



Projet cofinancé par
l'Union Européenne

TAMKINE MIGRANTS تمكين المهاجرين

Egalité des chances pour les femmes & les enfants migrants

Equal opportunities for migrant women & children

من أجل تكافؤ الفرص للنساء و الأطفال المهاجرين

Femmes migrantes au Maroc: une approche médicosociale



Rapport de capitalisation sur le volet médicosocial
du projet « Tamkine-Migrants » 2011 – 2014
d'appui à la prise en charge de femmes migrantes
enceintes et de leurs enfants

TAMKINE MIGRANTS تمكين المهاجرين

Le contenu de la présente publication relève de la seule responsabilité de son auteure, mandatée par Terre Des Hommes – Espagne, partenaire du projet "Tamkine-Migrants", et ne peut en aucun cas être considéré comme reflétant l'avis de l'Union européenne.

Septembre 2014

Pr Anne-Marie Moulin

Directeur de recherche CNRS UMR
SPHERE 7219/Université de Paris 7
Professeur associée à l'université
Senghor d'Alexandrie

Sommaire

Remerciements et acronymes	4
Résumé	5
I – Introduction	6
1 – Le projet Tamkine-Migrants	6
2 – Rapport de capitalisation sur le Projet Tamkine-Migrants (2011-2014)	7
3 – Objectifs de la capitalisation	7
4 – Le contexte politique et social du projet Tamkine-Migrants Maroc	7
5 – La longue histoire des rapports entre le Maroc et les pays subsahariens	9
6 – Données sur les migrantes	10
II – Mission au Maroc (Rabat et Oujda)	12
1 – Calendrier des missions	12
2 – Méthodologie	14
3 – Observations du volet médico-social du projet Tamkine	15
3.1 – Le contexte du système de santé marocain	15
3.2 – La question du RAMED	16
3.3 – Le volet médico-social du projet Tamkine	17
4 – Analyse des bonnes pratiques	18
4.1 – Disparités et contradictions dans les pratiques de santé	18
4.2 – Disparités suivant les établissements	20
(tableau : Les coûts généraux de suivi médical des bénéficiaires au centre « Tamkine-Migrants »)	21
4.3 – L'ALCS et le modèle de la lutte contre le VIH	23
4.4 – L'apport juridique du GADEM au projet Tamkine	24
4.4.1 – L'avis de naissance, un enjeu crucial	25
4.4.2 – Sensibiliser à l'interculturalité	26
4.5 – Participation de Tamkine à la plateforme « Protection des femmes et des enfants migrants »	26
4.6 – Le point de vue des migrants et de leurs associations sur Tamkine	27
4.7 – Capitalisation du logiciel et de la banque de données Pillango	28
III – Capitalisation	30
1 – Transfert des activités de Tamkine à d'autres structures	30
2 – Vers une amélioration de la santé des migrants et de la société marocaine dans son ensemble	30
2.1 – Le programme ministériel	30
2.2 – Le point de vue de l'Union européenne	31
IV – Conclusions et recommandations	33
1 – Conclusions	33
2 – Recommandations	34
Bibliographie	38

Remerciements

Je souhaite exprimer toute ma reconnaissance aux membres de l'équipe de Terre des hommes qui ont organisé mes contacts, accepté de prendre sur leur temps pour m'expliquer leur point de vue et me faire part de leur expérience, dans les deux locaux successifs occupés par le projet, dans le quartier d'al Menzeh, à Rabat. Justin Cruanes, responsable du projet Tamkine-Migrants (Tdh Espagne), Vincent Tournecuillert, conseiller régional en protection de l'enfance (Tdh Lausanne) et Leila al Maslouhi, responsable de l'équipe médico-sociale (Oum el-Banine) m'ont inlassablement pilotée et m'ont fourni une abondante documentation.

A tous les représentants des autorités marocaines (ministères de la santé et de la migration), et de l'Union européenne à Rabat,

Aux membres des associations partenaires,

Aux responsables et agents des services publics (maternités, hôpitaux),

Aux collègues universitaires et chercheurs marocains, aux collègues du Centre Jacques Berque à Rabat pour leur aide bibliographique et leur partage de vues sur la situation du Maroc : Baudouin Dupret, Saadia Radi, François Ireton, et à Ruth Maman-Grosrichard, Sciences-Po Paris, Fouad Abdoumounim, université de Rabat.

Aux migrantes et aux migrants qui m'ont accordé leur confiance et m'ont créditée du pouvoir de faire un petit peu évoluer leur situation.

Acronymes

ALCS, Association de Lutte Contre le Sida

AMANE, Association Meilleur Avenir pour Nos Enfants

ANAM, Agence Nationale de l'Assurance Maladie

AMERM, Association Marocaine d'Etudes et de Recherches sur les Migrations

ARV, Antirétroviraux

CNDH, Conseil National pour les Droits de l'Homme

CAM, Centre d'Accueil des Migrants (Caritas)

CEI, Comité d'Entraide Internationale

CISS, Cooperazione Internazionale Sud/Sud

CESE, Conseil Economique, Social et Environnemental, Royaume du Maroc

CNDH, Conseil National pour les Droits de l'Homme

DELM, Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies

FOO, Fondation Orient-Occident

GADEM, Groupe Antiraciste d'Accompagnement et de Défense des Etrangers et Migrants

HCR, Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

INSAF, Institution Nationale de Solidarité pour les Femmes en détresse)

OEB, Oum El Banine

OIM, Office International des Migrants

OPALS, Organisation PanAfricaine de Lutte contre le Sida

RAMED, Régime d'Assistance Médicale

SUD, Association SUD contre le Sida, Maroc.

Tdh, Fondation Terre des hommes

Résumé

Le projet Tamkine Migrants, financé par l'Union européenne pour 80% et par l'ONG Terre des hommes pour 20%, est mis en œuvre par Terre des Hommes Espagne, en partenariat avec les associations marocaines Oum El Banine, et GADEM et France Volontaires. Il a duré trois ans, du 15 mai 2011 au 15 mai 2014. Terre des hommes Lausanne a pris en charge une continuation des activités médico-sociales jusqu'en décembre 2014, afin d'assurer une transition vers d'autres acteurs.

Le projet visait à diminuer les effets de la vulnérabilité des migrantes subsahariennes et de leurs enfants en bas-âge, à travers une triple action dans les domaines de l'accès à la santé, à l'éducation, et aux services juridiques, et à développer des activités de plaidoyer en faveur des droits des migrants et de l'idéal d'interculturalité, auprès des autorités, des professionnels impliqués et de la société civile marocaine, ainsi que des organisations nationales et internationales.

Les principaux partenaires sont : Oum el Banine, principal opérateur marocain du volet médicosocial, le GADEM et France Volontaires.

Le projet a touché plus de 800 femmes et 400 enfants. Le projet, centré initialement à Rabat, a répliqué certaines activités au niveau d'Oujda et de Tanger.

Le présent rapport de capitalisation porte sur le volet médico-social du projet Tamkine-Migrants. Le centre Tamkine de Rabat fournissait un accueil et une orientation des femmes migrantes enceintes et accompagnées d'enfants de moins de 6 mois. L'objectif principal était d'améliorer l'accès aux soins de santé pour diminuer le risque de morbidité et de mortalité materno-infantiles, d'informer les femmes sur les risques de santé et de les rendre le plus autonomes possible dans la société d'accueil.

La mise en œuvre du droit à la santé des migrantes touche à beaucoup d'autres droits que défend le GADEM.

Le projet Tamkine-Migrants a contribué :

- à améliorer l'accès des femmes migrantes enceintes et de leurs enfants aux services de santé ;
- à démontrer la faisabilité d'une nouvelle politique migratoire, incluant une nouvelle législation et aussi un changement dans la société, comprenant, acceptant et appliquant la nouvelle réglementation ;
- à identifier les bonnes pratiques ;
- à créer des courroies de transmission entre les institutions publiques, les organisations caritatives et les associations. Le rapport de capitalisation, processus démocratique de recueil des opinions des intervenants du projet, de tous les partenaires concernés, des autorités marocaines et de l'Union européenne, et des bénéficiaires, fournit un retour d'expérience, met en valeur les acquis du projet, donnant lieu à des recommandations aux parties prenantes. Ces recommandations prolongent et spécifient dans le domaine de la santé les 72 recommandations sectorielles émises par Tdh Tamkine à la fin du projet.

I – Introduction

1 – Le projet Tamkine-Migrants

Le projet Tamkine-Migrants, « Pour une égalité des chances pour les femmes et les enfants migrants » (en français, arabe et anglais), a été conçu par l'ONG **Terre des hommes**, présente depuis très longtemps au Maroc (Agadir 1965). Il a été mis en œuvre de 2011 à 2014 par **TDH-Espagne**, en partenariat avec les associations marocaines Oum el Banine, GADEM et France Volontaires. Son budget est d'un million d'euros (80% provenant de l'Union Européenne, 20% de Tdh Lausanne). Il porte le nom de Tamkine qui en arabe signifie *empowerment* (autonomisation en français).

Il vise à diminuer les effets de la vulnérabilité des migrantes subsahariennes et de leurs enfants en bas-âge, à travers une triple action dans les domaines de l'accès à la santé, à l'éducation et aux services juridiques, et à développer des activités de plaidoyer auprès des autorités marocaines, des professionnels impliqués et de la société civile.

Le volet médico-social, objet du présent rapport, vise à faciliter l'accès aux structures de soin aux femmes, en particulier aux femmes enceintes, et à leurs jeunes enfants (accompagnement aux consultations, accouchement, suivi de grossesse et de post-partum, suivi des nouveau-nés), à leur fournir un appui matériel (paniers alimentaires, kits d'hygiène, kits de naissance) et psychologique (séances d'écoute), une formation en matière d'hygiène et de santé reproductive, et à les orienter vers les structures adéquates pour résoudre leurs différents problèmes. Il s'efforce d'insérer les femmes et leurs enfants dans les structures de soin existantes.

Le projet a touché plus de 800 femmes et 400 enfants. Il devait initialement permettre le suivi des enfants jusqu'à deux ans ; ce délai a été ramené à six mois, en raison du nombre toujours croissant des consultantes. Le projet était principalement centré à Rabat mais a étendu certaines activités à Oujda et Tanger, villes connaissant de fortes concentrations de migrantes dans les zones frontalières.

Les partenaires sont :

Oum el Banine, principal opérateur marocain du volet médicosocial. L'association, créée à Agadir en 2001, est dédiée aux femmes en détresse et à leurs enfants et se charge des séances d'écoute, d'orientation et de formation ;

Le GADEM (Groupe antiraciste d'accompagnement et de défense des étrangers et migrants) se charge de l'accompagnement des migrants auprès des instances juridiques, de la formation des avocats et des intervenants et du plaidoyer auprès des pouvoirs publics et des institutions concernées ;

France Volontaires met à disposition un personnel spécialisé dans la défense des droits des migrants.

Tous visent ensemble à faire prendre conscience aux femmes qu'il existe un droit positif des migrantes au Maroc, et à encourager leur autonomie. Ils échangent des informations, recensent les problèmes concrets posés par l'accès aux soins, à l'éducation des enfants et aux services juridiques, reconnaissent qui agit sur le terrain, participent à des ateliers de

concertation pour émettre des recommandations précises et ciblées et créent une "chaîne de sensibilisation" dans la société.

2 – Rapport de capitalisation sur le Projet Tamkine-Migrants (2011-2014)

Un rapport de « capitalisation » dégage l'enseignement des expériences liées à la réalisation d'un projet et permet son partage avec tous les acteurs et partenaires, de façon que le savoir accumulé soit applicable à la gestion de cas similaires. Le processus de capitalisation fait le pont entre un passé scruté et mis en mémoire, et les projets du futur qui bénéficieront de ses leçons.

Etant donné les transformations politiques actuelles du Maroc et l'évolution rapide de la question de la migration subsaharienne dans ce pays, d'autres projets relatifs à la situation des migrantes et de leurs enfants reliaient le projet Tamkine-Migrants. Il est particulièrement important de léguer un « capital » d'expérience sous une forme aisément transposable dans un contexte mouvant.

Je suis venue au Maroc avec une expérience antérieure de la recherche biomédicale et des problèmes de santé publique dans ce pays. J'ai par ailleurs pendant plusieurs années assuré en France une consultation médicale pour les demandeurs d'asile, principalement subsahariens, qui m'a fait vivre le projet de vie et d'enfant des migrantes. Une partie de cette expérience m'a été utile pour ma compréhension de la situation marocaine.

