle qu'elle se passe actuellement, **impacte négativement la santé**. L'état de santé perçu par les migrants se dégrade nettement au cours de la période migratoire.

D'après cette enquête il semble apparaître que l'état de santé de ces populations peut être impacté par plusieurs facteurs dont les violences subies et la durée de la route. Nous pensons qu'effectivement ces deux éléments doivent être considérés comme des déterminants de la santé avec un impact fort. **D'autres facteurs**, pensons-nous, pourraient aussi jouer un rôle dans l'état de santé des migrants : **les conditions de vie et socio-économiques, les barrières d'accès aux soins, l'exposition à et la prévalence de certaines maladies, qui sont donc des déterminants sociaux de la santé, avec leurs spécificités pour les migrants**.

Pour la question de l'accès aux soins de santé, nous pouvons dire **qu'une minorité des migrants nous ont dit ne pas avoir rencontré d'obstacle**. On peut considérer que les migrants qui ont ressenti le besoin d'avoir recours à des soins sont ceux qui ont mentionné soit un/des obstacles (y compris ceux qui

ont dit ne pas avoir essayé d'aller dans une structure de soins mais en mentionnant des obstacles, pouvant expliquer le fait), soit ont répondu qu'ils n'ont pas rencontré d'obstacle. Quand on regarde parmi ceux-ci, qui ont ressenti le besoin de soins, ce sont 51% qui ont rencontré un ou plusieurs obstacles à l'accès, ceci avec des variations entre les lieux, le Maroc semblant être le pays qui en apporte le plus. Donc **plus de la moitié des migrants qui ont ressenti le besoin de soins médicaux ont eu des difficultés à les obtenir**. Nous pouvons donc dire que l'accès aux soins pour ces migrants est loin d'être évident et un droit respecté. Les barrières d'accès aux soins les plus fréquemment mentionnées sont les **obstacles financiers** pour lesquels nous pouvons considérer que les conditions de migration ont un impact direct sur cet aspect puisque comme vu plus haut, les migrants se trouvent souvent sans ressources financières suite au frais liés à la migration et à la confiscation de leur argent. La deuxième barrière la plus fréquemment mentionnée peut aussi être considérée comme découlant du **statut de migrant** puisque c'est la mauvaise connaissance/compréhension du système d'accès aux soins, dans un/des pays qui ne sont pas le leur et qui ont un fonctionnement différent et de par leur statut administratif qui complexifie leur droit à l'accès aux soins. Enfin la **discrimination** apparaît comme troisième barrière la plus importante et encore une fois, celle-ci est directement liée au statut de migrant. **On peut donc dire qu'être migrant entraîne de manière directe et indirecte des barrières à l'accès aux soins.**

Enfin, les témoignages quant à leurs projets de vie nous font voir que pour quelques-uns les conditions terribles de la migration leur font modifier leurs projets et ils souhaitent retourner dans leur pays d'origine malgré toutes les raisons qui les ont poussés à le quitter. Par contre la plus grande majorité nous relate qu'ils souhaitent **continuer leur parcours migratoire, coûte que coûte** et vaille que vaille, malgré tous les aléas et violences subis et la connaissance que d'autres difficultés et violences seront toujours une réalité sur le chemin qu'ils poursuivront. Tous les obstacles que les migrants rencontrent sur leur route ne les empêchent pas de vouloir continuer.

Nous pouvons tirer de ces résultats qu'il y a **plusieurs "types" de migrants**, en lien avec la manière dont ils entament la migration, leurs objectifs, au moins intermédiaires. Il semble que les migrants rencontrés à Tunis et Rabat avaient comme premier objectif de s'installer, au moins temporairement sur place. Il y a en effet sur place des activités génératrices de revenus, auxquelles ils semblent avoir accès. Par contre à Agadez et Oujda, les migrants n'avaient, au moins au départ, aucune intention d'y séjourner plus que le temps de trouver les moyens de poursuivre leur route. Ils ont parfois modifié leurs projets, soit par choix, aussi étant donné les circonstances, soit contraints par le manque de moyens.

