



Financée par l'Union  
européenne



# « ASSISTANCE PSYCHOSOCIALE AUX MIGRANTS VULNÉRABLES ET EN DÉTRESSE DANS LE CONTEXTE MAROCAIN »

**RAPPORT DE CONSULTATION (ÉTUDE ET CARTOGRAPHIE)**

NOVEMBRE 2015

**NOVITA AMADEI**



# Table des matières

Résumé exécutif	P.4
Introduction	P.5
1. Méthodologie de recherche et groupes cibles	P.7
2. Données du contexte	P.9
3. Vulnérabilité : introduction au concept	P.10
(a) Dimension politico-normative	P.11
(b) Dimension sociale	P.13
(c) Dimension individuelle, familiale et groupale	P.14
4. Cartographie des interventions psychosociales et de santé mentale	P.18
(a) Cadre gouvernemental	P.19
(b) Société civile	P.23
5. Regards croisés sur la migration	P.35
6. Conclusion	P.37
Liste des acronymes	P.39

# Résumé exécutif

L'OIM Maroc, en collaboration avec le Ministère Chargé des Marocains Résidants à l'Étranger et des Affaires de la Migration (MCMREAM), le Ministère de l'Intérieur et le Ministère des Affaires Étrangères et de la Coopération, met en œuvre le projet multi-pays « Réponse aux besoins des migrants vulnérables et en détresse dans des pays ciblés d'origine, de transit et de destination » financé par l'Union Européenne. Dans le cadre de ce projet, l'OIM Maroc, avec le partenariat de la Section de Santé Mentale, Appui Psychosocial et Communication Interculturelle de l'OIM, a réalisé la consultation « Assistance psychosociale aux migrants vulnérables et en détresse dans le contexte marocain ».

La consultation s'est déroulée en deux phases, une phase de recherche (étude bibliographique, étude de terrain et cartographie) et une de recherche-action (formation et table-ronde). Le but a été de renforcer les capacités des partenaires gouvernementaux et non-gouvernementaux marocains, ainsi que des quatre principaux pays d'origine des migrants bénéficiant du programme d'Aide au Retour Volontaire et à la Réintégration (AVRR) au Maroc – Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée Conakry, Nigeria – dans l'assistance et la prise en charge psychosociale des migrants vulnérables. Cet objectif s'est inscrit dans celui plus large visé par le projet de contribuer au développement d'approches de gestion de la migration basées sur le respect des droits de l'homme afin d'assurer une gouvernance à long terme des flux mixtes et de répondre aux besoins immédiats des migrants plus vulnérables. Au Maroc, notamment, le projet tend à améliorer l'aide au retour volontaire et à la réintégration des migrants dans leurs pays d'origine.

Le présent rapport fait état des résultats de l'étude sur les besoins et les ressources psychosociales des migrants vulnérables. Le bien-être psychosocial de ce public a été examiné sur trois plans :

- Politico-normatif (lois sur la migration, la santé et la santé mentale) ;
- Social (contacts entre membres de la communauté migrante, locaux et institutions et conditions de vie des migrants vulnérables en termes de santé, sécurité, logement, emploi) ;
- Individuel, familial et groupal (réponses de blessure, résilience, développement activé dans l'adversité).

Ce rapport comprend également une cartographie des interventions psychosociales adressées aux migrants vulnérables mises en œuvres sur le territoire national par différents acteurs :

- Gouvernementaux : le Ministère Chargé des Marocains Résidants à l'Étranger et des Affaires de la Migration et le Ministère de la Santé ;
- Société civile : l'Association de lutte contre le sida, Caritas Maroc, la Délégation des migrations, la Fondation Orient-Occident et Médecins du Monde Belgique-Mission Maroc.

La confrontation des données résultantes de l'évaluation psychosociale et de la cartographie a permis de se prononcer sur les attentes et les résultats auxquels une intervention psychosociale pourrait aboutir afin de combler les lacunes existantes dans le système actuel de prise en charge des migrants vulnérables au Maroc et de répondre aux besoins réels de cette population.

Ce premier rapport illustrant les résultats de la recherche de terrain et de la cartographie, est suivi par un deuxième document résumant les contenus de la formation et de la table ronde prévues après ce travail d'enquête. Le deuxième rapport présente également les conclusions et les recommandations de la consultation.

L'OIM, impliqué activement dans l'organisation et dans le suivi de la consultation, n'est pas directement responsable de l'analyse des données. Les opinions exprimées dans ce document ne reflètent pas nécessairement celles de l'Organisation et ne l'engagent en aucune façon.

# Introduction

Le bureau de l'OIM au Maroc travaille étroitement avec le gouvernement du Royaume du Maroc et ses partenaires dans la mise en œuvre d'actions visant à l'assistance aux migrants. En lien avec cet objectif, l'OIM Maroc en collaboration avec le Ministère Chargé des Marocains Résidants à l'Étranger et des Affaires de la Migration (MCMREAM), le Ministère de l'Intérieur et le Ministère des Affaires Étrangères et de la Coopération met en œuvre un projet multi-pays intitulé « Réponse aux besoins des migrants vulnérables et en détresse dans des pays ciblés d'origine, de transit et de destination ». Ce projet, financé par l'UE, vise à contribuer au développement d'approches de gestion de la migration basées sur le respect des droits de l'homme afin d'assurer une gouvernance à long terme des flux mixtes et de répondre aux besoins immédiats des migrants plus vulnérables. Au Maroc, notamment, le projet tend à améliorer l'aide au retour volontaire et à la réintégration des migrants.

La consultation « Assistance psychosociale aux migrants vulnérables et en détresse dans le contexte marocain » menée par l'OIM Maroc en partenariat avec la Section de Santé Mentale, Appui Psychosocial et Communication Interculturelle de l'OIM, s'inscrit dans le cadre de ce projet. La consultation s'est déroulée en deux phases, une phase de recherche (étude bibliographique, étude de terrain et cartographie) et une de recherche-action (formation et table-ronde) et elle s'est proposée de renforcer les capacités des partenaires gouvernementaux et non-gouvernementaux marocains, ainsi que des principaux pays d'origine des migrants arrivant au Maroc dans l'assistance et la prise en charge psychosociale des groupes vulnérables.

L'étude suppose que la souffrance psychosociale est caractéristique de la plupart des expériences migratoires individuelles et collectives, qu'il s'agisse d'une migration due à des contraintes socio-économiques ou au manque de sécurité par l'exposition à des violences, des persécutions et des conflits. Les facteurs de stress qui sont à l'origine du déplacement s'additionnent aux risques du voyage migratoire et aux conditions précaires de vie dans les pays de transit et d'arrivée (statut juridique irrégulier, difficultés d'accès aux services, manque de travail et d'un logement adéquat, faibles ressources pour subvenir aux besoins propres et à ceux de la famille etc.). Ces facteurs, ajoutés à la perte de l'environnement social et du système de signification culturelle d'origine, peuvent contribuer à fragiliser intérieurement le migrant (en affectant la sphère de ses pensées, sa mémoire, ses affects, ses comportements et ses prospectives) et extérieurement (dans ses relations avec les autres et avec le monde).

L'approche psychosociale prend en compte les effets culturels de la migration (la désorientation ressentie face à un mode de vie pas familial), les effets psychologiques (les fonctions cognitives, affectives et comportementales) et les effets sociaux (les relations familiales, les réseaux communautaires et les conditions de vie) dans leur interrelation et dans leur influence réciproque. Le fait de traiter de façon intégrée ces dimensions – culturelle, psychologique et sociale – est approprié quand il n'est pas possible de séparer les plans individuel et collectif de la personne, les conséquences psycho-émotionnelles anthropologiques et culturelles d'un événement stressant (OIM 2010).

La donnée psychosociale est souvent liée à celle de la santé mentale, interprétée dans ce genre d'études comme l'état de bien-être dans lequel un individu est conscient de ses propres capacités, comment fait-il face aux tensions normales de la vie et apporte une contribution à son groupe d'appartenance. Dans cette perspective, la santé mentale est une notion globalisante qui ne fait pas seulement référence à l'absence de maladie, mais à la notion plus large de « bien-être social ». La santé mentale représente donc le fondement du bien-être individuel et le fonctionnement efficace d'une communauté (WHO 2012).

Bien que les problèmes de santé mentale et le soutien psychosocial exigent des approches différentes, ils sont fortement liés. « Les graves problèmes psychosociaux ou ceux qui se prolongent longtemps sans bénéficier d'aucune intervention peuvent donner lieu à des problèmes psychiatriques légers, modérés voire sévères. De même, il est avéré que les personnes atteintes de problèmes psychiatriques souffrent souvent de problèmes psychosociaux » (Croix Rouge et Croissant Rouge, 2010).

L'approche psychosociale adoptée lors de cette recherche considère les réactions à la vulnérabilité comme un aspect central de l'analyse de la vulnérabilité et comme l'axe privilégié sur lequel orienter des futures interventions psychosociales. Si l'approche psychosociale se définit comme l'examen des effets psychologiques et sociaux de la migration sur la personne, pour intervention psychosociale on entend l'ensemble des activités qui visent au renforcement des capacités d'adaptation et d'intégration du migrant). Les trois formes de réponse à la vulnérabilité examinées ici sont celles proposées par R. Papadopoulos dans sa grille du trauma<sup>1</sup> : (a) la blessure ; (b) la résilience ; (c) le développement activé dans l'adversité.