3 – Objectifs de la capitalisation

Les objectifs généraux de ce rapport de capitalisation (Termes de références, voir Annexes) sont :

- Tirer les leçons du projet Tamkine-Migrants Maroc dans sa dimension médico-sociale;
- Identifier les bonnes pratiques qui ont pu être observées et expérimentées;
- Mettre en valeur les arguments appuyant une politique multisectorielle et intégrative à l'égard des migrant(e)s, dont un volet médico-social ;
- Emettre des recommandations à l'égard des autorités et des parties prenantes de la politique des migrants.

4 – Le contexte politique et social du projet Tamkine-Migrants Maroc

Le projet s'est inscrit dans une conjoncture de la migration particulière au Maroc. Avec la fermeture de l'espace de Schengen et la sécurisation de ses marges, le Maroc n'est plus seulement une terre de transit de migrants en partance pour l'Europe, mais une terre de migration avec une population croissante. Dans le cadre du nouveau concept de « partenariat pour la mobilité », l'UE négocie les accords de réadmission des migrants marocains et la surveillance des frontières, en échange de l'aide à une immigration ciblée et choisie par les états européens et certains avantages commerciaux. Dans cette négociation

sont de plus en plus oubliées de part et d'autre les conventions internationales sur la circulation des hommes et le respect de leurs cultures et de leurs droits. Le Maroc a signé plusieurs conventions sur les droits de l'homme énoncés comme universels, chaque habitant du Maroc, citoyen ou migrant régulier ou pas, jouit théoriquement des droits de l'homme dont le droit à la santé, mais la loi est en contradiction avec ces conventions dans un certain nombre de cas (Rapport CNDH).

Le droit à la santé peut se comprendre a minima comme le droit aux soins, qui suppose :

1. **Des ressources disponibles:** installations en état de marche, personnel qualifié, médicaments essentiels définis par l'OMS en quantités suffisantes...
2. **Des ressources aisément accessibles** (transports, conditions d'admissibilité, gratuité ou coût réduit) ;
3. **Des prestations de qualité ;**
4. **Un respect des cultures de l'Autre** au cours des admissions et des examens médicaux.

En 2013, Médecins Sans Frontières a produit un rapport sur les violences quotidiennes autour des villes d'Oujda et de Nador, à la frontière avec l'Algérie et aux confins de l'enclave espagnole de Ceuta. Le Conseil National pour les Droits de l'Homme (CNDH) a produit un document également alarmant, remis au roi Mohamed VI, le 9 septembre 2013.

Le roi a vivement réagi en demandant à son gouvernement de prévoir toutes les réformes nécessaires et de mettre en chantier une législation et une réglementation nouvelles sur les migrants. Il a annoncé l'extension des régularisations, qui faciliterait de meilleures conditions d'existence. Ces déclarations ont suscité une intense activité dans l'entourage ministériel et à la Chambre des députés, et l'effervescence dans l'opinion publique nationale et internationale. Le 9 octobre, le ministère de l'éducation nationale a fait passer une circulaire autorisant l'accès aux écoles marocaines pour les enfants migrants, en situation régulière ou pas. Le 10 octobre, les affaires des migrants ont été rattachées à un nouveau ministère qui a pris le nom de ministère en charge des Marocains résidant à l'étranger et des affaires de la migration, établissant ainsi un lien entre ses propres migrants à l'étranger et les migrants sur son sol, et visant explicitement un changement de politique migratoire.

En juin 2014, le ministre de l'Intérieur Charki Draïa a annoncé la création d'une commission de recours mise à la disposition des migrants, pour remédier aux « éventuels manquements de l'administration... et faciliter l'intégration et l'insertion sociale des personnes régularisées et sensibiliser la population à l'importance de cette migration ainsi qu'à la qualité de l'accueil réservé aux nouveaux immigrés. » (PanoraPost.com, 29 juin 2014).

« L'avenir des migrants au Maroc, si l'état marocain formulait une vision claire, pourrait être un modèle pour nombre de pays d'Europe. » (MDM Belgique, Oujda)

Le présent rapport de capitalisation doit tenir compte de la persistance d'un certain nombre d'inconnues, sachant notamment que, quels que soient les dispositifs des lois à venir, ils ne résoudront pas les problèmes de toute la population de migrants, qui va continuer à évoluer

en fonction du sort politique et social des pays d'Afrique subsaharienne, des prises de position européennes et de la globalisation économique.

5 – La longue histoire des rapports entre le Maroc et les pays subsahariens

L'émergence dans les années 1990 d'un flux de migrants d'origine subsaharienne passant par le Maroc ou s'y installant, est souvent, de façon sommaire, rapportée à la situation chaotique de l'Afrique, facilitant la stigmatisation, voire la criminalisation d'étrangers perçus comme indésirables. Cette médiatisation d'un problème public ne doit pas faire oublier douze siècles d'histoire commune.

La migration subsaharienne au Maroc est un phénomène ancien qui a laissé une trace profonde dans les mémoires et les comportements. Le Maroc a une longue histoire africaine, au cours de laquelle il a atteint à plusieurs reprises les rives du Niger et intégré des pans de ce qui est aujourd'hui la Mauritanie, le Sénégal et le Niger. Un commerce caravanier multiséculaire a uni le Maroc et les pays subsahariens: les villes de Fès et Al-Saouira à Sijilmassa et Tombouctou. La circulation entre les pays a inclus religieux missionnaires et pèlerins, voyageurs, commerçants et étudiants.

L'esclavage et le métissage qui en a résulté ont fait aussi partie des échanges à travers le Sahara. Il a subsisté après la colonisation et n'a été officiellement interdit qu'en 1922 (M Ennaji, 1994). En 1934, des juristes (fouqaha) ont dénoncé l'esclavage comme une « monstruosité » (Comité d'Action Marocaine, Plan de réformes 1934). Le souvenir de l'esclavage dans l'inconscient populaire peut favoriser la stigmatisation des migrants, les sobriquets désignant les noirs étant encore couramment employés.

A ce jour, des accords de visa se sont maintenus pour six pays dont le Sénégal, à bien des égards privilégié: de grandes familles marocaines y remplissent encore de hautes fonctions en gardant des liens avec le pays d'origine. De nombreux étudiants et étudiantes africains, souvent bénéficiaires d'une bourse marocaine, viennent acquérir ou compléter leur formation au Maroc. De nombreux marocains vont commercer et étudier à Dakar. Pèlerins, commerçants et étudiants constituent ainsi un tissu social qui peut faciliter l'insertion des migrants.

En 2003, le Maroc a adopté une législation très répressive par rapport aux étrangers. Or il avait été le second état à signer la convention internationale du 21 juin 1993, qui protège les droits des travailleurs étrangers et leurs familles dans le pays. Le rapport détaillé du CNDH a pointé la façon dont le Maroc ne respectait pas la plupart des clauses de la convention, à propos des migrants subsahariens sur son sol.

Le terme de migrants, aujourd'hui plus ou moins synonyme de vulnérabilité, marque donc une discontinuité en contradiction avec une familiarité culturelle de longue date et une tradition d'échanges témoignant d'un mutuel intérêt et d'un enrichissement réciproque. La prédominance actuelle du sens des transmigrations vers le Maroc indique néanmoins des rapports d'inégalité qui se répercutent sur les pratiques aux frontières où, en dépit des accords diplomatiques évoqués plus haut, on bloque des voyageurs, dès lors qu'ils sont soupçonnés de ne pas appartenir aux catégories désirables (hommes d'affaires, étudiants dûment inscrits ou touristes aisés).

« Un portrait à bon droit des "migrants subsahariens en galère" doit aussi rappeler qu'il y a au Maroc 19000 étudiants dont 9000 boursiers, et aussi des médecins, des musiciens, des journalistes. », Massimiliano Di Tota (Cooperazione Internazionale Sud/Sud)

6 – Données sur les migrantes

On dispose de peu de données globales sur les migrants subsahariens au Maroc, en raison des difficultés pour cerner une population qui vit parfois dans une semi-clandestinité. Les enquêtes par questionnaires (AMERM, 2008) ou entretiens et les thèses de sociologie (Alioua, 2011) ont atteint un nombre limité de migrants, pas nécessairement représentatifs.

Dans l'ensemble, les migrants viennent aujourd'hui avec plus de moyens, intellectuels et financiers (même s'ils sont délestés de leur argent au cours du voyage), ils sont éduqués (des masters !) et pour la plupart en bonne santé. La migration correspond souvent à un désir de jeunes qui sont « des orphelins d'états déficients qui n'assurent ni l'éducation de leurs enfants ni la sécurité de leurs travailleurs » (Claire Escoffier, 2006, p 100).

Les migrantes n'ont guère fait l'objet d'enquêtes séparées. En 2013, Lisa Johnston a réalisé pour l'UE la première enquête par questionnaire sur plus de 700 femmes. Les femmes comptent pour 20 à 30% des migrants, et la féminisation de la migration augmente depuis la deuxième moitié des années 90. Il s'agit d'une population très jeune (moyenne 30 ans), en âge de procréer: une grande partie d'entre elles a ou aura des enfants sur place. Toutes les femmes interviewées sont scolarisées au moins dans l'enseignement primaire, 80% auraient fréquenté le secondaire. Le niveau d'éducation monte comme pour les hommes, et la moyenne dépasse celle du pays d'origine. Cette surqualification relative plaide pour une intégration intelligente de ses migrant(e)s par le Maroc.

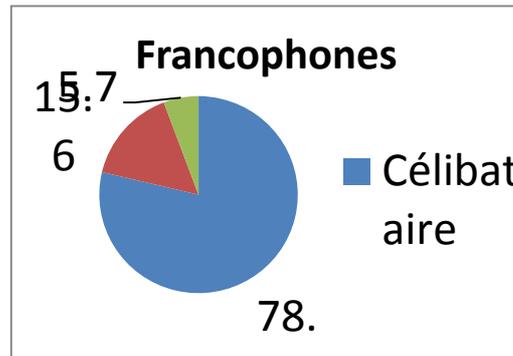
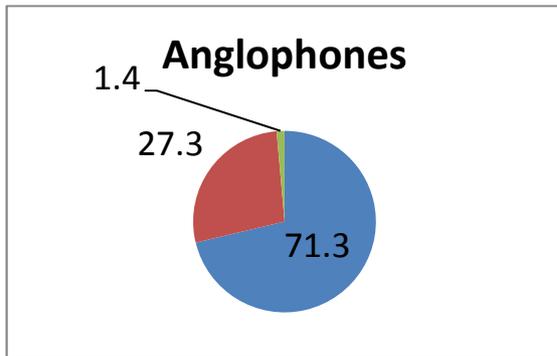
25 à 50% des femmes se déclarent mariées, mais le statut matrimonial est parfois difficile à déterminer, une difficulté dans un pays où le mariage reste fortement valorisé. Alors, migration de femmes sans hommes ? Si le statut matrimonial légal ne concerne au plus que la moitié des femmes, une partie des femmes ont des compagnons, qu'ils soient ou non les pères de leurs enfants et le biais des consultations ciblées femmes/enfants tend à laisser dans l'ombre le rôle des hommes. Il faut réintroduire les hommes dans le tableau psychosocial et sanitaire, en ce qui concerne le VIH, mais aussi plus généralement (colloque de Dakar La santé du couple, ministère de la santé, octobre 2010).

Les membres de l'équipe Tamkine connaissent bien le trajet des femmes migrantes: long et douloureux, semé d'agressions, elles ont besoin d'en parler et d'exorciser leurs cauchemars. Venir d'aussi loin que le Congo en bus, en bateau, à pied... L'Europe est un mirage: au Maroc, elles espèrent avoir des papiers, acquérir une formation professionnelle.

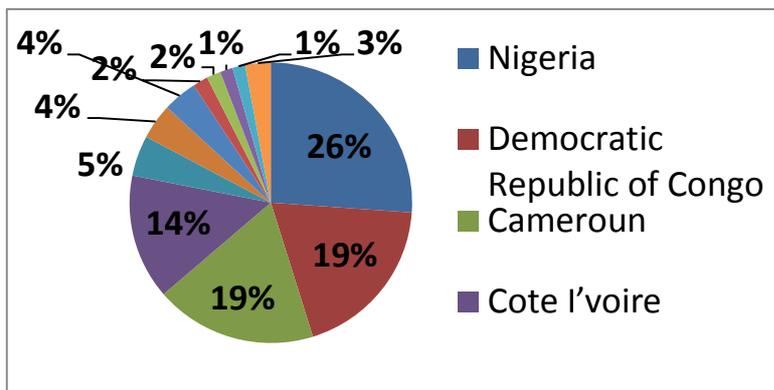
Rabat compte plusieurs quartiers de migrants : Taqaddum, Youssoufiya, Yacoub el Mansur, Amal. Les migrants habitent, parfois mélangés hommes et femmes, dans de petites chambres, en général réunis entre francophones: Cameroun, Côte d'Ivoire, Sénégal, Mali, Guinée, ou anglophones: nigériens, ghanéens, gambiens. Si la plupart des femmes parlent français ou anglais, leur maîtrise de plusieurs langues africaines permet de communiquer entre communautés.