Il y a aussi des différences de genre, de moyens de faire la route...

De cela, il est essentiel de retenir qu'il faut éviter les généralités quand on parle migration.

6. Limitations de l'enquête

Nous tenons à préciser les limites et biais possibles de cette enquête.

Tout d'abord, cette enquête et le rapport qui en découle **ne se veulent pas scientifiques**. Nous présentons des résultats qui n'ont pas été analysés statistiquement, **ils reflètent donc des témoignages et des tendances, pas des certitudes**. Le rapport est un "working paper" et non pas un article scientifique. Cela n'empêche que nous amenons par ceci des informations très importantes et intéressantes quant aux conditions de migration et leurs impacts sur les individus.

Il faut souligner comme limites possibles à la récolte des données, les barrières linguistiques rencontrées, les limitations d'accès aux migrants liées à la sécurité, les mouvements des populations migrantes.

En outre, il faut préciser que Médecins du Monde et ses partenaires n'avaient accès qu'à certaines communautés de migrants, celles qui étaient en contact avec les projets de Médecins du Monde. **La population interrogée est donc un échantillon d'opportunité en lien avec les projets de notre ONG.**

En outre, les enquêteurs étaient des travailleurs directement liés aux projets, amenant un biais dans les réponses aux questions qui concernent des axes de travail des projets. Et chaque lieu d'enquête a donc eu ses propres enquêteurs, différents sur chaque lieu, ce qui ne permet pas une uniformité et donc amène certainement des biais dans les comparaisons entre les 4 lieux d'enquête.

Il est à noter aussi que les définitions des réponses possibles étaient parfois imprécises et ont donc pu mener à un certain degré d'interprétation.

Par exemple, pour les violences, les réponses sont basées sur le ressenti des migrants interrogés qui ont déterminé quelle catégorie répondait le mieux à ce qu'ils ressentaient de leur vécu.

Par exemple, les violences policières doivent être comprises comme un acte, quel qu'il soit dans sa nature, que le migrant a ressenti comme une violence de la part d'un membre des forces de la police. Pour les autres réponses possibles, elles identifient la nature de la violence mais pas l'auteur. Donc pour les coups et blessures (2 types), la torture, les violences sexuelles (2 types), les violences psychologiques et les confiscations de documents et/ou argent, l'auteur de la violence n'est pas déterminé. Il se pourrait donc qu'il y ait des chevauchements entre la nature et l'auteur de la violence ressentie et que le migrant ait fait un choix dans sa réponse en fonction de son ressenti de ce qui lui semblait important. En outre pour les réponses aux questions sur les violences subies : une personne n'a pu déclarer qu'un maximum de deux violences par localisation.

Il faut donc comprendre que même si la personne a déclaré 2 violences par localisation, elle pourrait en avoir subi plus.

De plus, le questionnaire avait inclus "faim" et "guerre/conflit armé" dans les réponses possibles des violences, or ces deux éléments ont été retirés de l'analyse de l'ensemble de violences a posteriori pour correspondre à la définition de violence de l'OMS (cf introduction).

Ces deux derniers résultats, faim et guerre/conflit armé, ont fait l'objet d'une analyse séparée. Par ailleurs, lorsque la faim ou la guerre/conflit armé ont été déclarés comme violences, cela a peut-être limité la déclaration d'autres violences. Il est donc possible que les chiffres sur les violences soient encore sous-estimés. De même pour les analyses séparées concernant la faim, et guerre/conflit armé, il y a peut-être sous-déclaration pour la même raison.

De même, le nombre de réponses possibles à la question des barrières à l'accès aux soins était limité, cet élément est donc peut-être sous-évalué également.