Niveau/Réaction	Blessure	Résilience	Développement activé dans l'adversité
Individu			
Famille			
Groupe			
Communauté			
Société			

Comme illustré dans le tableau ci-dessus, l'implication et les conséquences du stress migratoire peuvent se manifester autant au niveau individuel que collectif. L'expérience individuelle du bien-être psychosocial, en fait, est en grande partie déterminée par le contexte dans lequel les personnes vivent : si l'environnement immédiat d'une personne est perturbé, il est improbable que les individus ressentent un bien-être psychosocial, par contre si le contexte réagit positivement, l'individu a de fortes chances d'être influencé positivement.

Le fait de tenir en compte exclusivement des besoins ou les effets pathologiques de la vulnérabilité, peut emmener à voir les migrants comme des victimes et à proposer des interventions d'assistantat. Au contraire, si l'attention est portée sur ce qui est préservé et renforcé chez eux en réponse aux difficultés – la résilience – et sur les aspects positifs générés par la rencontre avec ces difficultés – le développement activé dans l'adversité – un autre regard et d'autres formes d'aide seront mises en place. Sur ces bases, l'intervention psychosociale alors aide les individus, les familles et les communautés à surmonter le stress et à adopter de bons mécanismes d'accommodation.

Cette recherche intervient dans un moment où le gouvernement du Maroc, à la lumière des recommandations du Conseil National des Droits de l'Homme (CNDH), est en train de revoir sa politique migratoire pour être davantage conforme aux dispositions constitutionnelles en matière de droits de l'homme, de droits des étrangers et aux engagements internationaux contractés en vertu de la ratification de l'ensemble des instruments de protection des droits de l'homme. Dans le contexte de ce débat politique, ce document offre une analyse de la notion de vulnérabilité et de la déclinaison de ses formes chez les migrants irréguliers au Maroc dans le but de fournir une compréhension détaillée de l'état psychosocial de cette population et de dresser la complexité de leur demande de protection et d'assistance. Cela peut aider à s'assurer que la conception des interventions disponibles sur le territoire répond effectivement aux besoins réels de la population cible. Dans le cas contraire, cette évaluation peut préparer le terrain pour combler les lacunes existantes, fixer des attentes réalistes et orienter d'éventuelles actions psychosociales et de réponses communautaires durables et adaptées au contexte marocain.

<sup>1</sup> R. K. Papadopoulos, "Refugees, Trauma and Adversity-Activated Development" en *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 9 (3), septembre 2007 et Losi, N., e Papadopoulos, R., "Post-conflict Constellations of Violence and the Psychosocial Approach of the International Organization for Migration (IOM)" en *Book of Best Practices. Trauma and the Role of Mental Health in Post-Conflict Recovery, International Congress of Ministers of Health for Mental Health and Post-Conflict Recovery, Rome 2004.*

# 1. Méthodologie de recherche et groupes cibles

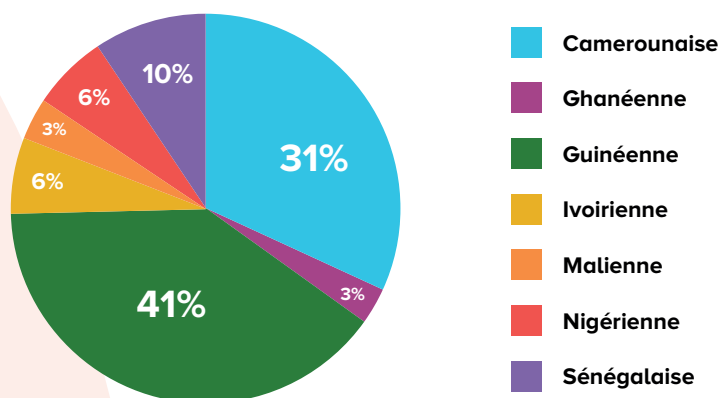
Afin de répondre à son objectif – consolider les capacités d’assistance et prise en charge psychosociale des migrants vulnérables des partenaires gouvernementaux et de la société civile marocaine ainsi que des principaux pays d’origine des migrants arrivant au Maroc – la consultation s’est structurée sur les activités suivantes :

- Étude bibliographique permettant de définir un cadrage de la recherche et une meilleure compréhension du contexte afin qu’elle puisse apporter sa contribution spécifique concernant l’objet d’enquête ;
- Étude de terrain qui, par l’adoption d’outils qualitatifs – entretiens semi-structurés en profondeur, groupes de discussion et un questionnaire – a permis de collecter des données auprès de plusieurs groupes cibles : (a) les migrants vulnérables <sup>2</sup> ; (b) les jeunes marocains en situation précaire inscrits dans le programme d’appui à la jeunesse et au développement social de l’OIM Maroc ; (c) les acteurs clés de la santé mentale et psychosociale au Maroc (représentants gouvernementaux, d’organisations internationales et de la société civile) ; (d) le personnel de l’OIM Maroc ;
- Cartographie des interventions psychosociales mises en place par les fonctions étatiques et la société civile dans le domaine de l’accompagnement et de la prise en charge des migrants vulnérables ;
- Recherche-action qui a pris la forme de : (a) une formation sur les problématiques psychosociales des migrants vulnérables adressée à des représentants gouvernementaux et à d’autres figures clés de la société civile marocaine ainsi que aux représentants gouvernementaux des principaux pays d’origine des migrants ; (b) une table ronde pour la présentation des résultats de la recherche destinée aux parties prenantes du gouvernement, de la société civile marocaine et du personnel de l’OIM Maroc <sup>3</sup>.

L’interview en profondeur et le groupe de discussion, dans ce type d’enquête, ont pour avantage d’offrir une information très riche. Dans le deux cas, l’entretien a pris la forme d’une conversation où l’intervieweur, tout en veillant à ce que l’ensemble des aspects du problème étaient mis en lumière, a suivi l’interviewé afin de comprendre ses perceptions et ses perspectives dans un échange détendu et naturel et également efficace et instructif.

Les groupes de discussion sont généralement utilisés en complément à d’autres outils de recherche qualitative. Ils permettent d’aborder un sujet par la discussion de groupe (le même sujet qui peut être traité à coté – auparavant ou ensuite – au cours d’entretiens individuels). L’avantage de cette technique est qu’elle permet une analyse de la pensée des participants ainsi que de leurs interactions au sein du groupe.

Sur les trente-deux migrants enquêtés <sup>4</sup>, les ressortissants de Guinée Conakry étaient les plus nombreux (treize personnes), suivi de près par les camerounais (dix) et ensuite par les sénégalais (trois), les ivoiriens et les nigériens (deux par nationalité) et un ghanéen.



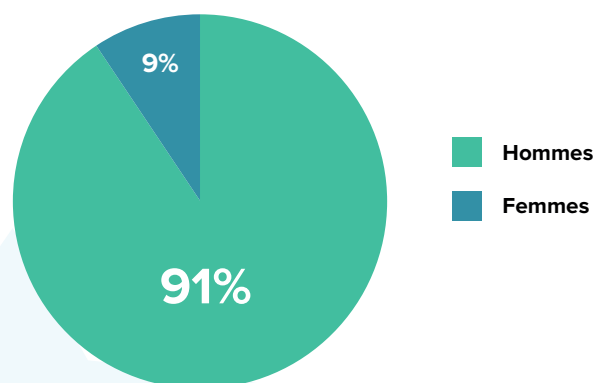
<sup>2</sup> Selon l’OIM, un « migrant » s’entend de toute personne qui, quittant son lieu de résidence habituelle, franchit ou a franchi une frontière internationale ou se déplace ou s’est déplacée à l’intérieur d’un Etat, quels que soient : 1) le statut juridique de la personne ; 2) le caractère, volontaire ou involontaire, du déplacement ; 3) les causes du déplacement ; ou 4) la durée du séjour. Dans ce cadre, les migrants vulnérables sont généralement considérés les victimes de la traite et du trafic des êtres humains, les mineurs isolés et non-accompagnés, les migrants irréguliers, les migrants malades, handicapés et âgés, les demandeurs d’asile et les réfugiés.

<sup>3</sup> L’étude de terrain et la cartographie se sont déroulées en parallèle tandis que la recherche-action a été développée par la suite sur la base des données collectées lors de ces deux premières activités. Une description détaillée de la méthodologie de recherche et de ses outils, les listes des entretiens effectués ainsi qu’une bibliographie de référence figurent en annexe.




<sup>4</sup> Dans ce genre d’études, l’échantillonnage n’a pas pour but la représentativité quantitative ou statistique, c’est pour cela que les enquêtes qualitatives emploient des échantillons restreints où un nombre de personnes relativement petit est étudié en profondeur en tenant compte de son contexte de vie.



La composition par genre a attesté une nette prévalence d'hommes, surtout d'hommes célibataires, sur les femmes (trois femmes sur l'ensemble de l'échantillon).



L'âge moyen du groupe cible, les deux sexes confondus, se situait à vingt-quatre ans, dont huit mineurs dont l'âge moyen se situait à treize ans (dix-sept ans le plus âgé et cinq le plus petit). Les mineurs, tous de genre masculin, représentaient le 25% de l'échantillon.