TAMKINE MIGRANTS تمكين المهاجرين

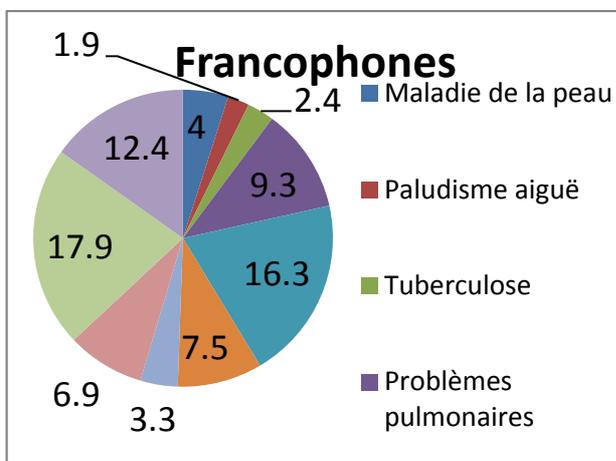
Les femmes font de « petits boulots » : vente de poisson fumé aux autres Africains, jus de fruits, elles font des tresses (très apprécié des marocains). Le « commerce à la valise » est très féminin, ancré au Maroc par un réseau de courtiers dont certains sont des étudiants sénégalais, maliens, guinéens ou ivoiriens arrondissant leur fin de mois. Ce commerce porte sur objets d'art africain comme sur gandourahs marocaines, téléphones portables et gadgets électroniques.



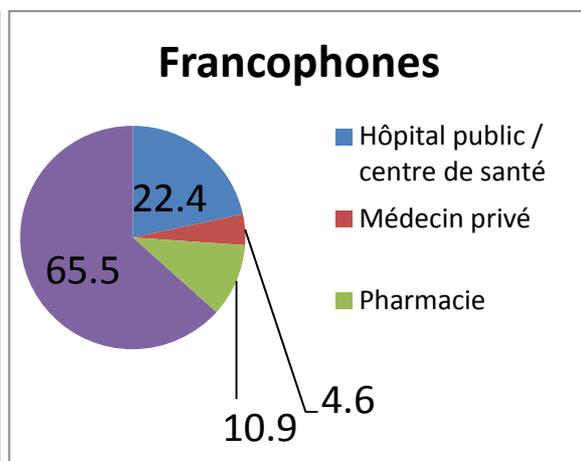
Statut marital des migrantes (enquête Lisa Johnston, UE, Atelier national de réflexion sur la promotion de la santé des populations migrantes en situation administrative irrégulière au Maroc, ONUSIDA/Fonds Mondial, 8-9 Octobre 2013)



Répartition des nationalités (Lisa Johnston, UE,)



Principales pathologies (LJ), 2013)



Premier recours de santé (LJ), 2013)

II – Mission au Maroc (Rabat et Oujda)

En qualité de consultante pour Tdh, je suis venue à Rabat plus tard que prévu, en raison de difficultés administratives, et le retard pris par rapport aux échéances prévues a été tel, de report en report, que j'ai dû arriver à Rabat fin avril seulement, alors que le projet, sur le point de clore, passait par une phase à effectif réduit qui doit se terminer en décembre 2014, et n'ai pas pu me rendre à Tanger.

Il n'y a pas eu d'atelier final de restitution auprès des bénéficiaires et partenaires, qui a été remplacé par un séminaire de plaidoyer le 20 mars 2014. D'autre part, un atelier de synthèse à Oujda, le 23 avril 2014, qui a été le point de départ de ma mission, a récapitulé les multiples aspects de la vulnérabilité des migrantes: administrative, financière, juridique, accentuée par des barrières linguistiques et culturelles, et souligné la façon dont chaque aspect avait été pris en charge. Ce rapport de capitalisation, prévu par un avenant dans le projet (en avril 2014), tient lieu de restitution et devrait faciliter le transfert d'expérience à une autre ONG/association qui reprendra le projet suivant une autre approche, « dans la transparence et la netteté » (Vincent Tournecuillert, Tdh). Il est par conséquent doublement crucial de faire un bilan précis des savoirs faire déployés, des compétences acquises et des écueils rencontrés.

1 – Calendrier des missions

Date	Activités	Lieu
En attente de l'avenant : avril 2014	Briefing par Skype et téléphone, et envois de documents (Justin Cruanes, coordinateur de projet et Vincent Tournecuillert, délégué de Tdh au Maroc)	Paris
Mardi 22 avril	Voyage de Paris à Oujda	Paris Oujda
Mercredi 23 avril	Atelier de concertation (Resp. Laila El-Maslouhi, coordinatrice volet médicosocial)	Oujda
Jeudi 24 et vendredi 25 avril	Rendez-vous à Oujda avec la direction de la Santé, Médecins du Monde, l'association Ayn al-Ghazal, des sages-femmes de la maternité de l'hôpital al-Farabi ; contacts informels au marché d'Oujda et à proximité de l'université (sites de migrants)	Oujda
Du Lundi 28 avril Au jeudi 1er mai	- Debriefing avec Justin Cruanes, - Rencontre de l'équipe au Centre Tamkine, quartier al-Menzeh, - Debriefing avec Vincent Tournecuillert, Centre Tamkine, - Entrevues avec différents membres de l'équipe médicosociale, Centre Tamkine.	Rabat
Du 1er au 4 mai	- RV à la maternité Souissi avec une assistante sociale chef - RV avec le Président du GADEM, Mehdi Alioua	Rabat

TAMKINE MIGRANTS

تمكين المهاجرين

	<ul style="list-style-type: none"> - RV avec Vincent Sibout, directeur de Caritas, Centre Caritas - RV avec des chercheurs marocains, turcs et français en sciences sociales, Centre Jacques Berque - RV avec Massimiliano Di Tota (CISS) 	
Lundi 5 mai	- RV avec Caroline Friehe-Chevalier, Délégation de l'Union européenne	Rabat
Mardi 6 mai	Rabat-Paris	
Mardi 27 mai	Paris-Rabat	
Mercredi 28 mai au Lundi 2 juin	<ul style="list-style-type: none"> - RV à la maison d'accouchement al-Farah, Rabat - RV avec le Dr Rhoufrani, ALCS - RV Caritas (CAM) 	Rabat
Mardi 3 juin	- RV au centre INSAF Contacts avec des migrants	Casablanca
Mercredi 4 juin	<ul style="list-style-type: none"> - RV à la maison d'accouchement Kouass, - Mme Ghita Zougari, Direction des Affaires de la Migration, Ministère de la Migration et Mehdi Mouchid, ministère de la migration, Rabat-Agdal - Roustane Hamdi, expert, Capital Consulting. 	Rabat
Jeudi 5 et vendredi 6 juin	<ul style="list-style-type: none"> - RV de concertation annulé avec personnel Centre de santé Karma, - Focus group avec des femmes migrantes, Centre Tamkine, - RV avec Hélène Yamta et Constantin Ibanda Mola - RV avec des migrants, Gare routière Karma, - RV à la maternité des Orangers, Dr Rachid Bezzad - RV avec le Dr Amina Latifi (DELM), ministère de la santé, - RV avec Fouad Abdelmoumni, chercheur marocain, université de Rabat. 	Rabat
Samedi 7 juin 2014	Retour en avion Rabat-Paris	

Nombre total de journées de travail: 21 jours, en deux missions successives.

2 – Méthodologie

J'ai suivi la méthodologie du manuel Tdh de référence sur la capitalisation (Manuel Terre des hommes de cycle de projet, pp. 87-93, et annexe 6, p. 18).

La capitalisation n'est pas l'évaluation, même si l'analyse des résultats implique des commentaires sur des difficultés rencontrées ou les obstacles survenus. C'est un processus démocratique qui signifie la collecte des avis et opinions de tous ceux qui ont été impliqués à des titres divers dans le projet.

Le présent rapport repose sur:

- La consultation de l'abondante documentation rassemblée par Tdh et complétée sur place et la bibliographie (Annexes);
- Des entretiens avec les différentes équipes du projet Tamkine et la délégation Tdh au Maroc ;
- Des visites du centre Tamkine et dans les structures de santé à différents niveaux (CHU, hôpitaux régionaux, maternités, maisons d'accouchement);
- La consultation de la base de données Pillango, qui a enregistré les activités de l'équipe du centre Tamkine, et en particulier tout ce qui concerne le volet médicosocial du projet, permettant notamment de fournir des indicateurs sur les activités ;
- Des entretiens avec les partenaires GADEM, OEB, les ONG et les associations (Caritas, ALCS, Conseil des Migrants...) ;
- Des rencontres avec les autorités marocaines (Ministère de la santé, Direction de l'épidémiologie et de la lutte contre les maladies (DELM), Ministère de la migration, direction de la migration), bureau de consultants auprès du ministère de la migration;
- Un focus group avec des migrantes, Centre Tamkine (Annexes) ;
- Des entretiens informels avec les migrant(e)s rencontrés au Centre, dans les différentes ONG, et dans les sites où ils sont nombreux, par exemple à la gare routière de Karma à Rabat et au marché d'Oujda.

3 – Observations du volet médico-social du projet Tamkine

3.1 – Le contexte du système de santé marocain

Il est important de comprendre le fonctionnement du système de santé marocain pour aider les migrantes à en trouver le chemin.

Les soins de santé primaires gratuits, dits soins de santé de base au Maroc, sont la pierre d'angle du système qui compte un secteur public et un secteur privé, lucratif et non-lucratif. Le secteur public est régulé par l'état et hiérarchisé, le secteur privé est professionnel et faiblement régulé par l'état. Les soins de base sont assurés à des communautés sur un territoire défini (CESE, 2013).

Dans les centres de santé, urbains (28%) et ruraux, on dispense les soins de base préventifs et curatifs « essentiels », les soins d'urgence de premier niveau, et on pratique les accouchements dans les « maisons d'accouchement » (dâr al-wilâda). Au-dessus se trouvent les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et les Centres Hospitalo-Universitaires (CHU). Théoriquement, le parcours est organisé de manière que la patiente puisse franchir les différents échelons du système (dispensaire, maison d'accouchement, maternités, CHR, CHU), en fonction de la gravité de son cas. A chaque étape, le transfert se traduit par une « fiche de liaison » entre les structures. Le secteur privé (près de la moitié des médecins) concerne surtout les migrantes par les pharmaciens (90% des pharmacies), qui jouent souvent le rôle de premier recours (évidemment payant).

L'ALCS (Association de Lutte Contre le Sida) assure le dépistage anonyme et gratuit du VIH et la prise en charge des affections liées au VIH et des MST, y compris pour les migrants et migrantes.

Le Maroc connaît une pénurie de personnel soignant, de médecins (6,2 médecins pour 10000 habitants), d'infirmières et de sages-femmes (CESE, 2013). Le Maroc connaît encore un taux élevé de morbidité et de mortalité maternelles (112 mères sur 100 000 naissances) et infantiles (28,8 pour 1000 naissances). Les taux sont beaucoup moins élevés en zone urbaine où 91, 6% des citadines enceintes seraient suivies (Enquête nationale sur la population et la santé familiale, Ministère de la Santé, 2011).

Un dispositif de prise en charge des femmes et des enfants victimes de violences a été prévu dans des hôpitaux (mais pas dans tous les hôpitaux).

Les migrants et migrantes ont des difficultés d'accès au système de santé, en raison de l'illégalité de leur statut et de différents obstacles financiers, linguistiques et culturels. « Jusqu'en 2013, (loi 02-03), tout étranger se trouvant au Maroc sans documents était un criminel » (CESE, 2013). D'où l'action des ONG internationales et des associations nationales.

« Il faut reconnaître les efforts réalisés par la police d'Oujda pour « s'impliquer avec Médecins Sans Frontières et d'autres associations, pour chercher conseil et soutien sur la façon de gérer les cas des femmes... En revanche, à Nador, où MSF n'a pas été autorisée à travailler, les migrants subsahariens sont arrêtés et expulsés. » (Rapport sur les migrants en situation irrégulière au Maroc, MSF, mars 2013).