7. Recommandations

Sur base des résultats et de l'information fournie par ce rapport, nous pensons pouvoir faire certaines recommandations, de trois types, des recommandations générales plutôt adressées aux dirigeants politiques, des recommandations opérationnelles pour les acteurs s'investissant dans l'assistance aux migrants, dont fait partie Médecins du Monde, et des recommandations de recherche, pour la poursuite et approfondissement de la connaissance des problématiques rencontrées par les migrants, adressées aux milieux académiques.

I. RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

1. Pour les questions relatives aux violences, nous en référons à l'objectif 7 du Pacte mondial sur les Migrations établi à Marrakech en décembre 2018 (6,7) :

Nous demandons aux gouvernements de s'attaquer aux **facteurs structurels amenant des vulnérabilités aux migrants, en l'occurrence des violences à leur égard**, ce à tous les niveaux de compétences. En effet, les circonstances ou situations rencontrées à différentes étapes du parcours migratoire (pays d'origine, route migratoire, pays d'accueil), détaillées dans le présent rapport, augmentent le risque d'exposer les migrants à des atteintes de leurs droits fondamentaux. Ainsi, nous demandons à ce que les migrants qui sont en situation de vulnérabilité, quel que soit leur statut migratoire, aient **accès à des services et traitements de qualité, veillant à ce que leur droits et leur dignité soient respectés**.

2. Pour les questions relatives à l'accès aux soins, nous en référons également au Pacte mondial sur les Migrations, plus spécifiquement à l'objectif 15 (6,7) :

Tous les migrants devraient avoir un **accès sûr aux services de base notamment aux services de soins de santé, droit de l'homme fondamental**. Nous demandons à ce qu'il soit tenu compte des besoins de santé physique et mentale des migrants dans les politiques et plans à tous les niveaux de pouvoir, d'une part en renforçant les capacités des prestations, d'autre part, en réduisant les barrières d'accès décrites dans le présent rapport.

II. RECOMMANDATIONS OPÉRATIONNELLES

1. L'analyse de la santé des migrants est multidimensionnelle et complexe, dépendant notamment des risques et de l'exposition à des facteurs au cours du parcours et du processus migratoire. A cet égard, nous proposons que soit pris comme cadre opérationnel pour les projets d'assistance aux migrants, le **modèle des déterminants sociaux de la santé des migrants** que nous avons établi.
2. Nous pensons nécessaire que soit **systématiquement prise en compte la santé mentale** dans l'opérationnalisation des projets. En effet, les facteurs de risques liés à la santé mentale se déclinent de multiples façons, et ce en fonction des conditions du parcours migratoire.
3. Nous devons nous appliquer, dans nos programmes, à **renforcer la capacité de prise en charge des victimes de violences, avec une approche globale et intégrée**, abordant les conséquences de ce(s) traumatisme(s) sur la santé d'un point de vue somatique, psychologique et social.
4. Pour aborder qualitativement les pathologies liées à l'épidémiologie des pays d'origine ou de transit des migrants, nous pensons devoir proposer un **renforcement de capacités des soignants locaux sur ces thématiques parfois moins connues** au vu d'une épidémiologie régionale différente.
5. Nous pensons que nous devrions, dans nos projets, développer un **axe de collaboration avec les leaders communautaires** afin de les informer et sensibiliser sur les questions des **droits humains**, afin d'augmenter leur prise en considération dans leurs rapports aux migrants qu'ils sont amenés à rencontrer.
6. La santé est un droit universel et l'accès aux soins en est un des facteurs capitaux. Nous demandons la prise en compte de ce fait par tout acteur de santé afin de permettre l'accès aux soins aux migrants de la même façon que pour les natifs des pays, donc **la disparition des barrières qui limitent de fait l'accès aux soins aux migrants**.