Mineurs		
Nationalité	Nombre d'interviewés	Age
 Guinée	5	Entre 13 et 17 ans
 Ivoirienne	1	16 ans
 Camerounaise	2	Entre 5 et 6 ans

La sélection et la prise de contact avec les interviewés a été faite par le chercheur en coordination avec le bureau de l'OIM Maroc. Tous les migrants de l'échantillon étaient en situation administrative irrégulière et, à l'exception de quatre mineurs, étaient inscrits dans le programme AVRR de l'OIM Maroc. Leur permanence sur le territoire marocain était variable entre un et cinq ans.

Les migrants ont été interviewés au siège de l'OIM à Rabat, sauf deux frères mineurs, âgé de cinq et six ans, rencontrés au centre d'accueil de jour de Caritas à Rabat. Les entretiens ont été menés par le chercheur en langue française ou anglaise. Les entretiens individuels ainsi que les groupes de discussion ont eu une durée moyenne d'une heure. Ils ont été audio-enregistrés avec un dictaphone numérique ou bien, quand l'enregistrement n'était pas souhaité par l'interviewé, des notes écrites ont été prises. Les entretiens enregistrés ont été retranscrits par la suite pour en faciliter l'analyse.

Les interviewés ont accepté de collaborer à l'étude après une explication des objectifs de la recherche et la signature d'un formulaire de consentement protégeant l'anonymat et la confidentialité des informations fournies. Les données obtenues lors des entretiens sont présentées ici de manière anonyme afin de ne leur causer aucun préjudice.

En ce qui concerne le groupe cible des acteurs clés de la santé mentale et psychosociale au Maroc, l'enquête a collecté des données auprès de vingt et une personnes : représentants gouvernementaux (le MCMREAM et le Ministère de la Santé), organisations internationales (IOM, ONUSIDA et UNHCR), associations et ONGs locales et internationales (ALCS, Association informelle d'appui aux mineurs non-accompagnés guinéens, Caritas, Conseil des Migrants Subsahariens au Maroc, CNDH, Délégation des Migrations, Fondation Orient-Occident, Médecins du Monde Belgique-Mission Maroc) et, enfin, auprès du Laboratoire de Neurologie Clinique et de Santé Psychiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd de Casablanca.

Ces interviewés ont été rencontrés dans leurs respectives institutions, à l'exception de quatre entretiens qui, pour des raisons logistiques, ont été menés téléphoniquement avec le Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd de Casablanca, la Délégation des Migrations à Nador et de MdM à Oujda (avec les représentants de ces deux dernières institutions le chercheur s'est entretenu par la suite en d'autres occasions : lors d'un groupe de discussion informel de psychologues et lors de la formation proposée en clôture de la consultation).



L'analyse des données qualitatives des interviews en profondeur et des focus groupes a prévu un processus de déconstruction et reconstruction du contenu de l'entretien sur la base des sujets et mots récurrents. L'ensemble des thèmes et sous-thèmes abordés, interview par interview, ont été ensuite répertoriés, listés et regroupés par sujets plus généraux et par similarités. Ce travail de décompte a permis d'accéder à la problématique objet d'étude sans dénaturer le contenu original ni l'hétérogénéité des contenus.

Grâce à la participation de ces divers acteurs, la notion de « migrant vulnérable » au Maroc a été explorée sous plusieurs perspectives : les migrants vulnérables ont témoigné des besoins psychosociaux de l'entière population ; les jeunes marocains en situation précaire inscrits dans le programme d'appui à la jeunesse et au développement social de l'OIM Maroc, ont délivré leurs perceptions sur la migration ; les représentants gouvernementaux, les acteurs clés de la société civile ainsi que le personnel de l'OIM Maroc ont contribué à développer une évaluation participative des programmes et des services de protection et assistance psychosociale de cette population. Ces apports divers ont restitué, d'un côté, un cadre des besoins psychosociaux des migrants vulnérables et, de l'autre, ont mis en évidence les lacunes existantes dans la prise en charge de ce public. Le rapprochement de ces deux plans a permis, par la suite, d'analyser des potentiels mécanismes de réponses communautaires adaptés au contexte marocain et des pistes de travail possibles pour la recherche de solutions efficaces dans l'accompagnement de ce public et dans la prévention de troubles mentaux et de formes de marginalité sociale liée aux migrants vulnérables.

## 2. Données du contexte

Longtemps, le Maroc a été considéré comme un pays d'émigration et de transit, cependant, au cours des dix dernières années, la difficulté d'obtenir des visas d'entrée dans les pays européens et l'augmentation des contrôles aux frontières externes de l'UE, ainsi que la croissance et la stabilité du pays, a transformé le Maroc en pays de destination. En marge d'une immigration régulière de travail et d'études, le pays compte un nombre important de migrants en situation irrégulière. Le Ministère de l'Intérieur estimait en 2013 qu'entre 25000 et 40000 migrants irréguliers se trouvaient au Maroc dont une grande majorité en provenance d'Afrique de l'Ouest <sup>5</sup>.

La nécessité de fuir l'instabilité des pays d'origine est le facteur commun qui a motivé ces migrants à partir, une instabilité liée notamment à des difficultés socio-économique qui empêchent de trouver une certaine aisance familiale (salaires bas, faible pouvoir d'achat, manque d'emploi stable ou sous-emploi, manque de moyens à investir dans l'éducation ou encore l'inégalité de droits et le non respect des droits humains). Un nombre réduit d'entre eux a essayé de s'établir dans des pays voisins et, lorsque ces tentatives se sont révélées vaines, certains ont préféré rejoindre tout de suite le Maroc avec l'espoir de traverser la Méditerranée.

Ils ont traversé plusieurs pays au cours d'un périple de plusieurs mois qui inclut souvent des séjours de travail – notamment en Algérie – avant de traverser la frontière marocaine. La route empruntée est celle du désert qui mène en Algérie par le Niger ou le Mali, ce qui implique la traversée du Sahara. On note aussi un flux restreint qui arrive au Maroc par avion. Ce dernier est composé par des migrants ivoiriens et sénégalais qui ont voyagé avec des visas de court séjour (des pays comme le Niger, le Mali, la Côte d'Ivoire, la Guinée Conakry et le Sénégal délivrent des visas de quatre-vingt-dix jours pour le Maroc – Altai et OIM, 2015). Le franchissement de la frontière algérienne-marocaine s'effectue entre la ville algérienne de Maghnia et la ville marocaine d'Oujda. À partir d'Oujda, les migrants se dirigent vers la région Nord du Maroc, le long de la côte méditerranéenne de Tanger à Nador. Le détroit de Gibraltar, les villes de Ceuta et Melilla constituent les principaux points de passage en Espagne. Une route alternative consiste à se diriger vers la capitale ou vers Casablanca pour y chercher du travail avant d'essayer la traversée vers l'Europe.

Dans l'échantillon, on retrouve le cas de migrants qui se rendent au Maroc pour gagner l'argent nécessaire pour le visa pour l'Europe, cependant, les difficultés à rassembler la somme requise les orientent vers les voies de la migration irrégulière. Même ceux pour lesquels le Maroc est la destination finale, n'arrivant pas à accéder à un emploi stable et correctement rémunéré, se retrouvent sans moyens et en situation irrégulière et certains finissent par tenter le passage en Europe.

Il faut également mentionner que la décision exceptionnelle du gouvernement marocain, en 2014, d'offrir aux migrants la possibilité de régulariser leur situation, a encouragé ceux qui ne sont pas passés sous ce régime, de rester dans le pays en attendant de régulariser leur statut au lieu de tenter les dangers du voyage vers l'Europe <sup>6</sup>.

Les obstacles que posent le passage du détroit de Gibraltar et des frontières terrestres de Ceuta et Melilla font que le Maroc se transforme pour un grand nombre de migrants en une escale durable dont le période du séjour varie entre quelque mois et quelques années (deux ans est la durée moyenne selon les statistiques du programme du retour volontaire et réintégration 2013-2014 de l'OIM Maroc). On observe toutefois que le nombre de migrants décédés tentant de gagner les côtes espagnoles et la pression sécuritaire croissante aux frontières, contribuent à déplacer une partie des flux vers la Lybie perçue comme un passage vers l'Europe plus facile, moins chère et avec plus de chance d'être secourus en mer (UNHCR bureau de Rabat, « Report on Mission to Oriental Region », 2015).