Dès 2003, une circulaire du ministère marocain de la santé avait autorisé les traitements des migrants clandestins en cas de maladies infectieuses. Elle a fondé l'action des associations (ALCS) en vue d'obtenir la prise en charge gratuite des migrants subsahariens vivant avec le VIH.

Les accidents du travail et les maladies professionnelles sont au Maroc mal suivis et mal prévenus. Cette pathologie peut a fortiori concerner les travailleurs migrants du marché informel, qui sont invisibles dans le champ de la prise en charge sanitaire.

Compte tenu du rôle du médicament pour les plus pauvres, qui remplace souvent la consultation médicale au Maroc, l'accès aux médicaments est un problème que les migrants partagent avec plusieurs catégories démunies de la population locale. Dans les centres de santé, la gestion compliquée et coûteuse des médicaments au Maroc entraîne des ruptures de stock qui renvoient le malade à la pharmacie d'officine. L'insuffisance de l'utilisation des génériques (CESE) augmente encore la charge de dépenses pour les patients (rôle des pharmaciens du Centre d'Accueil aux Migrants (CAM) de Caritas dans la substitution de génériques) pour abaisser le coût des ordonnances.

Une réforme est en cours: les centres de santé « intégrés » disposeront de plus de moyens humains, diagnostiques et thérapeutiques, et produiront des statistiques.

3.2 – La question du RAMED

La loi de 2002 sur la couverture médicale de base (CMB) fondant la protection sociale en matière de santé au Maroc matérialise l'engagement de l'Etat. Le système de la CMB est formé du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) pour certaines catégories de la population, et du RAMED (Régime d'Assistance Médicale), instauré par la loi du 3 octobre 2002 et par le décret modifié du 6 septembre 2011 assurant la gratuité des soins aux personnes qui ne sont assujetties à aucun régime obligatoire d'AMO et ne disposent pas de ressources suffisantes. Le RAMED a remplacé l'ancien régime des certificats d'indigence. Il a un financement mixte (Etat et collectivités), auquel contribue indirectement l'Union européenne, via le ministère de la santé. Il représente théoriquement 13 millions d'ayants droit, dont prisonniers, sans domicile fixe (SDF), orphelins: environ les trois quarts de la population ciblée (6, 5 millions de personnes) en bénéficieraient (CESE). Mais d'après les enquêtes de 2013, près de la moitié de la population marocaine ne bénéficierait pas encore d'une couverture de base. Bien qu'en augmentation, la couverture reste insuffisante par rapport aux besoins et aux attentes d'une population de plus en plus consciente des progrès de la médecine.

Le RAMED a été conçu pour les démunis, les SDF par exemple, donc pas pour les seuls marocains: les migrants peuvent donc être intégrés comme ayants droit. Mais, de fait, il fonctionne essentiellement pour les Marocains, et encore pas tous, en raison de certaines conditions limitatives. L'application des critères d'éligibilité par des commissions locales (parfois jusqu'à treize pièces réclamées) demanderait des aménagements, notamment pour la preuve de résidence. Du temps du certificat d'indigence, les assistantes sociales disposaient d'une marge de manœuvre; aujourd'hui, elles ne peuvent plus décider de la gratuité.

Deux possibilités s'offrent pour améliorer l'accès aux soins des migrants via le RAMED : soit changer les procédures qui font que les migrants ne peuvent pas monter leur dossier, soit

créer pour eux un régime à part. Un régime unique et une caisse unique sous la responsabilité de l'ANAM (Agence Nationale d'Assurance Maladie) permettraient d'optimiser les frais de gestion, d'améliorer la transparence et la lisibilité, « de donner tout son sens au principe d'équité et de solidarité et d'harmoniser les procédures d'accès aux soins. » (CESE, 2013, p 70).

3.3 – Le volet médico-social du projet Tamkine

La demande des migrantes se présentant à l'accueil, peut être totale : « **seule, sale, sans habits, sans chaussures, sans pièce d'identité, demandant une prise en charge après violence subie...** » (une sage-femme, Oujda).

La vulnérabilité des femmes est **administrative** (manque de couverture sociale, absence d'adresse, de preuve de domicile, et de pièce d'identité), financière (absence d'emploi ou sous-emploi, faible réseau de solidarité, souvent ni voisins, ni famille) **juridique, culturelle** :

« **La communication n'est pas toujours facile, en raison d'un « double écran de peur de part et d'autre** » (une sage-femme, Oujda),

Enfin, la vulnérabilité est **sexuelle** (viols, prostitution, traite).

La grossesse et les six mois de la petite enfance sont une période clé qui se poursuivra ensuite pour les mères dans les centres de santé. **En conséquence, le volet médico-social qui vise à améliorer l'accès des femmes et des enfants migrants aux services de santé constitue un axe important du projet Tamkine.**

A Rabat, l'équipe médicosociale du projet, dirigée par le responsable Tdh Espagne, est composée d'une coordinatrice, d'une secrétaire à la réception, de 2 aides-soignantes et de 2 assistantes sociales et d'un chauffeur. Au Centre Tamkine, elle associe plusieurs activités.

a. Activité d'écoute et d'analyse des besoins des migrantes, et référence

vers les structures publiques ou les ONG et associations susceptibles de leur apporter une réponse.

L'équipe médico-sociale d'OEB a bénéficié des relations historiques de l'associé Terre des hommes avec les services de santé à Rabat. Au cours du projet, à l'inverse s'est précisé un mouvement de référence des migrantes par les structures publiques et associatives au Centre Tamkine, illustrant la reconnaissance de son rôle.

Ce sont les problèmes de logement qui arrivent largement en tête (difficultés à le trouver, payer le loyer, problèmes de cohabitation, d'insalubrité, d'insécurité). Ensuite viennent les problèmes de santé de la bénéficiaire, liés ou non à la grossesse, et ceux du/des enfant(s). L'équipe médico-sociale enregistre les cas de traumatismes (abus sexuels, incestes, harcèlement, persécutions, situations de guerre, décès d'un proche) chez 30% des personnes reçues au centre, ainsi que les demandes de dépistage du VIH. Les séances d'écoute débouchent sur des orientations vers le HCR (pour le statut de réfugiée), la Fondation Orient-Occident, le CEI, Caritas, l'ALCS, l'OIM, le GADEM ou les ambassades.

b. Organisation de cycles de causeries (7 à 12 femmes par séance) sur des thématiques comme la santé reproductive, grossesse et accouchement, hygiène, allaitement, soins aux nouveaux-nés, MST/Sida. L'équipe médico-sociale parle aux migrantes du respect du personnel de santé et conseille l'adoption d'un comportement similaire à l'ensemble des usagères des services.

c. Actions de sensibilisation des personnels de santé par rapport au projet Tamkine et à ses objectifs, réalisation d'ateliers en concertation avec les directions locales, entre autres pour encourager le personnel à envisager l'accès aux services de santé sous l'angle des droits des migrants et développer leur intérêt pour l'interculturalité. « **Sensibiliser, c'est plus qu'informer** » (Laïla El-Maslouhi, coordinatrice OEB).

d. Accompagnement des bénéficiaires dans les services de santé publics par une aide-soignante ou une assistante sociale, pour leur faciliter l'accès, réduire les coûts de prise en charge ou obtenir la gratuité. L'objectif à terme est que les femmes apprennent à se débrouiller seules et obtiennent le certificat de naissance pour leurs enfants (voir plus loin).

e. Distribution de kits bébé (trousseau de l'enfant), de kits hygiène et de paniers alimentaires.

f. Visites à domicile (après accouchement, suite à la détection d'un problème d'environnement ou d'hygiène, soutien à l'allaitement maternel).

g. Plaider pour l'amélioration de l'accès à la santé des femmes migrantes aux différents niveaux du système de santé (local, régional, ministériel). Ces activités sont généralement faites en collaboration avec les partenaires du projet à travers la Plateforme Protection Migrants.

A la fin de chaque mois, la coordinatrice de l'équipe récapitule les données, reconsidère le planning et établit la statistique des activités.

4 – Analyse des bonnes pratiques

4.1 – Disparités et contradictions dans les pratiques de santé

La province de l'Oriental, avec ses 600 kilomètres de côtes frontalières avec l'Algérie et l'Espagne, offre un exemple de **disparité géographique**. Oujda possède un CHU, mais aussi un hôpital régional où l'accouchement est gratuit. La situation est de ce point de vue meilleure à Oujda que dans les villes où on a affaire surtout aux CHU. Les hôpitaux régionaux reçoivent leur dotation du ministère tandis que les CHU ont une autonomie financière et recouvrent directement le prix des soins. L'accouchement est pris en charge sur une base de trois jours, y compris les médicaments ; même la césarienne est gratuite.

L'expérience de Nador, évoquée par MDM Belgique au cours du séminaire d'Oujda d'avril 2014, a des côtés paradoxalement positifs. Si les femmes ne peuvent entrer à Nador (risque d'être arrêtées) sans être accompagnées par une ONG après l'accouchement, elles peuvent rester à l'hôpital non pas deux jours comme il est de règle hors complications, mais une semaine et même parfois un mois. Elles vivent en effet dans la forêt, et même après

accouchement normal, ne peuvent y revenir étant donné les conditions sur place. Les sages-femmes n'y font pas de difficultés pour donner l'avis de naissance avec le seul nom de la maman.

« **Il n'y a pas de condition d'origine : vous êtes enceinte, c'est tout.** » (une sage-femme, Oujda)

A Oujda, la plupart du temps, les migrantes viennent avec un carnet de santé. Lorsque le test pour la syphilis est positif, le test du VIH est pratiqué (parfois sans demander la permission, et le résultat n'est communiqué que lorsqu'il est positif !). Les accouchements des migrantes ne connaissent pas de complications particulières. Le vrai problème est social plus qu'obstétrical: la femme vient souvent avec un autre enfant, qui n'a nulle part où aller, donc il reste avec la mère, et ce sont les autres femmes de la maternité qui s'en occupent. Si aucune remise de kit ou de secours n'est prévue, les familles marocaines très souvent font des dons de vêtements ou d'argent aux migrantes démunies (une sage-femme).

En même temps, beaucoup de migrant(e)s ont peur, à Oujda (comme à Tanger), d'approcher des structures officielles, par peur d'être rejetées, et ne se déplacent pas facilement, alors même qu'ils ont le plus grand besoin de soins.

« **Ma première migrante était une prisonnière, on m'avait prévenue : attention, elle va essayer de se sauver** » (sage-femme, Oujda)

C'est pour cela que MSF utilisait des équipes mobiles, que MDM tente de mettre en place, depuis son enregistrement officiel (juin 2014). L'idée est que des migrants prennent le relais des accompagnateurs (formation de pairs migrants).

La cellule chargée à l'hôpital d'accueillir les femmes victimes de violences (fréquentes dans la région) existe bien, mais dispose de peu de moyens, l'accueil est sommaire, la psychologue n'en est pas une. Aucun suivi n'est prévu, ni évaluation de ce qu'on fait et de ce qu'on pourrait faire (MDM). La femme concernée peut recevoir un certificat attestant les violences, mais en l'absence de directive ne sait pas quoi faire, et peut retourner chez l'homme qui la bat, parce qu'elle n'a pas d'autre issue. Enfin, pour la question de la traite, il y a un manque d'acteurs spécialisés pour faire face aux besoins, il faudrait disposer de maisons cachées ou discrètes pour sortir les filles du milieu.

A Rabat, la plus ancienne de l'équipe Tamkine, qui a une connaissance de longue date du milieu médical, insiste sur l'importance du travail en réseau avec les institutions de santé concernées et l'établissement de relations de confiance durables avec leur personnel. Evidemment l'entretien de ces bonnes relations demande du temps et peut être compromis par les mutations. Il doit donc s'accompagner d'un changement en profondeur des attitudes professionnelles dans le système de santé, et d'une bonne articulation du médical et du social.

« **Le médical, au Maroc, c'est d'abord du médicosocial** » (Amina Smimine, Tdh), et encore: « **L'espace social est ouvert dans toutes les directions** ».

4.2 – Disparités suivant les établissements

Les observations recueillies dans les maternités et les maisons d'accouchement et auprès des migrantes sont quelque peu contradictoires.

Une circulaire prévoit la gratuité dans les centres de santé : examens et consultations prénatales, accouchements, suivi post natal. En théorie, les accouchements non compliqués qui représentent 90% des accouchements devraient avoir lieu dans les centres de santé ou maisons d'accouchement (dâr al-wilâda), gérées par les sages-femmes, où il n'y a pas de médecin présent de façon permanente. Le projet Tamkine a fait le choix d'essayer d'intégrer les migrantes dans la filière qui passe par ces maisons d'accouchement de quartier.