8. Remerciements

7. Nous pensons intéressant d'implémenter, dans les zones rassemblant de nombreux migrants, une **fonction 0.5 dans les lignes de soins**. L'implémentation de cette fonction "outreach" vise à **amener les professionnels de la santé à rencontrer, dans leurs lieux de vie, des publics ne faisant souvent pas la démarche de rechercher des soins même quand ils le ressentent nécessaire**. Ceci afin de sensibiliser, mettre en confiance, informer et donc de lever les barrières à l'accès aux soins, l'objectif final étant de ramener les personnes dans le système de santé.
8. Nous pensons que **Médecins du Monde** de par sa position d'organisation témoin et acteur dans le secteur et ses projets auprès des migrants, **doit être un acteur contribuant au projet EVAM (voir annexe) qui a pour objectif final d'éliminer la violence faite aux migrants**.

III. RECOMMANDATIONS DE RECHERCHES

Nous pensons que sur base des informations amenées par cette enquête, il y a matière à faire de la recherche scientifique, avec une méthodologie rigoureuse limitant les biais que nous avons pu identifier dans notre enquête, sur les sujets tels que :

1. Quel est l'impact des violences subies sur l'état de santé ? Est-ce une question du nombre de violences, du type de violences ? Doit-on introduire une échelle de gravité ressentie des violences afin de mesurer ce facteur-là?
2. Quel est l'impact de la durée de la route? Est-ce un impact direct ou des facteurs indirects qui sont déterminants pour l'état de santé?
3. Quel est l'impact des autres déterminants de la santé identifiés dans notre modèle et faisant partie de nos questions? Y en a-t-il d'autres que nous n'avons pas identifiés (questionner directement les migrants à ce propos)?
4. Etudier la progression de l'état de santé au cours de la migration à différents moments afin de pouvoir mieux appréhender l'impact des événements de migration et de la migration en général.

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont rendu ce rapport possible, en commençant par les migrants qui ont accepté de partager avec nous une part de leur histoire, et aussi certainement tous les collègues de Médecins du Monde Belgique et les partenaires qui ont fait un travail formidable pour cette enquête.

9. Bibliographie

1. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. No Public Health without refugee and migrant health. World Health Organization 2018.
2. Immigration as a social determinant of health. Heide Castaneda, Seth M. Holmes, Daniel S. Madrigal, Maria-Elena DeTrinidad Young, Naomi Beyeler, and James Quesada. Annu. Rev. Public Health 2015. 36:375-92
3. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2. World Health Organization, Geneva, 2010.
4. Falling through the cracks : The Failure of Universal Healthcare Coverage in Europe. 2017 Observatory Report.
5. Convention du Conseil de l'Europe sur la lutte contre la traite des êtres humains*Varsovie, 16.V.2005. Série des Traités du Conseil de l'Europe - n° 197
6. Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration. Intergovernmentally negotiated and agreed outcome 13 July 2018. Global Compact for Migration.
7. Proposed health component. Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration. World Health Organization, 2018.



ENDING VIOLENCE AGAINST MIGRANTS

CONCEPT NOTE

MÉDECINS DU MONDE
22 October 2018

By deliberately restricting its scope, EVAM aims to address one of the most disturbing aspect of migration: widespread violence.

ENDING
VIOLENCE
AGAINST
MIGRANTS

EVAM

Background

Context | Rationale

CONTEXT

The project was born from the observation that despite numerous initiatives trying to cope with migration, contributors consistently ended up in a deadlock situation in which human rights' defenders opposed and criticised policies developed to keep migrants at bay.

The process aimed at improving migration policies has been ongoing for a long time and took a significant turn after the height of the European migrants' crisis in 2015. Discussions on the Global Compacts largely contributed to take the measure of where we were globally.

Unfortunately, **the ability of these processes to translate into concrete change on the ground is likely to remain limited and remote in time.** The daily suffering of the multitude of people on the move, seeking for a safe haven or a better future, **calls for immediate action.**

The political environment in the global north does not encourage more exchanges nor promote permanent migration as possible opportunities. Efforts to challenge existing policies and practices are essential, but not enough. **What is truly needed, are initiatives that can bring some immediate relief now.**

What EVAM proposes is to look into migration issues through a new lens, the one of violence in its many forms affecting migrants, making the assumption that many –if not all– can agree that there is a global interest to reduce harm and suffering.