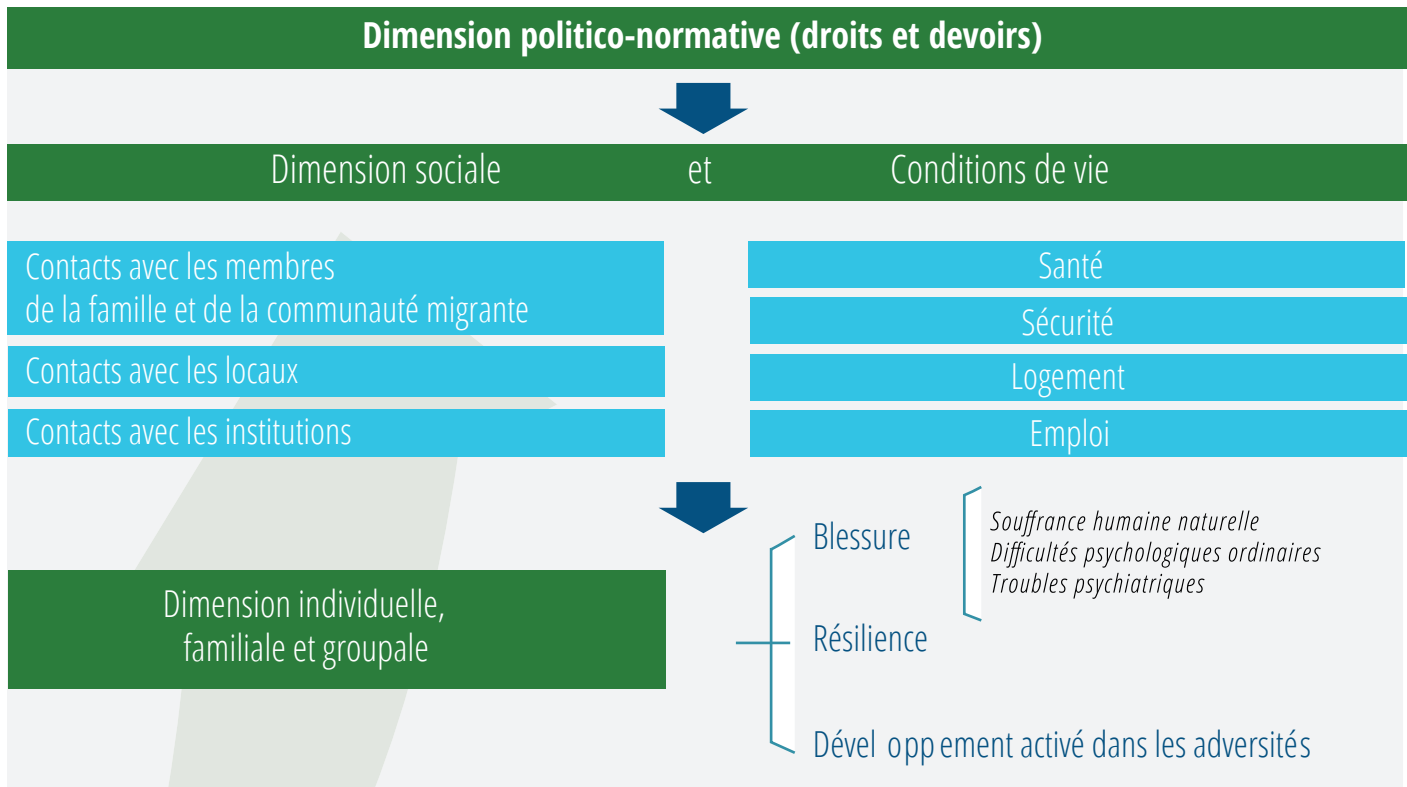
### 3. Vulnérabilité : introduction au concept

La vulnérabilité des migrants est définie de nombreuses façons en fonction de différents critères, organismes et périodes historiques et, aujourd'hui, il n'existe pas de définition précise universellement acceptée. La perception et l'interprétation de la vulnérabilité sont susceptibles d'être très diverses d'un groupe à l'autre et d'un individu à l'autre car les étiologies et les parcours de soin sont culturellement et socialement déterminés et chaque communauté humaine interprète et intervient différemment sur le bien-être et le malaise individuel et collectif. La notion même de vulnérabilité, notamment la vulnérabilité relative à la migration et à l'exil, n'est pas nécessairement présente dans toutes les communautés. De ce fait, toute étude sur la vulnérabilité est nécessairement spécifique au contexte pris en examen.

Le plus souvent, la vulnérabilité est perçue comme circonstancielle et est considérée selon des critères externes (par rapport à des événements qu'une personne a vécu ou en relation avec le groupe auquel elle appartient) plutôt qu'en termes d'expérience interne (la réponse de la personne aux événements extérieurs ou à un certain groupe auquel elle appartient). Cette distinction n'est pas anodine et joue un rôle décisif dans l'identification et la catégorisation des migrants vulnérables ainsi que dans l'intervention politique qui en découle (le processus de demande d'asile en est un exemple éloquent).

La vulnérabilité est un phénomène composite et dynamique qui intéresse plusieurs dimensions du fonctionnement humain (économique, environnemental, émotif etc.). Elle se définit aussi bien par rapport aux événements extérieurs auxquels une personne a été exposée qu'à la manière par laquelle la personne et sa communauté perçoivent ces événements et sur la base des aides reçues et des ressources – personnelles et collectives – mobilisées. Les paramètres sur lesquels la vulnérabilité se mesure sont également externes et internes à la personne et ils sont autant individuels que collectifs. La dimension externe (politico-normative ou environnemental au sens large) intervient sur les conditions de vie et les résultats concrets de la migration qui se répercute sur la sphère individuelle, familiale, groupale et sur la santé du migrant (ce sont à ce stade uniquement des formes de marginalité, de déviance ou d'éventuels risques pathologiques qui peuvent se manifester).

<sup>6</sup> L'opération exceptionnelle de régularisation de la situation des étrangers en séjour irrégulier au Maroc promue par Sa Majesté le Roi Mohammed VI a eu lieu du 1er janvier au 31 décembre 2014. A cet effet, des bureaux ont été créés au niveau de chaque préfecture et province du Royaume pour recevoir et valider les demandes de régularisation et une commission nationale de recours a également été instituée sous la présidence du CNDH. Le nombre total de demandes présentées au 31 décembre 2014 était de 27.332, desquelles 17.916 ont reçu un avis favorable (soit un taux de satisfaction de 65%). Les demandes présentées par les femmes et les enfants, de l'ordre de 10.178, ont toutes été acceptées. L'opération de régularisation a bénéficié à des ressortissants issus de 116 nationalités, à leur tête les sénégalais (6600), suivis des syriens (5250), des nigériens (2380) et des ivoiriens (2281) (<http://www.processusderabat.net/web/index.php/actualites-et-evenements/vers-une-nouvelle-politique-marocaine-d-immigration>).



Le paragraphe sur la dimension normative examine spécifiquement les lois sur l’immigration, la santé et la santé mentale; le paragraphe suivant – la dimension sociale – analyse la façon dont la politique de l’Etat se traduit sur le plan collectif et institutionnel et influence les conditions de vie des migrants ; enfin, la dimension individuelle, familiale et groupale explore l’interprétation subjective de la vulnérabilité migratoire et les réponses mises en place par les migrants (dans les trois formes de souffrance, troubles psychologiques et psychiatriques, de la résilience et du développement activé dans l’adversité).

### (a) Dimension politico-normative

#### Loi 02-03 2003 relative à « l’entrée et au séjour des étrangers au Royaume du Maroc, à l’émigration et à l’immigration irrégulières »

Le paragraphe sur la dimension normative examine spécifiquement les lois sur l’immigration, la santé et la santé mentale; le paragraphe suivant – la dimension sociale – analyse la façon dont la politique de l’Etat se traduit sur le plan collectif et institutionnel et influence les conditions de vie des migrants ; enfin, la dimension individuelle, familiale et groupale explore l’interprétation subjective de la vulnérabilité migratoire et les réponses mises en place par les migrants (dans les trois formes de souffrance, troubles psychologiques et psychiatriques, de la résilience et du développement activé dans l’adversité).

A l’heure actuelle, les questions migratoires au Maroc sont adressées en premier lieu par la loi 02-03 du 11 novembre 2003 relative à « l’entrée et au séjour des étrangers au Royaume du Maroc, à l’émigration et à l’immigration irrégulières ». Cette loi fixe d’une part les normes d’immigration et d’émigration et d’autre part elle sanctionne toute immigration ou émigration illégales. Plusieurs articles sont consacrés aux infractions à la réglementation en matière d’immigration et plus précisément aux entrées et aux séjours illégaux : elle traite des titres de séjours, de la reconduite à la frontière, des expulsions, de la circulation des étrangers et fixe également les dispositions sur le maintien en rétention des étrangers dont l’entrée sur le territoire est refusée ou faisant l’objet d’une décision d’expulsion ou de reconduite à la frontière. Tout en respectant certaines conditions concernant le non refoulement prévues par la Convention de Genève de 1951 <sup>7</sup>, la loi accorde un faible crédit à la tutelle des migrants et à la protection de leurs droits.

<sup>7</sup> L’article 29 stipule qu’aucune personne étrangère, homme, femme ou mineur, ne peut être éloigné à destination d’un pays si sa vie ou sa liberté sont menacées ou si elle est exposée à des traitements inhumains, cruels ou dégradants.

Le CNDH, organe consultatif nommé par sa majesté le Roi Mohammed VI dans son rapport du 2013, affirme : « Le contrôle accru des frontières s'est accompagné de campagnes régulières de contrôles d'identité et d'interpellations dans les divers centres urbains ou dans les forêts avoisinantes les présides occupés de Ceuta et Melilla, suivies d'opérations de refoulement vers la frontière algérienne ou mauritanienne. Ces campagnes ont donné lieu à de nombreuses violations des droits des migrants en situation irrégulière (interpellation de réfugiés, violences et mauvais traitements, refoulements sans saisie de la justice etc.), qui s'ajoutent aux violences de délinquants et de trafiquants des êtres humains et aux violations subies par les migrants pendant leur long parcours migratoire, parfois avant même leur entrée sur le territoire national »<sup>8</sup>.

En septembre 2013, suite aux recommandations du CNDH, le gouvernement a créé trois groupes interministérielles de travail pour la rédaction de trois projets de lois relatifs à la migration, l'asile et la lutte contre la traite des êtres humains afin d'entamer « une profonde refonte de sa politique d'immigration vers une approche basée, dans sa démarche de planification et de mise en œuvre, sur les droits humains et sur une gestion concertée, efficace et humaniste des flux et stocks migratoires » ([www.mre.gov.ma](http://www.mre.gov.ma)).