Ce choix logique et bien intentionné, dans la réalité, s'est heurté à de nombreux obstacles. Le personnel des maisons dit accueillir toutes les parturientes, même s'il s'agit de primipares, pourvu qu'elles ne présentent pas de complication, auquel cas elles sont référées (fiche de liaison, voir p. 17) aux maternités des Orangers ou Souissi. Si le travail est bien avancé, même sans bilan (dont test VIH), elles ne réfèrent pas. Ce sont les migrantes, selon le personnel, qui s'adresseraient directement aux grandes maternités, voire au CHU, parce qu'elles recherchent des soins de meilleure qualité et plus techniques. Les migrantes, de leur côté, se plaignent d'être mal reçues et systématiquement transférées, même en l'absence de complications, et aussi de ne pas toujours disposer de la fiche de liaison. La visite aux maisons d'accouchement a montré que de fait, peu d'accouchements de migrantes s'y déroulent (en moyenne un par mois). Le système est donc fréquemment court-circuité, soit que les sages-femmes délèguent souvent les migrantes comme une responsabilité trop lourde, soit que les migrantes considèrent le passage par les maisons comme une perte de temps (associations de migrants). Mais dans ces conditions, ces dernières se présentent sans la feuille de liaison fournie par la maison d'accouchement, qui leur garantirait la gratuité.

Le document ci-joint, qui indique les coûts généraux de suivi médical des bénéficiaires, illustre leurs disparités en fonction des cas mais aussi des établissements.

TAMKINE MIGRANTS

تمكين المهاجرين

Les coûts généraux de suivi médical des bénéficiaires au centre Tamkine -Migrants

Action	Coût	Lieu sur Rabat	Commentaires
Consultation générale	Gratuit	Centre de santé	60 MAD dans les maternités de CHU en cas de grossesse difficile ou urgence
Bilan de grossesse	Entre 800 MAD et 1000 MAD	Laboratoire privé	Le projet bénéficie cependant d'une réduction : réduisant les coûts à 310 MAD
Chaque trimestre (3) Echographie	Gratuit	Centre de santé Centre de jour Hôpitaux de zone (Temara, Salé)	Echos sur RDV Payante (300 – 600 MAD) dans les maternités CHU selon l'état de la grossesse
Consultation gynécologie	Gratuit	Centre de santé	Chaque mois (au premier mois de grossesse, puis chaque trimestre)
Achat des médicaments	Environ 1000 MAD	Pharmacie	Après chaque consultation / échos, etc. pendant les 9 mois de grossesse (le traitement n'est pas systématique)
Ordonnance de sortie	500 MAD	Pharmacie	Automatiquement après l'accouchement
Accouchement (avis de naissance)	1000 MAD (parfois plus)	Maternité Souissi ou Orangers.	En cas de complication / césarienne (à partir de 2000-3000 MAD)
Accouchement (avis de naissance)	Gratuit	Maison d'accouchement Hôpitaux de zone (Temara, Salé)	Sur orientation des maisons d'accouchement et des hôpitaux de zone avec un mot de liaison en cas de complications
Consultation post-natale	Gratuit	Centre de santé	En cas de complication l'orientation vers SOUISSI pour faire l'échographie et pour plus d'investigation
Consultation post-natale	200 MAD	Cabinet privé	

TAMKINE MIGRANTS

تمكين المهاجرين

Action	Coût	Lieu sur Rabat	Commentaires
Consultation générale et suivi pédiatrique de l'enfant	Gratuit	Dispensaire	Vaccination, suivi post natal, allaitement maternel, conseil diététique et hygiène
Consultation	60 MAD	Hôpital d'enfants	Si besoin de spécialistes
Prestation hospitalière ou hospitalisation	A Partir de 300 MAD	Hôpital d'enfants	Selon la prescription médicale (analyses, scanners, écho, ...)
Médication de l'enfant	A partir de 100 MAD	Dispensaire Hôpital d'enfants	Parfois en cas de maladie grave de la mère et contre-indication de l'allaitement maternel, achat de lait artificiel maternisé

En fait, la fiche de liaison permettant d'assurer la gratuité des soins pour l'accouchement dans le but d'abaisser la mortalité maternelle et infantile avait été instituée avant le RAMED, elle n'assure maintenant la gratuité que si la personne bénéficie du RAMED, ce qui n'est pas le cas des migrantes. Les discussions avec le personnel montrent bien qu'il existe une grande confusion à cet égard, et que, faute de principes clairement perçus, le résultat en fait résulte de négociations qui peuvent varier suivant les interlocuteurs.

Dans les maternités dépendant du CHU, l'accouchement n'est pas gratuit. Il y a négociation au cas par cas ; en cas d'accouchement compliqué (césarienne ou réanimation) une diminution de 50% du forfait a pu être négociée avec l'équipe Tamkine. Le suivi s'opère sur place en cas de complications (éclampsie, hémorragies), sinon il s'effectue au dispensaire. Les différences de prise en charge entraînent un coût important pour la patiente, supporté par le projet Tamkine (dont le retrait peut donc mettre en difficulté un certain nombre de migrantes).

La gratuité des soins est relative. Les bilans sont gratuits mais la plupart du temps incomplets, ce qui oblige à payer des suppléments (que Tamkine prend en charge par entente directe avec des laboratoires privés). L'amélioration de la batterie d'examen biologiques effectués (et de sa prise en charge) pourrait constituer un axe d'intervention. Enfin, la malade sort le plus souvent de la consultation avec une ordonnance qu'il faut payer chez le pharmacien :

« **Pour résumer, il faut en fait tout payer hormis la consultation.** » (MDM) Enfin, une ancienne tradition prévoit une rémunération pour la sage-femme, à laquelle les « anciennes » sont attachées.

Dans les maternités comme les maisons d'accouchement, l'assistance aux migrants est souvent vue par le personnel comme une forme de charité. Avec les plus démunies, les employés interviennent à titre personnel : dons de layette, de nourriture. Leur réseau fournit des vêtements et du lait en poudre pour celles qui ne peuvent allaiter (VIH). Le personnel

est sensible aux difficultés des patientes migrantes : logement, travail, nourriture, mais constate que beaucoup de marocains manquent aussi du nécessaire. **Il est en faveur de l'ouverture d'un programme de gratuité inclusif, c'est-à-dire ouvert à la fois aux migrantes et aux marocaines dans le besoin.** Il se dit parfois choqué par la façon dont certaines migrantes refusent la contraception, et malgré l'adversité, veulent d'autres enfants qui représentent tout leur avenir. Le langage du corps des migrantes les surprend aussi; la façon africaine ou supposée telle de danser, de s'exprimer avec véhémence pour communiquer, dérange chez des femmes dont on attend une certaine retenue, en lien avec l'idéal de *sabra wa hachouma*, patience et pudeur. Certaines pratiques attribuées à la sorcellerie suscitent aussi un malaise en réveillant de parfois le souvenir de rituels tombés en désuétude au Maroc.

Au passage, le personnel des maisons d'accouchement se plaint d'être isolé, non intégré. Il souhaite être mieux formé aux problèmes particuliers rencontrés avec les migrantes, à des actions en réseau. Il se sent un peu oublié, pas assez considéré. Il apprécierait la convivialité de journées de formation et d'échanges (repas en commun).

4.3 – L'ALCS et le modèle de la lutte contre le VIH

L'ALCS (Association de Lutte Contre le Sida) a été fondée en 1988. Le Maroc a joué un rôle pionnier au Maghreb et dans le monde arabe par son action précoce et vigoureuse d'appui au dépistage anonyme et gratuit et à la mise en route des traitements, dès qu'ils ont été disponibles. D'abord avant tout médicale, l'association a très vite évolué vers une association de type communautaire collaborant avec les pouvoirs publics mais n'hésitant pas à s'exprimer sur la défense du droit à la santé des migrants. Son siège est à Casablanca, elle comporte 19 sections régionales, 28 centres de dépistage dans des villes et quatre centres mobiles. Un réseau d'agents dont des « pairs intervenants » s'active au contact des populations vulnérables dont les migrants. Le projet Tamkine réfère donc à l'ALCS les femmes enceintes pour des tests ou des prises en charge thérapeutiques et plus généralement pour les MST (maladies sexuellement transmissibles) et les violences sexuelles (consultations d'écoute).

Le centre de Rabat s'est récemment installé en face de la mosquée Ohoud, dans de nouveaux locaux, affichant sur le mur les symboles du Sida. L'ALCS adosse son action technique contre le sida à une conviction dans le devoir de lutter contre l'épidémie, sans discriminer ni culpabiliser les séropositifs et les malades, et entérine la stratégie des droits de l'homme comme manifestation des « droits de Dieu » (*huqûq Allah*) (Dr Rhoufrani).

L'ALCS, jusqu'à récemment, effectuait 80% des dépistages par tests rapides, confirmés par Western blot au CHU. D'autres associations œuvrent également dans le domaine: l'Organisation PanAfricaine de Lutte contre le Sida (OPALS) ; le SUD, Association contre le Sida.

L'ALCS, en partenariat avec Caritas, Tdh et OEB, assure la « **médiation thérapeutique** » ou l'accompagnement des personnes vivant avec le VIH dans les structures de santé. Elle assure également:

- l'éducation facilitant l'observance et le respect du suivi biologique régulier ;
- la prise en charge de la PTME ou prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant ;
- le soutien psychologique, l'information et l'aide à la prévention secondaire ;
- le suivi médical et biologique.

L'ALCS opère depuis 2008 avec un financement du Fonds mondial pour une durée de 5 ans. L'administration des antirétroviraux est gratuite et comporte des médicaments de deuxième et même de troisième ligne.

L'accès facile et gratuit au traitement du VIH constitue aujourd'hui un acquis au Maroc. Le programme de l'ALCS a été novateur dans son approche de prévention et son action sur le terrain auprès des populations vulnérables, approche qu'elle a étendu aux migrants avec l'accord du ministère de la santé : des étudiants africains ont joué le rôle d'« éducateurs-pairs » (EP), proches des « agents de proximité » de Caritas.

Le programme sida tel qu'il a été mis en œuvre par l'ALCS a eu un effet d'entraînement sur le programme santé au Maroc, y compris pour les migrants, et a donné l'exemple de bonnes pratiques et d'un **modèle de gouvernance**. L'information du milieu, à laquelle collabore Tamkine, est primordiale, pour éviter les contaminations inutiles dans la société. Beaucoup de migrants subsahariens arrivent négatifs et se contaminent sur place.

« **Nous produisons des virus marocains en djellabas et babouches.** » (Dr Fatiha Rhoufrani, ALCS)

Il reste à appliquer ce modèle à d'autres affections qui au Maroc touchent un beaucoup plus grand nombre de personnes, comme **les hépatites, en particulier l'hépatite C**, mal diagnostiquée et mal suivie, et qui ne dispose pas malheureusement d'un vaccin. La **tuberculose** est un autre domaine sur lequel on manque de données: on ne sait rien sur le taux de tuberculoses résistantes, voire ultrarésistantes, chez les migrants, qui suscitent un peu partout de difficiles problèmes de diagnostic et de gestion.

4.4 – L'apport juridique du GADEM au projet Tamkine

Mehdi Alioua, sociologue, a cofondé en 2006 le GADEM (Groupe Antiraciste de Défense et d'accompagnement des Etrangers et des Migrants), qui défend l'idéal d'une société plurielle tolérante et riche de ses différences, « **une société positive, hospitalière, qui se juge sur la façon dont elle traite les étrangers.** » (MA, GADEM)

Le GADEM a trois volets d'activité :

- **Droit des étrangers** : accompagnement juridique des migrants ; formation des avocats et collecte d'une jurisprudence de référence ;

- **Interculturalité** ; ce volet est porté par un groupe venant de plusieurs horizons et plusieurs pays (Maroc, Italie, Sénégal, Burkina, RDC), engagé dans la réflexion sur les moyens d'améliorer la « santé de l'opinion ». Il se préoccupe de promouvoir une meilleure connaissance de l'histoire du Maroc, et de combattre l'ignorance et l'indifférence à l'égard de l'étranger. Une mallette pédagogique est mise à la disposition des enseignants: analyse des réactions à des photographies, construction d'arbres généalogiques... Pour Massimiliano di Tota, le terme « altérité interculturelle » irait plus loin dans la reconnaissance de l'Autre.
- **Plaidoyer** auprès des institutions et des organisations internationales, et documentation

Le droit à la santé est conditionné par d'autres droits dont celui au travail, pour donner les meilleures chances d'une vie saine et intégrée à la société. La santé est par définition multifactorielle et implique des conditions de vie et de travail qui débordent le domaine médical. Le droit à la santé ne peut être défendu isolément des autres droits. L'activité du GADEM, partenaire à part entière du projet Tamkine-Migrants, de lutte pour l'accès aux droits fondamentaux, recoupe donc le souci du projet d'améliorer la santé de ses bénéficiaires.