RATIONALE

In an environment where positions seem often irreconcilable between the champions of migrants' fundamental rights and the defenders of states' sovereign rights to control their borders and regulate migration flows, EVAM does not take sides.

The United Nations General Assembly Resolution 67/185 "Promoting efforts to eliminate violence against migrants" and its technical report dated 2015, had already pointed to the « *continuing instances of criminal acts committed against migrants, migrant workers and their families in all regions of the world, including acts of violence* », calling for states to « *strengthen their efforts to prevent and combat violence, prosecute its perpetrators and protect its victims* » (cf. UNODC/IFRC, Report, *Combatting Violence Against Migrants*, 2015).

The EVAM initiative has been designed to complement and reinforce these efforts aimed at better accompanying and managing migration schemes, specifically or globally (e.g., NY Declaration, GCM, UNGA Res. 67/185, OSCE Migration Report 2017). By deliberately restricting its scope to **violence – understood here as any use of force or power that results in harmful consequences for migrants–**, it aims to address one of the most disturbing and widespread by-products of migration.

EVAM's central assumption is that no actor –or very few– might be reluctant to act to limit the harmful consequences of their policies or practices if these situations of violence are clearly known and identified, and if the proposed corrective measures put forward by EVAM do not contravene their objectives nor interests.

It promotes a pragmatic approach that, instead of looking at the drivers of practices and policies in place, focuses exclusively on their harmful consequences for migrants.

Concept

Genesis | Vision

GENESIS

Since 2016, a group of experts have gathered regularly in Brussels to test this assumption and discuss how it could be translated into concrete action –and all confirmed their belief that EVAM had the ability to deliver significant change in the lives of migrants in the short, medium as well as longer terms.

They exposed their views from their various standpoints as member states' representatives, trade unionists, directors of European institutions, human rights' activists, heads of aid agencies, academics and researchers.

EVAM was born from these consultations. **It is an ambitious process**, meant to be:

- **inclusive and transversal**, by enabling a wide range of public and private actors to engage in the process and become drivers of change;
- **global**, applied at every level involved in the migration process where action is required (e.g., international, national, local levels);
- **effective and accountable**, by assessing the situation and taking stock of the results; and is finally meant to have a:
 - **multiplying effect**, as an action at one level may work on perceptions and trigger more initiatives in other domains, and at other levels.

VISION

Harm and violence inflicted on migrants varies in nature and intensity. To reach the objective of ending violence, the involvement of a wide range of stakeholders in a position to act on harmful situations is required.

In the past, initiatives aimed at alleviating violence towards specific groups of people particularly exposed to harm and abuses (e.g., slaves, children, women) required global mobilisation. Nowadays, making progress towards less violence against migrants is likely to require dynamics similar to those previous enterprises that contributed to shape a more humane and dignified world, in accordance with human rights.

To ensure that eradication of all forms of violence against people on the move becomes an overarching priority and a collective endeavour, EVAM intends to involve a large diversity of stakeholders at every relevant level, including states, municipalities or public services, but also trade unions, commercial companies, non-governmental or community-based organisations.

Through this multi-stakeholders' approach, EVAM aims to demonstrate that anyone might act towards, and eventually succeed in, reducing or eliminating violence against migrants.