Toujours en 2013, dans le but de protéger les droits des migrants, suite à la demande de Sa Majesté le Roi Mohamed VI, le gouvernement a lancé une campagne de régularisation exceptionnelle des migrants en situation administrative irrégulière et plusieurs protocoles internationaux ont été ratifiés y compris le transfert de responsabilités du UNHCR vers l'État marocain pour l'enregistrement des demandeurs d'asile et la détermination du statut de réfugié. De plus, le Système des Nations Unies au Maroc, l'OIM et le MCMREAM, ont signé le 14 décembre 2015, un mémorandum d'entente pour l'élaboration d'un programme conjoint de coopération visant l'appui du gouvernement marocain dans la mise en œuvre d'une Stratégie Nationale d'Immigration et d'Asile (SNIA).

Dans un contexte global fortement marqué par la fermeture des frontières, ces dispositions, fondées sur le respect et la tutelle des droits de l'homme, représentent un point tournant dans la politique du pays, pionnier sur le continent.

### **Loi 34-09 2011 relative au « système de santé et l'offre des soins »**

Dans une circulaire adressée aux Délégués du Ministère de la Santé des Provinces et des Préfectures, en mai 2003, le Ministère de la Santé a annoncé que le traitement médical et les soins de santé pour les « immigrants clandestins » étaient autorisés pour des raisons de contrôle des maladies infectieuses. En 2011, l'approbation de la loi 34-09 relative au « système de santé et l'offre des soins » a stipulé l'engagement du Maroc au droit à la santé comme à un droit humain fondamental et au respect de la personne, de son intégrité physique, de sa dignité et son intimité. Cette loi fixe les objectifs fondamentaux de l'action de l'Etat en matière de santé et organise le système national public de santé. Conformément aux principes guide de l'OMS, elle stipule que le droit à la protection de la santé est une responsabilité étatique et sociale et définit le droit aux soins de santé et à la couverture médicale de base à tous. En 2012, le Régime d'Assistance Médicale de Base (RAMED) permet aux populations économiquement démunies de bénéficier de la couverture médicale primaire qui offre la gratuité des soins et des prestations médicalement disponibles dans les services sanitaires relevant de l'Etat.

Malgré ces dispositions, l'accès aux soins de santé primaire s'avère être mal reparti au niveau national entre zones rurales et urbaines, les infrastructures et les équipements sont inadéquats, le personnel spécialisé résulte insuffisant et le système semble aussi opérer un traitement inégalitaire vis-à-vis des femmes et des couches sociales plus désavantagées dont les migrants irréguliers (CESE, 2013). Actuellement, toutefois, des discussions sont en cours entre le Ministère de l'Intérieur, le MCMREAM, le Ministère de l'Économie et des Finances et celui de la Santé pour élargir formellement le RAMED aux migrants irréguliers.

Le régime des soins primaires ne comprend pas les aides psychologiques qui sont considérées comme des soins secondaires payants auxquels même la population locale y a accès difficilement.

<sup>8</sup> Nombreux rapports d'acteurs nationaux et internationaux dénoncent le recours excessif à la force de la part des forces de l'ordre marocaines contre les migrants tentant d'accéder à Ceuta et à Melilla ou rassemblés dans les forêts avoisinantes (harcèlement, raids, détention abusive, coups et blessures, tirs à balle réelles ou en caoutchouc, abus et violation de leurs droits, rafles à chauds). Le sujet a été soulevé entre autres par le Comité Anti-torture du Conseil de l'Europe, Human Rights Watch, Amnesty International, Médecins Sans Frontières, le Réseau Euro-méditerranéen des Droits de l'Homme, la Fédération internationale des ligues des droits de l'homme, Migreurop, le Groupe d'Accompagnement et de Défense des Etrangers et Migrants, l'Association Marocaine des Droits de l'Homme, le Conseil des Migrants Subsahariens au Maroc etc.



Pour ce qui relève en particulier des soins psychiatriques, le domaine de la santé mentale est régi par les textes législatifs en vigueur dans le domaine médical en plus du Dahir 1-58-295 du 1959 « relatif à la prévention et au traitement des maladies mentales et à la protection des malades mentaux » et d'une circulaire du Ministère de la Santé du 2001 ayant pour objet l'augmentation de l'offre de soins et l'amélioration de la qualité de la prise en charge des malades en souffrance psychologique.

Dans le cadre de la dynamique de modernisation, de démocratisation de la société marocaine et du respect des droits humains mis en œuvre par sa majesté le Roi Mohammed VI, de nombreuses réformes structurelles sont engagées luttant contre la stigmatisation sociale des personnes avec troubles mentaux, la vétusté et l'insuffisance des services, leur inégale répartition territoriale, la pénurie de personnel spécialisé et l'inégale accès aux soins et aux médicaments. Dans ce sens, le secteur de la santé mentale est un des secteurs prioritaires du Ministère de la Santé dans son plan sectoriel 2012-2016.

Dans son rapport sur les soins de santé de base, le CESE reconnaît que « les conditions de vie précaires auxquelles sont contraints la majorité de ces migrants et la violence criminelle et institutionnelle à laquelle ils sont exposés déterminent des besoins médicaux et psychologiques qui ne sont pas pris en charge à l'heure actuelle » (2013). Lors de l'entretien effectué dans le cadre de la présente recherche, la responsable des droits des étrangers du CNDH précise : « *Dans une approche globale de protection de migrants vulnérables, il est nécessaire d'intégrer la dimension psychosociale, c'est un besoin qui existe chez cette population et qui est aggravé par les conditions de vie et les violences subies au Maroc. On constate toutefois un vide étatique dans le domaine du psychosocial, partiellement comblé par les associations de la société civile. Les actions de la société civile, toutefois, ne peuvent pas substituer le rôle de l'Etat* ».

## (b) Dimension sociale

Selon les témoignages collectés, la dimension normative a des retombées directes sur les conditions de vie des migrants vulnérables au Maroc et cela se manifeste dans plusieurs aspects de leur vie. Avant de poursuivre dans l'examen de cette deuxième dimension socio-contextuelle, il est nécessaire de préciser que les contenus présentés ici expriment le vécu et le point de vue des migrants rencontrés lors de ce travail d'enquête.

La situation administrative irrégulière est un délit passible de poursuites pénales et cela, d'après l'ensemble de l'échantillon, les contraint à vivre dans la peur d'être sanctionnés, séquestrés, reconduits à la frontière ou expulsés du pays. Le sentiment d'insécurité est dû, en outre, aux tensions qui surviennent parfois entre les migrants et les forces de sécurité ou des bandes criminelles et des trafiquants. Les migrants interviewés, hommes et femmes, mineurs et majeurs confondus, déplorent l'existence de formes de discrimination sociale et de xénophobie parmi la population vis-à-vis des ressortissants subsahariens et ils affirment avoir été spectateurs ou victimes directes d'injures et d'agressions en particulier de la part des jeunes hommes marocains. Ils ne demandent aucune protection judiciaire par manque de confiance dans les autorités marocaines, par crainte d'être refoulés ou parce qu'ils pensent que, à cause de leur situation administrative irrégulière, ils ne sont pas protégés par l'Etat ni les agresseurs persécutés. « Nous avons peur quand nous sommes dans la rue, nous ne sortons même pas le portable de la poche. Nous n'avons personne à qui parler, avec qui se plaindre » synthétise un jeune homme guinéen de 30 ans.

Les conditions de vie de ces migrants vulnérables contribuent à les exposer davantage à l'insécurité et aux risques d'exploitation. D'après la loi 02-03, par exemple, ils ne peuvent ni louer un appartement ni travailler. Ils s'offrent alors comme main d'œuvre ponctuelle et au noir aux employeurs marocains. Dans les grandes villes, par exemple, le matin, ils se regroupent sur la « place Chad » pour des « petits travaux » principalement dans la maçonnerie (« place Chad » est une expression très répandue parmi la population migrante et désigne les lieux où les migrants se regroupent pour offrir leur main d'œuvre à la journée et au noir à des employeurs qui les recrutent directement sur place). Les migrants irréguliers sont mal payés et dû au manque de régularité dans l'emploi, ils peuvent rester des mois sans emploi. Pour survivre, un certain nombre d'entre eux a recours à la mendicité et, notamment les femmes, à la prostitution et au sexe de survie. Un très faible pourcentage est maintenu par les familles qui envoient de l'argent du pays. En général, ils font recours aux aides fournies par des associations.

Ces informations, comme déjà mentionné plus haut, ressortent des entretiens effectués dans le cadre de cette recherche et font référence à un groupe cible de migrants vulnérables concentré dans le nord du pays. Selon le rapport de mission du GADEM, dans le sud du Maroc la situation est assez différente. Depuis les entretiens que l'association a menés auprès de migrants mauritaniens et sénégalais – représentatifs de la population étrangère de Laâyoune, Dakhla et Boujdour – la plupart des ressortissants étrangers travaille et réside régulièrement dans la région depuis longtemps. Le profil même de ces migrants met en évidence la disparité avec la réalité quotidienne vécue par ceux qui se trouvent près de la frontière dans le nord du pays ou dans d'autres villes du Maroc (« Situation des migrants dans le Sud du Maroc », 2014).