L'accompagnement juridique proposé aide les migrants à retrouver une dignité bafouée qui est une composante essentielle de l'estime de soi et du bien-être qui en résulte. Le volumineux rapport du Collectif sous la direction du GADEM sur l'application au Maroc de la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, août 2013, décrit précisément les violations de la convention, et plaide pour la prise en charge sanitaire des travailleurs, étrangers et marocains, dans l'esprit d'une justice inclusive (pour tous), qui correspond à l'esprit du projet Tamkine.

« A tous égards, on est encore souvent dans le registre de la charité, de l'interpersonnel, pas du langage des droits civils, reconnus et garantis par l'Etat » (MA, GADEM)

4.4.1 – L'avis de naissance, un enjeu crucial

Les parents, la mère disposent d'un mois après la naissance pour faire l'enregistrement à l'état civil, c'est très court, d'autant que l'obtention du certificat de naissance n'est pas facile. Les administrations de santé diffèrent dans leurs exigences, certaines demandant les papiers du père, le certificat de mariage..., rarement disponibles.

« J'exige une pièce d'identité (fiche consulaire) pour donner un certificat de naissance. J'ai eu affaire à de fausses déclarations d'identité. » (sage-femme en maternité).

A Rabat comme à Oujda, les associations peuvent se porter garantes de l'identité des femmes. Mais certains centres de santé sont réticents à remettre le certificat de naissance aux parents ne pouvant prouver leur situation régulière au Maroc. Il arrive aussi qu'on refuse le certificat de naissance en cas de non-paiement des frais médicaux.

Or l'enregistrement à l'état civil n'est pas seulement un droit, c'est un devoir. En n'enregistrant pas l'enfant, la mère se met dans son tort. Le certificat de naissance est une

pièce essentielle : tous les droits de l'enfant sont en jeu. Secondairement, il y aura aussi les difficultés pour enregistrer l'enfant à l'ambassade du pays d'origine (frais à payer) et obtenir des papiers d'identité.

4.4.2 – Sensibiliser à l'interculturalité

Ce concept dont la création est revendiquée par certains collectifs de migrants traduit un souci d'intégrer les nouveaux venus dans la société d'accueil. Il existe déjà des liens privilégiés entre sénégalais et marocains.

« Histoire commune, pas de visa etc. De plus, l'islam est pratiquement la religion de tous les musulmans. Il y a un grand pèlerinage annuel des Sénégalais à Fes. Les autres migrants affichent volontiers la nationalité sénégalaise. » (Ousmane, migrant sénégalais)

Mais la solidarité de l'umma (communauté musulmane) face aux migrants est parfois relative. **« Quand un migrant subsaharien va faire ses prières à la mosquée, les hommes ne viennent pas se serrer contre lui pour s'aligner au coude à coude. »** (migrante ivoirienne). Les enquêtes scolaires ont aussi montré les réticences des parents à l'endroit des enfants migrants.

Cependant il y a eu des changements, la musique des subsahariens joue un grand rôle dans la vie culturelle marocaine, dans les festivals comme celui des Gnawas. Les jeunes se pressent dans les lieux qu'ils animent. Des sujets tabous comme le métissage sont évoqués dans les médias.

« Je suis content du projet Tamkine. Il faut continuer à sensibiliser dans des quartiers qui ne connaissent pas les migrants. » (Un migrant ivoirien rencontré au GADEM)

4.5 – Participation de Tamkine à la plateforme « Protection des femmes et des enfants migrants »

La plateforme sous le nom de « Plateforme protection des femmes et des enfants migrants victimes de violences sexuelles » a été impulsée par Terre des hommes en 2009, afin de mieux coordonner les actions des partenaires et d'impliquer davantage des institutions publiques et la société civile marocaine. Au départ, elle était uniquement orientée vers le secours aux migrant(e)s victimes de violences sexuelles puis, sous l'impulsion de Tdh et du GADEM, elle s'est élargie à la protection des migrant(e)s en général (charte finalisée début 2011). La plateforme, par la diversité de sa composition, répond à la diversité des facteurs entrant dans la vulnérabilité des migrants: Caritas, FOO, AMANE, CEI, GADEM, Tdh, ALCS, OEB, MDM, APS.

Les réunions de la plateforme ont pour but d'effectuer une synthèse des informations et d'évaluer l'évolution de la situation globale, d'analyser des questions de fond au regard de l'expérience des participants, et d'optimiser la complémentarité des services offerts par les associations et collectifs spécialisés sur des questions spécifiques comme la santé. Des réunions techniques entre les équipes ont lieu une fois par mois. Un comité de pilotage permet une gestion concrète des cas avec échange d'informations confidentielles, en jouant sur la complémentarité des ONG et le chevauchement (non pas la redondance) de leurs

compétences. Un collectif santé tous les mois répartit les tâches entre les associations, chaque cas pouvant être pris en charge par deux ou trois.

« **On discute entre gens de terrain sur les cas lourds, et on s'entraide à trouver des solutions** » (Caritas)

4.6 – Le point de vue des migrants et de leurs associations sur Tamkine

Le projet Tamkine-Migrants témoigne de l'expression croissante par les migrants eux-mêmes de leurs besoins matériels, sociaux et symboliques. Ils ont mis en place des "collectifs" qui jouent un rôle croissant, quoiqu'officieux, de médiateurs entre les ONG, la société civile et les autorités marocaines. On parle de collectifs dans la mesure où ces groupes ne peuvent encore se constituer en associations étrangères de droit marocain, cela supposerait que les membres des bureaux soient titulaires de cartes de séjour, ce qui est rarement le cas. Les associations de migrants (étrangers) peuvent théoriquement exister avec une autorisation spéciale. **Mais à ce jour, aucune association de migrants n'a été officiellement enregistrée.**

En 2011, plusieurs migrants du Maroc comme Reuben, musicien et chanteur ghanéen (treize ans de vie au Maroc), sont partis à Dakar: trois semaines de bus pour le Forum mondial alternatif et un forum musical du monde entier, « **pour donner une voix aux migrants** » (Reuben, fondateur du groupe musical *The Minority Globe* (CD disponible)

Le Collectif des communautés subsahariennes de migrants au Maroc, présent dans plusieurs villes, entend être à l'écoute de tous les problèmes liés à la condition de migrants et promouvoir toutes les activités de sensibilisation à la question. Il dénonce les violences, les arrestations, les zones de non-droit. **Il entend aussi sensibiliser les migrants à l'importance de l'accès aux soins et fournit des accompagnements dans le système de santé.** Il vise à servir de médiateur entre associations et pouvoirs publics.

L'ALECMA (dont le nom à l'origine Association de Lutte de l'Emigration au Maroc signifie aujourd'hui Association Lumière sur l'Emigration Clandestine au Maghreb) a pour objectif de faire la pleine information (la « lumière ») sur les conditions de vie des migrants. Elle est localisée à Al Taqaddum à Rabat, où vit une grosse communauté de nigériens.

« **J'ai pris conscience du « problème des femmes » en les voyant accoucher à la maison, dans des conditions lamentables, sans accès au système de santé.** » (Eric, migrant camerounais, membre fondateur de l'ALECMA)

Le Conseil des migrants s'occupe de logement et de **distribution de médicaments. La Voix des Femmes migrantes**, dirigée par une tchadienne, Hélène, répond aux femmes ayant subi des violences sexuelles et les aide à trouver du travail.

Les associations souhaiteraient être davantage associées aux activités de la Plateforme (PPM). **Elles soulignent l'importance de tirer les leçons d'initiatives et expériences informelles parmi les migrants.**

« **Parmi eux, il ya des professeurs, des soignants, des spécialistes des soins d'urgence, des infirmières, des artisans et bien sûr aussi des artistes** » (migrant congolais).

Les associations soulignent leur souhait de participer directement à la solution de leurs propres problèmes, pourvu qu'on leur en donne la possibilité juridique.

« **Les migrants ont des idées, il faut les juger sur les faits et prévoir des aides pour la gestion et la comptabilité.** » (Reuben) « **Ce genre de choses n'a jamais été tenté : utiliser les compétences des migrants.** » (Eric, migrant camerounais)

4.7 – Capitalisation du logiciel et de la banque de données Pillango du projet Tamkine

L'apport de Pillango, logiciel utilisé par le projet, est un point important de la capitalisation, puisque se pose le problème de son utilisation ultérieure pour d'autres projets, par Terre des hommes ou d'autres ONG.

L'outil est un système de gestion de données IMS (Information Management System), qui a été produit dans le cadre d'un accord-cadre entre Tdh Lausanne et la société française Wopata, qui s'en partagent la propriété intellectuelle. Il a été spécifiquement pensé par et pour Tdh. C'est un système d'information pour des programmes, avec des modules indépendants. Tdh Lausanne a mis gracieusement l'outil à disposition de Tdh Espagne qui ne prend en charge que les coûts de développement et de l'adaptation au projet Tamkine-Migrants.

Tandis que la méthode de gestion de l'information est couramment employée dans les pays du nord, elle l'a rarement été jusqu'à présent dans le cadre de l'action humanitaire. Le logiciel a été conçu autour des problèmes, prioritaires pour Terre des hommes, de l'enfant à protéger, et appliqué à Tyr au Liban, et au Maroc dans le cadre du projet dit des Petites Bonnes (Winarouz) à Agadir en 2012 et 2013, où il a donné de bons résultats.

Le logiciel est fait pour la gestion des cas (« case management »). Il permet d'organiser et de superviser le suivi des mères et enfants, d'améliorer la qualité du travail tout en gagnant du temps et permettant le travail collectif à plusieurs mains sur l'ordinateur sécurisé. Il s'agit d'un outil qui « permet tout simplement la réalisation du travail » (Vincent Tournecueillert, Tdh). Il permet de calculer rapidement des indicateurs: nombre de séances d'écoute, de femmes enceintes suivies, de naissances, de séances de formation...

Le logiciel a été élaboré sur la base d'une analyse des démarches entreprises par l'agent travaillant avec des personnes en difficultés d'un point de vue à la fois social et médical. Il permet théoriquement de vérifier qu'on a « fait le tour » d'une situation, et d'envisager immédiatement toutes les actions à conduire. Le caractère systématique et exhaustif du bilan de départ correspond à une démarche rationnelle satisfaisante. Le logiciel transforme une vision laborieuse d'éléments ponctuels successifs en un ensemble constamment mis à jour, et suggère des améliorations de l'activité menée : par exemple, la base permet de repérer si des bénéficiaires sont suivis régulièrement et si le niveau de risque reste inchangé, ce qui incite à explorer d'autres démarches.

L'utilisation de la base a été une semi réussite en termes d'amélioration du suivi et des performances de l'équipe Tamkine. Il nécessitait un temps important de compréhension et d'adaptation, il s'est trouvé relégué au second plan par la gestion du quotidien et les

impératifs de l'action immédiate. L'utilisation de la base a coexisté avec le maintien d'autres systèmes d'enregistrement jugés complémentaires.

Ces péripéties remettent-elles pour autant en cause la durabilité et l'utilité de la base sur le long terme au sein de Tdh, dès lors qu'un certain nombre de précautions et d'adaptations est respecté?

Recommandations pour Tdh et les ONG

Le logiciel Pillango peut être utilisé pour la gestion des cas dans un projet humanitaire, à condition de :

- Bien analyser la démarche initiale de l'agent dans le projet ;
- Vérifier la pertinence des données sélectionnées ;
- Consacrer du temps à la formation du personnel en informatique et sciences sociales avec prise en compte de ses remarques, y compris celles sur les « défauts » du logiciel ;
- Tirer parti de l'outil pour des statistiques susceptibles ultérieurement d'être compilées ;
- Bien réfléchir à ses usages, à une vision pour le module, à une stratégie de son déploiement, et aux moyens à mettre en œuvre pour vérifier la pertinence du dispositif ;
- Rester vigilant sur la charge de travail et l'adaptation intellectuelle que l'outil requiert et valoriser les compétences acquises.