Methodology

Tracks | Phases

TRACKS

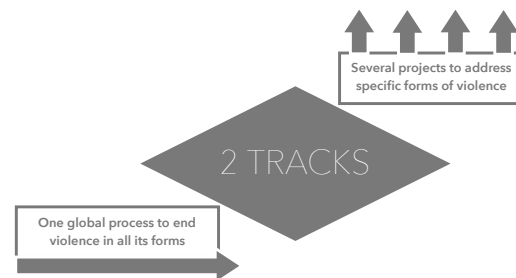
To cover the scope of the problem, EVAM develops a **two-tracks approach: the declination of projects aimed at identifying and addressing specific situations of violence, and the systematisation of the process to enable further impact on other situations of violence.**

The first track is **project-based**. EVAM is fundamentally a bottom-up approach. It finds its legitimacy in its ability to bring effective well-being to migrants. Therefore, **each project developed is selected and implemented with one very specific and circumscribed role –the reduction of violence.**

At the same time, and in addition to the immediate benefits brought to their beneficiaries, each of these projects contributes to validate EVAM's postulate that, by making violence visible and mobilising targeted actors, harmful situations can be fixed or improved.

In that sense, they also serve a greater purpose and call for a more global impact and approach: to make *all* situations of violence against migrants visible.

projects. The global approach will also lead to the development of tools and the promotion of mechanisms adapted to a more holistic response.



PHASES

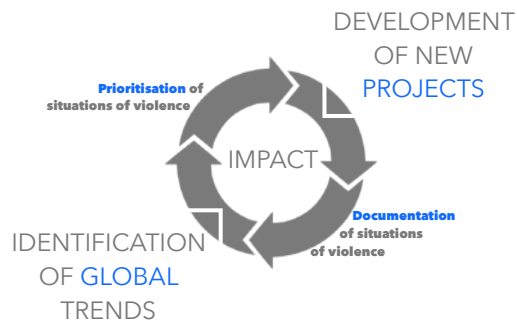
Both the project-based and the global approaches follow the same sequence of documentation, mobilisation, institutionalisation and formalisation phases.

STEP 1 – DOCUMENTATION

Monitor the causes of violence and prioritise the response.

The first step of the initiative is to document acts of violence perpetrated against migrants in order to identify where progress can be made in reducing the occurrence of these acts.

Specific situations of violence are documented **through dedicated projects**. In support of these projects, EVAM can operate **indirectly** with the support of Médecins du Monde (MDM) and other partners already operational where the situations of violence occur. It then promotes and supports its partners in the implementation of its methodology to document harmful behaviours and situations of violence. In a Belgian pilot for instance, the



The **second track is global**: by systematising the collection of data, **EVAM's global demarche sheds light on trends and supports a priority process** that will lead to the identification of situations that require EVAM's immediate attention, and the development of new



stakeholder targeted was the Belgian Police, but the action took place through the work of the medical consultations of MDM-BE.

Direct intervention requesting from the main stakeholder to document situation of violence can also be conceived. EVAM provides then guidance and methodological support in the documentation process.

At a global level, a more systematic documentation of abuses is organised. Allegations of harmful behaviours are collected from EVAM's projects, partners (e.g., human and migrants rights organisations), witnesses or victims of abuses.

The gathered elements will feed into a **global monitoring matrix** at an early stage of the process. The matrix will be enriched through time to ensure efficiency and accuracy of the approach. All relevant actors, witnesses and victims will be invited to contribute to the documentation and assessment of violence.

The matrix will set a typology of the main trends of violence and harmful situation impacting migrants. **The information reported will be cross checked and verified. It will lead to a prioritisation process following several criteria, such as:**

- the **frequency** of the abuse;
- the **intensity** of the reported harmful behaviour, taking into account the vulnerability of the victims (e.g., unaccompanied minor, persons with disabilities, etc.);

- the **capacity to identify** the main **causes(s)** of the reported behaviour;
- the **ability to influence** some of these **source(s)** through mobilisation.

The protection of the personal data related to the victims of violence will be carefully organised and guaranteed throughout the process.

STEP 2 – MOBILISATION

Eliminate identified causes of violence.

Once the assessment is delivered, **the second step of the initiative is to mobilise all stakeholders in capacity to improve the situation and reduce the levels of violence** inflicted to migrants.