Dans les villes du nord du pays, par exemple, les migrants irréguliers occupent abusivement ou ils louent des chambres et des appartements à des marocains où ils dorment par dizaines pour réduire au maximum les coûts de location par personne ou bien ils trouvent dans la ville des abris de fortune dépourvus d'eau potable et de toutes mesures d'hygiène (dans la rue, dans les cimetières, sur les dalles des maisons, derrière les mosquées) ou encore dans les forêts. Il se peut aussi qu'ils fassent des aller-retours entre la ville à la forêt : avec l'argent économisé en ville, ils s'achètent de la nourriture pour passer des périodes dans la forêt et répéter les « tentements » de franchissement des barrages (« tentement » est à nouveau un terme employé par les migrants, francophones et anglophones, pour indiquer les essais de franchissement des « grillages » de Ceuta et Melilla, « c'est un terme local » comme l'a expliqué un jeune sénégalais lors de l'entretien). Les tentatives d'entrer à Ceuta et Melilla par voie terrestre ou de traverser la Méditerranée par voie maritime peuvent être très nombreuses et ils essayent souvent les deux voies.

A cause du coût élevé, le recours aux trafiquants pour passer la Méditerranée est peu pratiqué par rapport aux tentatives autonomes. Les migrants font de plus en plus appel à des moyens de fortune comme les canots pneumatiques nommés « Zodiac » selon la marque de fabrication ou ils attaquent les barrages de barbelais de Ceuta et Melilla mains nues. Les traversées du détroit de Gibraltar comme les assauts des barrages sont quasi toujours collectifs.

*« Les gens qui sont déjà en Europe nous ont dit comment on y arrive : il y a la mer qui est un coup de chance, les grillages qui sont un coup de chance et la voiture qui est un coup de chance. Les grillages c'est la tom-bola, mais c'est gratuit, on doit seulement avoir de quoi manger pendant qu'on est dans la forêt, la mer ça coûte un peu - on cotise 50€ pour acheter le 'zodiac' [canot pneumatique], les rames et quand on y arrive les gilets - et la voiture. On peut se cacher dans une voiture ou dans un camion, mais ça coûte cher, 3000-4000€ c'est beaucoup d'argent. Si j'avais cette somme je ne serais même pas parti pour l'Europe, je serais resté chez moi, sans ambition » (guinéen, 29 ans).*

Les difficultés rencontrées pour accéder à l'emploi et aux services de base, mettent ces migrants irréguliers dans une condition de précarité qui peut parfois mener à l'exploitation et à la traite. Les réseaux de trafic et ceux de la traite à des fins d'exploitation sexuelle et de travail sont deux phénomènes qui cohabitent et se développent amplement autour des frontières nord et dans les villes comme Oujda. « La vulnérabilité économique et psychologique des femmes et des hommes migrants sert à nourrir les réseaux, soit des victimes (femmes), soit des trafiquants (hommes) » (Ministère de la Justice et des Libertés et ONU Femmes, 2015).

### (c) Dimension individuelle, familiale et groupale

La population de migrants vulnérables au Maroc se compose principalement de personnes en situation administrative irrégulière provenant d'Afrique de l'Ouest, soit personnes qui ont quitté leurs pays pour des raisons économiques ou bien qui ont été recrutées et exploitées par les réseaux de la traite des êtres humains ou encore en quête d'asile. Certains facteurs de vulnérabilité peuvent donc préexister avant leur arrivée au Maroc ou bien s'être installés pendant le voyage, source de multiples incidents et dangers. Il peut ainsi être difficile de saisir si la détresse des migrants est la continuité pathologique à des réactions d'événements du passé ou si elle est la conséquence d'expériences stressantes du présent.

En général, comme indiqué aussi dans le rapport de Médecins Sans Frontières (MSF, 2013), l'écart entre les attentes et la situation de dénuement vécue au Maroc – sujet à normes politiques et relations sociales violentes et marginalisantes, à conditions de vie dégradantes et aux périls du passage des frontières – alimente des sentiments d'échec, de désespoir et de culpabilité vis-à-vis de soi-même et des familles qui ont financé le voyage ou qui reposent leurs attentes sur le migrant. De plus, le statut irrégulier et le fait d'être exposés à des tensions avec les autorités et la population locale entraîne les migrants à vivre dans un état constant d'alerte duquel ils n'arrivent pas à s'affranchir pendant tout leur séjour au Maroc.

Le même constat est observé chez ceux qui sont arrivés au Maroc pour y chercher une vie meilleure sans l'ambition de « gagner » l'Europe et, ne parvenant pas à trouver un travail, se retrouvent vite sans moyens pour subvenir à leurs besoins, pour poursuivre le voyage vers d'autres pays ou encore pour rentrer chez eux. Les forces mobilisées dans la migration restent ainsi bloquées dans une attente indéfinie et dans l'incertitude de l'avenir et au fur et à mesure que le séjour au Maroc se prolonge, l'anxiété, la confusion et le sentiment d'abandon s'installent chez le migrant. Le cumul de ces émotions peut déclencher des symptômes de dépression, troubles anxieux, tendances psychosomatiques jusqu'aux décompensations psychiatriques.

« Les mineurs vivent une grande solitude, ils sont bloqués dans le présent, sans aucune projection. Problèmes identitaires, soucis de l'avenir, un fort pessimisme se traduisent en maladies somatiques, migraines, insomnies, cauchemars, manque de concentration... » explique la psychologue de la Fondation Orient-Occident. « On observe surtout des réactions de mutisme et sidération chez les femmes et les enfants, tandis que les hommes présentent le plus souvent des symptômes de dépression : perte d'appétit, troubles du sommeil, fatigue, tristesse intense, incapacité à penser à l'avenir, isolement et manque d'intérêt, idées négatives et pensées suicidaires » ajoute la psychologue de MdM à Oujda et précise : « Les patients psychotiques référés à l'hôpital, n'ont pas su faire face à des événements traumatiques majeurs lors du voyage, dans la forêt ou pendant les tentatives de passage en Espagne ou encore à cause d'une consommation excessive de cannabis ou d'alcool ». Le directeur du Laboratoire de Neurologie Clinique et de Santé Psychiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd de Casablanca constate que les décompensations psychiatriques plus fréquentes répertoriées chez ses patients migrants sont les troubles de l'humeur associés au diagnostic bipolaire, le stress aigu et l'angoisse, et les psychoses.

Les professionnels rencontrés dans le cadre de cette enquête remarquent aussi des récurrences dans le déclenchement des symptômes. Le directeur du service psychiatrique du CHU de Casablanca, par exemple, affirme que les ressortissants subsahariens qu'il reçoit aux urgences de l'hôpital, arrivent directement de l'aéroport escortés par les autorités policières parce que le vol a déclenché chez eux des troubles majeurs. Plusieurs psychologues et le personnel de l'OIM en charge des retours volontaires et de la réintégration au pays d'origine, attestent que l'expérience de la route migratoire ou de la forêt perturbe un grand nombre de migrants. Ils observent aussi que les patients enregistrés auprès de leurs services augmentent dans le passage d'une saison à l'autre.

Toutefois, selon les indications informelles fournies par les services psychiatriques et des associations dans le cadre de cette étude (ils n'existent pas de statistiques officielles) seulement un faible pourcentage de la population nécessite de l'hospitalisation psychiatrique. La plupart des migrants vulnérables arrive à conserver son intégrité psychique et à répondre au stress migratoire par des réactions psychologiques normales. Dans leurs récits, les migrants rencontrés insistent sur l'expérience de la souffrance – terme qui revient continuellement dans la description du voyage et de la vie au Maroc – qui se décline par des corps affaiblis par l'insuffisance de nourriture, des pensées récurrentes, des maux de tête, des troubles du sommeil, une grande fatigue et un épuisement. Les femmes parlent aussi de pleurs fréquents.

« Je ne connaissais pas la souffrance, pas cette souffrance-là. Et je me sens faible, je suis plus faible qu'avant, parce que je n'ai plus d'espoir. Personne ne m'a aidé. Je suis en vie, mais j'ai besoin de me reposer. Je suis fatigué » (guinéen de 28 ans) ; « Depuis que je suis au Maroc je ne suis pas bien. Je ne dors pas, même si j'en ai envie, je ne dors pas. Je ne mange pas non plus. Et je pense à ma vie, à ma famille. Je suis malade dans le moral, c'est la maladie de la vie. J'ai des boutons sur mon corps, cela ce n'est pas de la santé, ce n'est pas normal. Le moral est faible, le corps est faible » (guinéen, 29 ans) ; « Je ne dors pas la nuit, trop de soucis, je ne fais que penser à comment travailler le lendemain et si je peux garder mon travail et qu'est-ce que je vais manger, comment je vais payer mon loyer, comment je vais arriver à franchir la frontière » (guinéen, 17 ans).