III – Capitalisation

1 – Transfert des activités de Tamkine à d'autres structures

Le projet Tamkine s'achève. Il a contribué à prouver que les besoins médico-sociaux des migrantes peuvent trouver solution, mais le travail reste grand: aussi se pose le problème de la translation du savoir-faire à d'autres structures, étatiques ou non, suivant des approches similaires ou un peu différentes.

Par le passé, des transferts ont eu lieu en fin de projet, à destination d'autres ONG et associations marocaines. C'est dans cet esprit que des contacts ont été pris avec Ayn al Ghazal, à Oujda, consacrée à la lutte contre les violences faites aux femmes, et avec l'INSAF à Casablanca. Mais la première a fait valoir sa faible capacité d'hébergement, et une difficulté à intégrer dans le groupe des marocaines en difficulté, déjà hétérogène, des femmes « différentes ». La seconde (Institution Nationale de Solidarité pour les Femmes en détresse) fondée en 1999, gère un foyer pour mères célibataires à Casablanca. L'INSAF comme Ayn al-Ghazal démontrent que la situation bouge au Maroc : des mères célibataires illettrées peuvent acquérir un métier, aller à l'école et même à l'université. En 2014, l'INSAF a accueilli 800 femmes, dont 15 migrantes. L'association ne refuse pas a priori de les mélanger (toutes les femmes rencontrent des problèmes analogues), et prône un droit inclusif. Mais avec ses locaux de Casa et ses effectifs, elle ne couvre que 4% des besoins et n'a donc pas les moyens d'une politique étendue aux migrantes, sauf si l'Etat intervient, appliquant concrètement sa PIP (Politique Intégrative de l'Enfant).

L'évolution de la situation politique marocaine, les appels d'offre du royaume et de l'Union européenne vont ouvrir de nouvelles opportunités. Les actions comme le projet Tamkine, menées par Tdh Espagne, Oum el-Banine et le GADEM, en particulier le volet médico-social, trouveront leur place dans ce nouveau contexte, moyennant adaptations, et leur efficacité en sera augmentée, dès lors que les obstacles juridiques et politiques à leur plein « rendement » seront levés.

2 – Vers une amélioration de la santé des migrants et de la société marocaine dans son ensemble

2.1 – Le programme ministériel

Le tournant historique se confirme en effet. Le ministère de la migration (120 personnes) déploie une intense activité (entretien avec Mme Zougari, directrice du département de la migration et avec Mehdi Mouchid, chargé du partenariat avec les associations et les institutions). Le gouvernement relaie la volonté royale d'assurer une meilleure égalité des chances entre les citoyens et relève le défi de l'immigration.

TAMKINE MIGRANTS

تمكين المهاجرين

Selon le ministère, il y aurait environ 40000 immigrants irréguliers (chiffres plus élevés que ceux des journaux et de la littérature). 15000 se sont présentés pour la régularisation. Il y a 8200 migrants régularisés avec cartes de séjour, 4000 réfugiés statutaires enregistrés par le HCR, dont certains en situation précaire. Les informations restent insuffisantes : une étude biocomportementale sur les migrants a été diligentée. Trois projets de loi sont en préparation : sur le droit d'asile, sur le statut de réfugié et ses multiples acceptations, et sur la répression de la traite.

Conscient du caractère interdisciplinaire du programme impliqué, le département prépare **des conventions avec d'autres ministères** : santé, travail, justice, éducation, culture, jeunesse et sports, et ... finances. Au titre du budget 2015, il lance un appel à projets en direction des associations pour l'intégration des migrants résidant au Maroc. L'appel d'offres, très large, ne porte pas mention de la santé, mais peut évidemment admettre des projets dans ce domaine. Le département s'occupe aussi du dossier de régularisation des associations de migrants. Pour un certain nombre de projets, il faudra rechercher des bailleurs de fonds et se tourner vers l'Union européenne.

Il est aussi prévu de signer des accords de coopération avec d'autres pays d'Afrique, et de déployer une politique africaine du Maroc: le roi a effectué de nombreux déplacements sur le continent.

L'agence dirigée par le Dr Roustane Hamdi (Capital Consulting) accompagne le nouveau ministère dans une démarche diagnostique. Il est prévu, d'ici septembre 2014 :

1. d'organiser des rencontres avec différents intervenants ;
2. de lancer une grande enquête auprès de 1000 migrants ;
3. de tirer les enseignements des dispositifs migrants dans d'autres pays (benchmarking ou parangonnage)
4. d'aider à l'élaboration d'une vision stratégique ;
5. d'élaborer un plan d'action.

2.2 – Le point de vue de l'Union européenne

L'Union européenne à Rabat a suivi attentivement ce projet qu'elle a financé, en particulier le volet santé. Caroline Frieh-Chevalier, UE, chargée du secteur santé, confirme son intérêt pour les résultats de Tamkine. L'Union européenne a un programme, le PASS (Programme d'Appui Sectoriel Santé) avec 4 axes dont la santé des migrants, qui sera reconduit en 2015. Les ONG pourront rebondir sur le prochain appel d'offres. Les indicateurs seront revus à cette occasion. L'étude biocomportementale sur la santé des migrantes en situation irrégulière (Johnston, 2013) sera refaite tous les deux ans. **Un Plan intégré pour la promotion de la santé auprès des migrants a été élaboré**, (il n'était pas encore diffusé à la date du 6 juin), qui a tenu compte des apports de Tamkine. Il pourrait y avoir un « concours de qualité » au niveau des maisons d'accouchement, création d'équipes mobiles de santé et un remaniement du statut des sages-femmes.

TAMKINE MIGRANTS

تمكين المهاجرين

Le gouvernement marocain a créé une instance consultative sur les questions de « gouvernance sanitaire ». Certains membres ont été désignés comme « focal points », interlocuteurs privilégiés auprès de l'UE, comme la responsable de l'appui psychologique et social dans la lutte contre le sida à la direction marocaine de l'épidémiologie et de la lutte contre les maladies (DELM), le Dr Amina Latifi, qui est soutenue par le Fonds mondial et l'ONUSIDA.

« **Quand le plan sera adopté, les choses changeront.** » (Caroline Frieh-Chevalier, Délégation de l'UE, Rabat, secteur santé)

Le présent rapport pourrait être utilisé pour la mise en place du plan, ainsi que les recommandations sur lesquelles il se termine.

IV – Conclusions et recommandations

1 – Conclusions

Le rapport de capitalisation du projet Tamkine-Migrants est une forme de restitution et de retour d'expérience et de renforcement d'un message destiné aux autorités et aux décideurs. De l'avis même de la délégation de l'Union européenne à Rabat, le projet Tamkine et de façon plus générale les ONG jouent un rôle crucial en ce qu'elles mettent le doigt sur les points faibles des politiques (en l'occurrence de santé) et les faiblesses du système pour les éléments les plus vulnérables de la population (dont les migrants). Les ONG détiennent des informations précises qu'elles sont parfois les seules à posséder en raison de leurs activités sur le terrain et de leur écoute des populations et des groupes à risque. Elles « **pointent les problèmes là où ils sont** » (Caroline Frieh-Chevalier, UE), pour que l'initiative soit relayée sans délai par les pouvoirs publics, les ONG et les associations.

Le projet Tamkine-Migrants a contribué:

- A identifier les violations des droits des migrants
- A démontrer la faisabilité d'une nouvelle politique migratoire, incluant une approche multisectorielle de la santé ;
- A identifier les bonnes pratiques en matière de santé;
- A créer des courroies de transmission entre les organisations humanitaires et les services publics.

Mais les acquis restent fragiles, les migrants ne sont pas encore intégrés au droit commun, le programme reste « inabouti ». Le droit à la santé pour tous, y compris les migrant(e)s ne peut prendre tout son sens que dans une société comprenant, acceptant et appliquant la nouvelle réglementation. Le fer de lance de la capitalisation est **l'institutionnalisation des dispositifs expérimentés d'écoute et d'orientation**.

Le rapport de capitalisation permet de dégager un certain nombre de principes :

- Reconnaître la complémentarité des fonctions de l'Etat et des rôles assumés par la société civile ;
- Exhorter l'Etat à autoriser les associations (y compris de migrants) et travailler avec elles. De leur côté, il faut que les associations sortent de leur principale fonction de critique et de dénonciation et élaborent des propositions constructives ;
- Prêter attention à la formation et à la sensibilisation du personnel marocain du système de santé aux besoins et droits des migrants, et valoriser le statut de ce personnel ;

- Considérer les migrants comme des citoyens potentiels et comme une source de richesses sur le sol marocain, en accord avec les investissements importants, matériels et symboliques, consentis par le Maroc à l'Afrique.

En conclusion, il s'agit, sans perdre le réflexe de « charité », ancré dans une histoire et une tradition respectable au Maroc, d'introduire et diffuser la notion de droit, qui peut s'ancrer dans une réflexion sur l'honneur et la dignité des membres de la société marocaine, toutes origines confondues.

2 – Recommandations

Nous recommandons à Terre des hommes

1. De valoriser la base de données Pillango du projet Tamkine : de tirer parti de sa richesse documentaire en termes d'état des lieux de la migration subsaharienne féminine, d'analyse des enjeux sociaux de la santé, de repérage et évaluation des risques de santé encourus et du degré de vulnérabilité ;
2. De poursuivre son exploration prospective comme outil de gestion et de recherche ;
3. D'impulser des événements autour des réalisations des programmes de santé migrants, donnant sa pleine visibilité au bilan du projet Tamkine et au problème de l'environnement de l'enfance migrante, avec l'appui de l'Union européenne.

Nous invitons les autorités marocaines à examiner les propositions suivantes :

En termes d'accès à la santé

4. Permettre l'accès des migrant(e)(e)s en situation irrégulière aux soins de santé de base, en application des engagements du Maroc en matière de droits humains, et en conformité avec l'esprit de la déclaration du Roi de septembre 2013 ;
5. Poursuivre l'action visant à intégrer les migrant(e)s dans les programmes de santé publique ;
6. Simplifier les procédures pour bénéficier du RAMED, inclure les professions dites indépendantes, ce qui veut dire le secteur informel, et y adjoindre les migrants ;
7. Soutenir un programme de RAMED élargi et consolidé commun pour les démunis ;
8. Informer les migrants sur les filières de soins et le fonctionnement des services publics de santé ;
9. Emettre une circulaire pour faciliter l'obtention du certificat de naissance par les mères, sans condition financière ou administrative ;
10. Développer des instruments pour protéger les femmes victimes de violence ou d'exploitation sexuelle.

Concernant les associations de migrants

11. Reconnaître officiellement des associations de migrants, sans condition non appliquée aux autres associations d'étrangers sur le sol marocain, comme celle de compter dans leurs rangs des marocains ;
12. Leur permettre ainsi d'être éligibles pour déposer des projets directement auprès des bailleurs de fonds, et pouvoir les faire évaluer ;
13. Explorer et mettre en valeur les ressources et les compétences des communautés de migrants pour le pays d'accueil.

Concernant le renforcement des compétences professionnelles en santé

14. Inclure dans l'enseignement médical des connaissances sur le diagnostic des affections tropicales et parasitaires ;
15. Développer un enseignement de sciences sociales (économie de la santé, socioanthropologie, psychologie, éthique) au sein des curriculums du futur personnel de santé ;
16. Adapter la formation initiale du personnel du système de santé, en particulier sages-femmes, médecins, pharmaciens, infirmier(e)s, aide-soignant(e)s et assistantes sociales, à la prise en charge des malades démunis (migrants et autres) ;
17. Prévoir des sessions de formation du personnel de santé concerné aux problèmes particuliers des migrant(e)s et à leurs droits ;
18. Former le personnel à l'anglais en vue des relations avec les anglophones ;
19. Repérer les compétences d'infirmières ou de sages-femmes migrantes, qui pourraient contribuer au fonctionnement des structures de santé et à l'approche interculturelle du personnel de ces structures ;
20. Prévoir la formation spécifique de migrant(e)s (pairs intervenants), y compris dans les zones frontalières où sont concentrés les migrants, pour intervenir à propos d'hygiène, de dépistage, de vaccinations auprès des communautés (*peer education*).