Through dedicated projects, relevant stakeholders are identified, encouraged to acknowledge the situation and to act to prevent and eliminate harm. When feasible, EVAM makes concrete propositions to allow the main stakeholder to reduce violence without challenging its goals.

To promote a more global approach and ensure the widest possible impact, the initiative also proposes to all stakeholders potentially in a position to influence violence to **sign a charter promoting the reduction of violence against migrants**. Those committing to this charter will be encouraged to take measures to eliminate identified violence based on an action-plan tailored to their specific situation and goals.

The charter will operate like a declaration of intent and formalise the acknowledgement by relevant actors of

the need to consider the potential negative impact of their decisions and acts on migrants. The first expected effect of this charter will be to raise awareness and increase vigilance towards possible harmful behaviours. As well, it is likely, on the long term, to have a positive spillover effect and contribute to global awareness.

The mobilisation process:

- **Formalise the initiative through a list of commitments gathered in a charter**, which will remind the main rights and principles applicable to all, and specifically to migrants. It will as well recommend a series of measures aiming at eliminating violence and harmful situations against migrants. Recommendations and proposed approaches will be precise enough to provide guidance but sufficiently open to allow each stakeholder to find its own ways to address problems specific to its field of activity.

- **Pro-actively approach stakeholders** that have been identified as in a position to reduce or eliminate harmful situations that have been previously documented. EVAM will propose concrete actions to address the documented situation and seek their adhesion to a global demarche aiming at reducing violence against migrants, based on the main principles and commitments of the charter. Stakeholders perceived as more likely to endorse the principles and recommendations of the charter will be prioritised.

- **Accompany and support stakeholders** that have adopted the charter and are committed to act to reduce or eliminate violence against migrants.

The multi-stakeholder approach is an essential component of the initiative –as inclusive. It requires as well to adapt the approach to the various type of actors targeted.

STEP 3 – INSTITUTIONALISATION

Request public authorities to lead and promote the process.

States, regional and local authorities have a primary responsibility to protect populations living on their territory. By acting to protect migrants from all forms of violence, public authorities contribute to reduce tensions between communities, restore migrant rights, and enhance their integration capacities.

Like-minded authorities at local, national or regional levels will be sensitised on the need to promote measures aimed at reducing harmful situation against migrants.

The initiative recommends the constitution of **coordination bodies** at local and national levels, in charge of the promotion and implementation of action plans for the prevention and the eradication of violence against migrants.

EVAM will also offer its support as a consultative body to accompany the development and implementation of these action plans.

STEP 4 – FORMALISATION

Promote a normative frame to prevent and eliminate violence against migrants.

At a later stage, migrants should be included amongst the categories of individuals that need specific protection, and the formalisation of a normative framework to fight trends of violence and harmful behaviours against them. These protective norms can be developed at all necessary levels: local, national, international.

To ensure long terms benefits from specific projects, ad hoc corrective measures should be completed by the adaptation of the rules and regulations that constitute the **immediate normative environment** where migrants have been confronted to violent situations. Existing norms should be amended in order to create a more protective environment, better adapted to the risks identified.

More globally, in an environment dominated by negative narratives against refugees and migrants, the promotion of an **international convention** to prevent and eliminate violence against migrants will work as a strong incentive to eradicate violence, amend perspectives and correct perceptions.

Partnerships will be developed with academics and international bodies, such as the Council of Europe, to develop a project of international convention, and seek for the buy-in of key actors (e.g., IOM) and potential signatory states to support and promote the initiative.

Additional benefits

Social | Political

SOCIAL

While preventing and reducing harm is in the obvious interest of migrants, the benefits outspread much beyond. Aiming at ending violence responds to essential political considerations and can work as a strong social incentive.