Le tableau suivant synthétise les facteurs de stress (ou stressor) et les réactions de stress plus fréquemment retrouvés dans les témoignages du groupe cible :



Niveau/Réaction	Blessure
Impossibilité d'atteindre l'Europe	Troubles de sommeil
Insécurité	Pensées récurrentes, « soucis »
Manque de moyens pour subvenir aux besoins élémentaires (par exemple nourriture et hygiène personnelle)	Maux de tête
Manque d'emploi	Affaiblissement physique
Manque de logement adéquat	Fatigue
Difficulté à accéder aux services de base	Épuisement
Manque de moyens pour soulager la famille au pays et subvenir à leurs besoins	Tristesse
Avoir été témoin survivant à une noyade	Anxiété
Avoir été témoin survivant à une noyade	Peur
Crainte de ne pas pouvoir rentrer au pays	Sentiments d'échec et de déception
	Solitude, isolement, retrait
	Nostalgie
	Pleurs
	Manque de projection dans l'avenir
	Manque de confiance envers les autres
	Manque d'appétit
	Symptômes psychosomatiques liés notamment au peu
	Sous-estime de soi
	Difficulté à prendre des décisions
	Tension

Une série d'événements stressants blessent généralement la personne qui souffre et manifeste des réactions psychologiques légères, modérées et/ou sévères. Ceci implique chez le migrant l'activation d'une résilience (stratégies d'adaptation et de transformation qui empêchent des suites traumatiques) et même la promotion d'un développement actif dans l'adversité (stratégies qui renforcent les individus et prévoient des marges de croissance dans la crise et la souffrance). C'est grâce à ces mécanismes - la résilience et le développement activé dans l'adversité - que les migrants qui ont été exposés à des facteurs de stress peuvent arriver à faire face aux difficultés et donner vie à des stratégies de révision et de renouvellement de certains aspects de leur personne.

A la question posée aux interviewés s'ils se considèrent « vulnérables, faibles ou fragiles » deux migrants seulement ont répondu par l'affirmative, dont un jeune sénégalais de 29 ans qui a spécifié : « *Dès qu'il sort de chez lui, le migrant devient vulnérable, mais un migrant régulier n'est pas vulnérable* ». Les autres interviewés ont dit avec conviction que le migrant est une personne solide en mesure de faire face à la douleur. « *Un migrant est une personne forte parce que faire la migration n'est pas facile, on ne connaît personne, personne ne nous connaît et le voyage n'est pas facile, sur la route il y a beaucoup de souffrance. Moi je suis devenu plus fort, beaucoup plus fort. Qu'est-ce que j'ai appris ? La vie* » (sénégalais, 30 ans) ; « *Je suis un lion, comme on dit chez nous* » (camerounais, 21 ans).

Les relations que les migrants entretiennent entre eux, jouent un rôle essentiel dans le déploiement de la résilience et du développement activé dans les adversités. Les migrants concentrent leurs énergies dans le rêve compulsif de l'Europe et l'espoir d'une vie meilleure et le partage de ce projet avec les autres membres de la communauté, les encourage à faire face à la peur et à s'investir dans le présent. Mobiliser un réseau de pairs et échanger sur la situation commune, partager une vie en groupe – la nourriture, le lit et les tentatives – sont parmi les principales stratégies de coping mises en acte.

En ville et dans la forêt les migrants, hommes et femmes confondus, se rassemblent généralement par nationalité ou par appartenance linguistique. Le migrant le plus expérimenté, présent depuis plus longtemps au Maroc, se met à la tête du groupe. Les témoignages sur les rapports entre membres de la communauté sont partagés entre ceux qui parlent d'une profonde solidarité, de fraternité et entraide, et ceux, plus nombreux, qui disent que la loi qui règne est celle du « *chacun pour soi* ». Ils sont toutefois soudés au rêve commun, à l'« *ambition* » de l'Europe dont ils parlent sans cesse. Entre eux, ils discutent sur les façons de franchir les frontières, sur la vie menée par des compatriotes en Europe ou sur celle qu'eux-mêmes pourraient avoir là-bas. L'imaginaire collectif autour du bien-être occidental est autant vague que l'adhésion à ce projet qui les pousse à réitérer leurs essais au point de préférer « *la mort plutôt que de rentrer au pays* » : « *Quand je tentais la mer ou les grillages je me disais : 'Réussir ou mourir'* », « *Jamais je ne rentrerai les mains vides* », « *Il y en a qui ont réussi, si Dieu le veut, je réussirai aussi* », « *Entrer ou mourir : c'est ça qu'on se dit* ».

Ces discours sont d'autant plus puissants et irréfléchis parmi les adolescents pour lesquels la décision de « *prendre la route* » semble être motivée aussi par le désir de dépasser ses propres limites, de défier les risques du voyage et de la mort. « *L'aventure* », comme ils appellent le voyage migratoire, correspond à une sorte de parcours initiatique qui définit, pour ces jeunes, l'appartenance à un groupe et à un destin commun et qui leur permet de s'identifier dans la figure mythique du migrant guerrier et victorieux. L'imaginaire collectif de ces adolescents est nourri, d'un côté, du fantasme de l'Europe, de la détermination à s'affranchir de la famille et à l'aider économiquement et, de l'autre côté, de l'attrait de passer la preuve initiatique de la migration. Ces deux facteurs les poussent souvent à prendre la route seuls ou par petits groupes et sans en discuter au préalable avec leurs familles. Par crainte que leurs parents les en empêchent, ils les appellent généralement une fois arrivés en Algérie et les informent avoir quitté le pays pour tenter d'entrer en Europe depuis le Maroc.

« *J'ai étudié la carte de l'Afrique et l'Espagne n'est pas loin. Mes amis m'ont dit : 'C'est dangereux' mais je pensais que c'était une blague. J'avais envie de rentrer en Europe. En Europe il y a la paix* » (ivoirien, 16 ans) ; « *J'ai décidé seul de partir. C'était samedi, je suis sorti de la maison et j'ai appelé ma famille quand j'étais en Algérie. Je ne leur ai pas dit avant parce qu'ils m'auraient empêché d'aller. Je leur ai fait part de ma volonté d'aller au Maroc pour tenter l'Europe depuis là* » (guinéen, 16 ans).

Les contacts entretenus par les migrants avec les compatriotes ou des parents déjà en Europe, à l'origine facteur d'attraction (pull factor) à la migration, peuvent devenir un mécanisme de résilience qui soutiennent le migrant (de ce point de vue, les réseaux sociaux jouent un rôle décisif dans l'échange d'informations et les contacts entre candidats à la migration et émigrés). Egalement, le désir d'améliorer les conditions de vie de la famille (push factor) – pour les mères garantir un bon avenir à leurs enfants – devient au Maroc une stratégie de coping qui les anime et les aide à résister aux difficultés du présent.

Les réseaux sociaux jouent un rôle central dans cette « *culture de la migration* » et dans l'idéalisation du bien-être européen. A travers des connexions familiales et amicales étendues, les membres de la diaspora encouragent le voyage de ces candidats à la migration. « *J'ai des amis qui sont rentrés en Espagne. Je l'ai vu sur Facebook* » (camerounais, 23 ans) ; « *On a des fausses informations qui arrivent au pays, on nous dit qu'une fois qu'on arrive au Maroc on passe automatiquement en Espagne et de l'Europe aussi ils nous font croire que tout est bien. Ils ne nous disent pas la vérité dans les réseaux sociaux* » (sénégalais, 29 ans). La décision de migrer est donc à la fois un choix libre et obligatoire, motivée tant bien par les désirs de réalisation personnelle que par la convergence d'une série de facteurs sociaux, économiques et politiques interconnectés entre eux.

La prière est une autre forme très répandue de coping. Musulmans, catholiques, pentecôtistes ou animiste, les interviewés affirment prier beaucoup, de lire les livres sacrés et de remettre à la volonté de Dieu tout échec et souffrance. Des lieux informels de prière se sont formés parmi la communauté migrante et des ministres animistes et de différents cultes religieux sont présents en migration. Les migrants prient pour rester en bonne santé et pour réussir leur rêve. Le besoin de faire le deuil de proches ayant trouvé la mort pendant le voyage ou en mer est aussi motif de prière<sup>9</sup> ainsi que la possibilité de rentrer au pays.

Pour ceux qui décident de rentrer dans leur pays d'origine, le ressenti d'amertume et de déception est particulièrement vif mais il cohabite avec l'apaisement de pouvoir retrouver leurs familles et d'être en sécurité. « *Je suis parti à mains vides et je rentre mains vides. Je suis très déçu de rentrer comme ça. Je suis resté cinq ans au Maroc et je n'ai pas pu aider ma famille. J'ai perdu mon temps ici (...) Le temps est en train de partir comme ça et de me laisser, c'est pour cela que j'ai décidé de rentrer. Et une fois que je rentre au pays je ne sortirais plus* » (guinéen, 23 ans) ; « *Je vais rentrer sain et sauf, c'est que je vais dire à mes enfants : 'Votre papa est ici sain et sauf'* » (sénégalais, 49 ans) ; « *J'ai appelé ma famille et ils m'ont dit de rentrer. Je suis l'aîné, c'était à moi, ma famille me soutenait. Je rentre sans rien. Je suis content de rentrer, je n'avais pas de choix* » (guinéen, 22 ans).

<sup>9</sup> Les témoignages, par exemple, attestent de pratiques vodou, maraboutique ou d'envoûtement qui confirment la présence de guérisseurs traditionnels en migrations et de rituels réalisés collectivement. Selon l'étude du Ministère de la Justice et des Libertés et d'ONU Femmes (2015) des rituels vodou sont réalisés pour renforcer l'engagement de la femme dans le réseau qui les exploite (« ce rituel par lequel la femme et sa famille s'engagent à verser l'argent ou s'ils ne le font pas, à être prêts à recevoir la punition des forces spirituelles, agit comme un moyen de contrôle des filles, qui empêchera leur sortie du réseau en raison de leur crainte des conséquences [...] Au cours du rituel, la victime est également menacée de punitions corporelles et mentales voire de l'assassinat de sa famille si elle ne travaille pas suffisamment ou s'enfuit avant le paiement de la dette »).