Concernant les maladies transmissibles

21. Continuer à soutenir le rôle joué par l'ALCS et ses partenaires dans la lutte contre le VIH et les MST d'un point de vue médical et social à la fois ;
22. Appliquer ce modèle de dépistage et médiation thérapeutique à d'autres affections qui au Maroc touchent un grand nombre de personnes, comme les hépatites, en particulier l'hépatite C ;

23. Développer des outils pour mieux évaluer la prévalence des maladies transmissibles, dont les hépatites et aussi la tuberculose et ses formes résistantes, voire ultrarésistantes, qui soulèvent de difficiles problèmes de diagnostic et de gestion ;
24. Recueillir l'information épidémiologique aux différents échelons du système de santé pour vérifier la pertinence des dispositifs de surveillance et de dépistage introduits et éventuellement les modifier ;
25. Vérifier l'institutionnalisation et le fonctionnement d'un dispositif de prise en charge des violences sexuelles dans les hôpitaux.

Pour une sensibilisation multisectorielle

26. Favoriser dans les écoles primaires l'intérêt pour la reconnaissance de l'Autre ;
27. Rechercher et souligner les bases historiques profondes de l'interculturel au Maroc dans les manuels à destination des écoles et dans la formation des enseignants ;
28. Renforcer cet enseignement dans les instituts de formation comme l'IFAD (Institut de formation des agents de développement à Rabat), l'Agence de développement social à Rabat, l'Institut national de l'action sociale de Tanger, etc. ;
29. Permettre à tous les citoyens une meilleure connaissance de l'histoire marocaine et des échanges avec le reste du continent africain ;
30. Présenter dans les médias des figures de cette migration: marchands, savants, religieux, étudiants, illustrant l'enrichissement mutuel.

Pour une politique à long terme

31. Intégrer le soin aux jeunes enfants dans une politique à long terme concernant son éducation et le suivi de son développement physique et intellectuel, en tenant compte des ressources variées et variables de son milieu maternel, familial et communautaire.

Nous recommandons aux autorités marocaines et aux ONG

32. De collaborer au sein de la Plateforme pour la Protection des migrants, fonctionnant comme une zone d'échange permettant de mener des actions transversales en commun ;
33. De poursuivre des discussions, au sein de la plateforme ou non, avec les représentants des ambassades concernées ;
34. De prendre le relais des initiatives telles que celles de Tamkine-Migrants, et mettre en œuvre les bonnes pratiques qui ont été expérimentées et signalées à cette occasion.

Nous encourageons l'UE et les organisations internationales

- 35.** A ouvrir encore l'offre à des programmes transsectoriels (santé, éducation, formation professionnelle des migrants), reconnaissant ainsi le caractère multifactoriel du droit à la santé ;
- 36.** Et à continuer d'appuyer les initiatives marocaines pour améliorer les services de santé et faciliter l'accès des migrants.

Bibliographie

1 – Documentation primaire	38
2 – Documentation secondaire	40

1 – Documentation primaire

Terre des Hommes - Espagne, Renforcement de la protection des droits des migrants dans un pays de transit, le Maroc. Annexe I : L'Action, 46 pages.

Projet Tamkine-Migrants, Renforcement de la protection des droits des migrants dans un pays de transit, le Maroc, Rapport annuel projet 2012, 7 pages.

Projet Tamkine-Migrants, Egalité des chances pour les femmes et enfants migrants, Terre des hommes Espagne, Rapport narratif intermédiaire n°1, 15, 5 premiers mois de mise en œuvre (15 mai 2011-31 août 2012), 59 pages (-15).

Projet Tamkine-Migrants, Françoise Ruffi, Mission d'appui technique, octobre 2012, 13 pages.

Projet Tamkine-Migrants, Egalité des chances pour les femmes et enfants migrants, Rapport narratif intermédiaire n°2, 2ème année de mise en œuvre (1er septembre 2012-14 mai 2013), 64 pages.

Tamkine-Migrants, Atelier de concertation Les femmes migrantes enceintes et leurs enfants dans le circuit de la santé, 21 novembre 2013, Rapport, 23 pages.

Tamkine Migrants, Egalité des chances pour les femmes et les enfants migrants, projet financé par l'Union européenne, Recommandations sectorielles, 74 recommandations relatives aux droits des migrants du Maroc, en particulier à l'accès à l'éducation et à la formation, à la santé et à la justice.

[http://destination-unknown.org/wp-content/uploads/Recommandations-sectorielles Tamkine Migrants final mai 2014.pdf](http://destination-unknown.org/wp-content/uploads/Recommandations-sectorielles_Tamkine_Migrants_final_mai_2014.pdf)

Tamkine Migrants. Les enfants migrants et l'école marocaine. Etat des lieux sur l'accès à l'éducation des enfants migrants subsahariens au Maroc, Halima Qassemy éd., avril 2014, 52 pages.

<http://www.tdh.ch/fr/documents/les-enfants-migrants-et-lecole-marocaine>

David Cuenca et Inka Stock, Projet Renforcement de la protection des droits des migrants dans un pays de transit, le Maroc, (Tamkine-Migrants, mai 2011 à mai 2014, Rapport d'évaluation, avril 2014, 30 pages.

Médecins sans Frontières, Violence, Vulnerability and Migration : Trapped at the Gates of Europe, A report on the situation of sub-Saharan migrants in an irregular situation in Morocco, March 2013, 36 pages.

<http://www.msf.ie/document/violence-vulnerability-and-migration-trapped-gates-europe>

Collectif sous la direction du GADEM, Rapport sur l'application au Maroc de la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, août 2013, 136 pages.

Rapport, Atelier national de réflexion sur la promotion de la santé des populations migrantes en situation administrative irrégulière au Maroc, 8-9 Octobre 2013, Rabat, avec l'appui du Fond mondial et de l'ONUSIDA, 42 pages.

IRIN (Bureau de coordination des affaires humanitaires des Nations Unies. La nouvelle politique migratoire marocaine cache de mauvais traitements à répétition, 20 Février 2014.

Conseil National des Droits de l'Homme, Maroc, Conclusions et recommandations du rapport « Etrangers et droits de l'homme au Maroc : pour une politique d'asile et d'immigration radicalement nouvelle, conclusions et recommandations du rapport, 2013.

Etude sur l'équité en santé au Maroc, Ministère de la santé (INSAN, 2012).

Plateforme Protection Migrants, prospectus.

ALCS, Rapport de la réunion stratégique du 17-9-2012.

ALCS, Projet Assistance aux femmes et enfants survivants de violences sexuelles, Rapport annuel d'activités (Farida Nadiri, Dr Fatiha Rhoufrani), octobre 2012-Décembre 2013, 10 pages.

ALCS, Réduction des risques d'infection et de l'impact du VIH auprès des migrants subsahariens. Prise en charge médicale et psychosociale et Plaidoyer sur le droit (Dr F Rhoufrani), janvier-décembre 2013, 36 pages.

Royaume du Maroc, Mise en œuvre de la déclaration politique sur le VIH /sida, Rapport national 2012 janvier 2010-Décembre 2011, 53 pages

Atelier national de réflexion sur la promotion de la santé des populations migrantes en situation administrative irrégulière au Maroc, 8-9 octobre 2013, royaume du Maroc (ONUSIDA, Fonds mondial), 42 pages.

Rapport du Conseil Economique, Social et Environnemental, Royaume du Maroc, Les soins de santé de base. Vers un accès équitable et généralisé, 2013, 75 pages

Fiche signalétique de l'association Ayn al-Ghazal, fondée en 2000

Plateforme Protection Migrants. Réunion stratégique. Caritas. L'accompagnement, Rabat, 3 juillet 2013.

Lisa Johnston, Etude de santé auprès des migrants en situation administrative irrégulière au Maroc, utilisant la méthode RDS, 2013, Union Européenne, Rabat.

Base Pillango :

Terre des hommes. Stephanie Delaney, Evaluation of the Pillango Case Management Database, July 2013.

Vincent Tournecuillert, Presentation online, YouTube, 9th session of the Counter Child Trafficking Online, Using an Online Case Management Tool.

<http://counterchildtrafficking.org/agenda/vincent-tournecuillert/>

<https://www.youtube.com/watch?v=PFqnJCvPHiU>

2 – Documentation secondaire

Dossier Aux origines du racisme au Maroc, Revue mensuelle Zanane, novembre 2013, notamment Abdellah Tourabi, Racisme ancien, racisme moderne, pp. 40-43, et Zakay Daoud, Chronique d'un racisme ordinaire, pp. 58-61.

AMERM (Association Marocaine d'Etudes et de Recherches sur les migrations), De l'Afrique subsaharienne au Maroc. Les réalités de la migration irrégulière, 2008,

http://www.amerm.ma/publications/publications_tele_5.pdf

http://www.amerm.ma/publications/publications_tele_18.pdf

http://www.amerm.ma/publications/publications_tele_19.pdf

« Ethical and Legal Issues related to health access for migrant populations in the Euro-Mediterranean Area»

<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19061>

http://data.unaids.org/pub/report/2008/morocco_2008_country_progress_report_fr.pdf

Mehdi Alioua, L'étape marocaine des transmigrants subsahariens en route vers l'Europe : l'épreuve de la construction des réseaux et de leurs territoires, thèse de sociologie, Université de Toulouse II, 2011.

Mehdi Alioua, 2013, « Jeunes transmigrants subsahariens au Maroc », in Françoise Lorcerie éd., Pratiquer les frontières. Jeunes migrants et descendants de migrants dans l'espace franco-maghrébin, CNRS Éditions, Paris, 2010, p. 59-82.

Mehdi Alioua, « Le passage au politique des transmigrants subsahariens au Maroc » in Ali. Bensaâd éd., Le Maghreb à l'épreuve des migrations subsahariennes, Karthala, Paris, 2009, pp. 279-303.

Mehdi Alioua, « Transmigrants subsahariens et externalisation des frontières de l'Europe » in G. Ferréol, A. Peralva éd., Altérité, dynamiques sociales et démocratie, Droit et Société, Vol 20, LGDJ et Lextenso-édition, Paris, 2010, pp. 181-196.

Mehdi Alioua, « Nouveaux et anciens espaces de circulation internationale au Maroc. Les grandes villes marocaines, relais migratoires émergents de la migration transnationale des Africains subsahariens au Maghreb », in F. Le Houerou éd., Migrations Sud-Sud, REMM, 2007, pp. 39-58.

Mehdi Alioua, « Les migrants marocains, une mondialisation par le bas », in Géopolitique du Maroc, Moyen Orient, 14, avril-juin 2012.

TAMKINE MIGRANTS تمكين المهاجرين

Lamya Allam, La sage femme marocaine : une identité perdue, mémoire de master de santé internationale, Université Senghor, Alexandrie, 2014

Ali Ben Saâd éd., Immigration sur Emigration. Le Maghreb à l'épreuve des migrations subsahariennes, Karthala, 2008.

Ali Ben Saâd, Ancrages territoriaux, réseaux sociaux et initiatives des acteurs-migrants : le cas des itinéraires transsahariens, Méditerranée, N°113, Aix-en-Provence, décembre 2009, pp. 136-152

Ali Ben Saâd, La Méditerranée occidentale à l'épreuve des mouvements migratoires, Questions internationales, 36, mars-avril 2009, pp 62-64.

Ali Ben Saâd, Les migrations transsahariennes, Maghreb-Machrek, 185, Paris, Automne 2005, pp. 13-36.

Chouki El Hammel, Black Morocco. A History of Race, Slavery and Islam, Cambridge University Press, 2013,

Mohamed Ennaji, Soldats, domestiques et concubines. L'esclavage au Maroc au XIXe siècle, Editions Eddif, Casablanca, 1994.

Claire Escoffier, Communautés d'itinérance et savoir-circuler des transmigrant-e-s au Maghreb, Thèse de sociologie, Université de Toulouse II, 2006.

Bettina Haasen, « Hôtel Sahara », Kiasma, Paris 2005.

Fatima Harrak et Khalid Chegraoui éd. Les constructions de l'autre dans les relations interafricaines, Institut d'études africaines, 2008 Rabat.

Mohamed Khachani, Le tissu associatif et le traitement de la question migratoire au Maghreb, 2009 (Al nassîg al-jam'awi al-maghribî wa qadaya al-hijra fî-l Maghreb).

Michel Peraldi éd., D'une Afrique à l'autre. Migrations subsahariennes au Maroc, Karthala, 2011.

Michel Peraldi éd., Les mineurs migrants non accompagnés. Un défi pour les pays européens. Karthala, 2014.

Stéphanie Pouessel éd., Noirs au Maghreb. Enjeux identitaires, Karthala-IRMC, 2012.

Jean Schmitz, La question noire à partir du Nord ou du Sud du Sahara: entre la mise en « culture » et le déni d'islam (Maroc/Mauritanie/Sénégal), dans S Pouessel.



Projet cofinancé par
l'Union Européenne

TAMKINE MIGRANTS تمكين المهاجرين