Setting the objective to eradicate all forms of violence against migrants is a transversal goal that covers all categories of migrants whether they qualify to a refugee status or not. **The reduction or elimination of harm is not an exclusively migrant-centred approach, it also responds to the economic, social and political interests of hosting states and populations.**

Successful social integration improves perceptions of migrants and reinforce the sense of social belonging that constitutes an important factor for integration¹.

A contrario, poor access to resources, decent conditions of living or to basic services fuels a destructive cycle, negative narratives, and exacerbates hostility between host societies and migrant communities. Similarly, excluding irregular migrants from access to healthcare can put their lives and well-being in danger, increase the cost of future emergency care and may also present a health risk for the population².

POLITICAL

States are often reluctant to be blamed and identified as unscrupulous in terms of protection: they seek political credibility vis-à-vis the international community and are generally receptive to arguments allowing them to implement a moderate migration policy.

This may include, for example, the development of policies to implement a set of international standards on detention or return. This can also be seen in the desire to align international standards with measures to reduce harm. For example, one may seek to establish an effective return policy that is not violent or to identify measures to better implement the principle of non-refoulement.

¹ Eze Vincent, Kiarie Benard, *Perceptions and Experiences of Social Integration among Adult Immigrants*, Thesis, Faculty of Health and Occupational Studies, University of Gävle, 2016. Last consulted October 18th 2018 on: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1033632/FULLTEXT02>.

² FRA, Report 2011, *L'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière dans 10 États membres de l'Union européenne*. Last consulted October 18th 2018 on: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2011-fundamental-rights-for-irregular-migrants-healthcare_fr_0.pdf

EVAM

HAS NOW ENTERED ITS PILOT PHASE

with studies and projects circumscribed to a sector and limited geographical area.

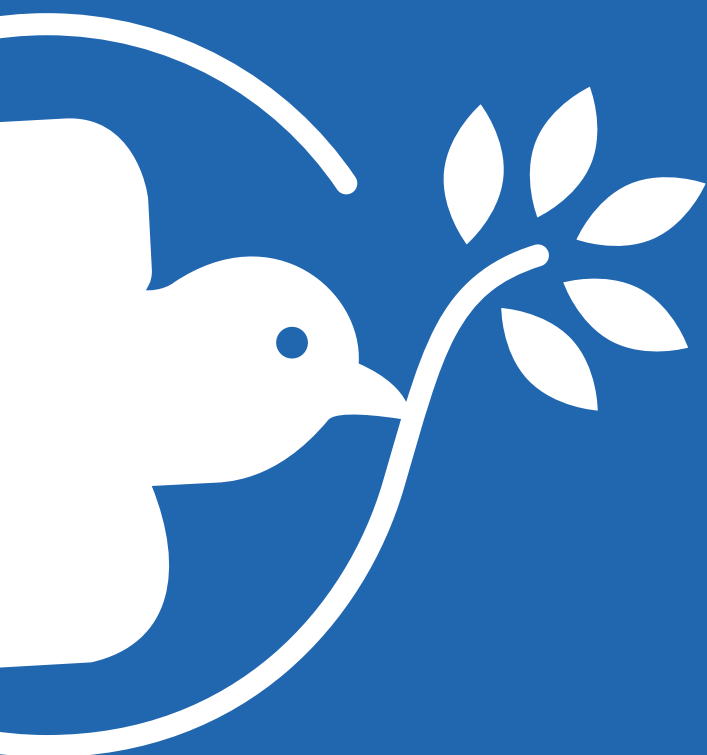
In 2018, EVAM launched its first pilot project in Belgium focusing on police violence against migrants, first reported through MDM-BE's medical facilities in Zeebrugge, Ostend and Brussels.

The pilot demonstrated marked interest of the Belgian authorities and proved the ability of the EVAM approach to create rapid and concrete changes on the ground.

Preliminary insights revealed by this first pilot should inspire future perspectives and projects.

CONTACT US

initiative@evam.global



NOUS SOIGNONS AUSSI L'INJUSTICE.