Au moment du retour, la conviction persiste chez les migrants de ne plus retenter le voyage clandestin et d'envisager d'autres voyages dans des conditions plus sûres ou, dans certains cas, de ne plus sortir du pays <sup>10</sup>. « *Je veux rentrer chez moi et essayer de faire les papiers pour voyager dans les bonnes conditions. Même s'il faut attendre trois ans, je vais attendre, mais je voyagerais dans les bonnes conditions* » (camerounais, 27 ans) ; « *Le temps que j'ai passé à l'aventure, ça m'a aidé à ne plus avoir l'idée de partir comme ça* » (guinéen, 22 ans) ; « *Je ne conseillerais jamais à une personne de prendre la route clandestine. Si je devais repartir, je passerais par la voie légale* » (sénégalais, 29 ans).

D'après les entretiens réalisés auprès des migrants et les professionnels de la société civile, le choix du retour semble être souvent déclenché par un choc (la noyade d'amis ou de proches, une rafle, une agression, la maladie ou le décès d'un parent au pays), comme ils le témoignent les récits suivants d'une nigérienne de 32 ans et d'un guinéen de 29 ans : « *Je suis arrivée en 2010. Mon mari m'avait dit qu'on serait allé en Europe. J'ai pris mes choses et mon enfant et on est partis. Je n'étais au courant de rien, c'est lui qui connaissait nos plans. On est allés à Tanger, il a payé pour le bateau 'zodiac'. On était nombreux, les vagues nous ont renversés, mon mari et mon fils sont morts, les secours sont arrivés et ils m'ont pris. Mon mari et mon fils se sont noyés, mon fils avait deux ans, il s'appelait P. C'est grâce à Dieu, si je suis vivante. Mais je veux rentrer chez moi. Ma famille m'attend, ils sont au courant de ce qui s'est passé, mais ils n'ont pas l'argent pour me payer le voyage. Je veux rentrer. Je dors à l'Eglise pentecostale, je mendie pour chercher l'argent pour manger (...) C'est Dieu si je suis en vie, si je garde l'espoir, la force. Quand je rentre je reprendrais le travail de couture que je faisais avant. Je dirais à ceux qui veulent partir en Europe de ne pas le faire, il y a trop de risques. J'ai perdu mon mari et mon fils dans la mer. Dieu a voulu prendre mon fils et mon enfant, il a voulu que je survive.* » (nigérienne, 32 ans).

« *J'ai eu un accident le 2 août à B. Les trafiquants nous ont chargé et on est partis, on a fait deux cents mètres et on a été renversés par les vagues. Personne ne peut rien contre la mer. C'est Dieu... Ce n'est pas facile d'expliquer, c'est les larmes qui vont couler... J'ai perdu des gens chers là... Trois personnes s'en sont sortis, on était treize. A neuf heures on nous a embarqué, direction Ceuta. C'est un parcours très long et le temps n'était pas bon, mais ils nous ont chargé quand même. Il n'y avait pas de gilet, aucun sauvetage, rien. Je sais nager, mais c'est le destin, parce qu'il y en avait d'autres qui savaient nager... On était nombreux dedans... Un des deux trafiquants marocains je l'ai vu se noyer de mes propres yeux, l'autre je ne sais pas. Ensuite la marine est arrivée... On était dans les mains de Dieu. Personne ne sait ce qu'il va arriver. Je remercie le bon Dieu si je suis en vie. J'ai perdu des personnes qui étaient chères, il y avait le fils de ma sœur et un de mes petits frères. On était dans le même lit en Guinée, on était dans le même avion, on est restés dans le même lit au Maroc et je suis le seul qui a survécu. Ce n'est pas facile... Je n'ai plus rien... Ça s'est passé le 2 août 2015. Je n'oublierais jamais ce jour-là, jusqu'à la mort. Ce sont les vagues qui ont renversé le bateau. Mes parents me disaient de ne pas aller dans le bateau... Simplement c'est l'ambition de l'Europe qui nous a tué (...) Je vais faire des sacrifices pour que le bon Dieu les accueille dans le paradis. La mer ce n'est pas pour l'humain. Jamais je ne reviendrais ici, jamais. Si je rentre chez moi, même s'il n'y a pas d'opportunités, je vais essayer avec le taxi-moto, les petits commerces, mais jamais je ne referais l'aventure. Je remercie le bon Dieu si je rentre chez moi, je vais me rattraper de tout, moralement, physiquement, de tout. J'ai tenté, tenté, tenté, d'aller en Europe, mais il ne faut pas avoir cette ambition. C'est l'ambition que j'avais depuis que j'ai quitté mon pays, c'est une ambition qui tue. J'ai vécu des circonstances que même à ma propre famille je ne pourrais pas expliquer. Je vais donner toutes ces circonstances à Dieu et je vais oublier l'aventure de l'Europe et le peu que je vais gagner, je me concentre sur ça. Et je vais faire des prières et des sacrifices pour que Dieu prend mes chers qui sont dans la mer.* » (guinéen, 29 ans).

## 4. Cartographie des interventions psychosociales et de santé mentale

La société civile marocaine contribue depuis de nombreuses années à assister de manière directe les migrants au Maroc et également à rendre cette thématique visible à travers des rapports d'étude de terrain et des actions de plaidoyer. De plus, depuis les années 1990, les associations marocaines ont développé des liens étroits avec le tissu associatif étranger, notamment européen.

<sup>10</sup> Le rapport d'évaluation du programme de retour volontaire et réintégration de l'OIM Maroc (2013-2014) trouve une corrélation entre l'intention de quitter à nouveau le pays, la durée de la période passée au pays après le retour volontaire et le succès du projet de réintégration : les personnes rentrées depuis plus de six mois ont affirmé pour la plupart vouloir essayer d'émigrer à nouveau mais dans des conditions plus sûres, d'autant plus que leurs projets économiques ne marchaient pas bien, alors que seulement un faible pourcentage de ceux qui sont rentrés depuis moins de six mois avait ce plan.



Un nombre significatif d'entre elles ont établi des collaborations stables en termes de partenariat direct ou de subventions venant de l'extérieur. On compte ainsi un certain nombre d'ONGs étrangères qui opèrent sur le territoire dans le domaine des migrations en plus des Organisations Internationales. Enfin, des associations d'immigrants subsahariens se sont constituées récemment et regroupent principalement des ressortissants d'une même nationalité (ces associations n'ont pas de statut légal et leur nombre demeure inconnu).

Dans ce panorama varié, la cartographie présentée ici se concentre sur les organisations menant spécifiquement une intervention d'accompagnement et de prise en charge psychosociale et de santé mentale auprès des migrants vulnérables. En préface, toutefois, il faut mentionner l'absence d'une réponse nationale structurée et coordonnée aux besoins psychosociaux et de santé mentale des migrants vulnérables. Le statut irrégulier de ces migrants entrave parfois, le travail des organisations nationales et internationales qui opèrent avec ce public et rentre en contradiction avec les procédures légales prévues pour les immigrés sans titre de séjour.

## (a) Cadre gouvernemental

En 2014, le MCMREAM a signé dix-sept conventions de partenariat avec des associations œuvrant auprès des immigrés et une convention cadre avec le Croissant Rouge marocain pour la mise en œuvre de deux opérations d'assistance alimentaire, vestimentaire et médicale (campagnes sanitaires). D'après les données communiquées par la Direction des Affaires de la Migration, les deux opérations – menées en 2014 et 2015 et d'une durée respective de deux et six mois – ont atteint un millier de migrants dans la région du nord (qui regroupe Tanger et Tétouan) et dans la région orientale qui regroupe (Guercif, Oujda, Nador) en plus des villes de Casablanca, Fès, Marrakech, Agadir, Laayoune, Dakhla.

Des avancées significatives semblent se dessiner dans le champ des actions du programme de santé, coordonnées conjointement par le Ministère de la Santé et le MCMREAM. Les discussions en cours touchent plusieurs points, listés et commentés ci-dessous :

- L'élargissement du programme de couverture médicale pour les plus démunis (RAMED) aux migrants irréguliers. Bien que selon la loi actuelle le RAMED garantisse une couverture médicale de base à toute population vulnérable, l'inclusion des migrants irréguliers parmi les bénéficiaires reste très discrétionnaire. Cette proposition, qui permettrait aux immigrés en situation irrégulière et à leurs familles de bénéficier des services médico-sanitaires relevant de l'État selon les lois et procédures en vigueur, est actuellement en discussion ;
- L'uniformisation des procédures de prise en charge des immigrés, réguliers et irréguliers, dans les structures d'urgences. Le règlement interne des hôpitaux, en vigueur depuis 2011 et adopté par les différents services du Ministère de la Santé, stipule que les étrangers, quel que soit leur statut, sont admis et soignés au même titre que les citoyens marocain (art.57 du Règlement interne des hôpitaux);
- Les mesures visant à lutter contre les inégalités affectant les migrants dans l'accès aux soins et promouvant leur accompagnement dans un parcours de soin qui résulte particulièrement ardu du point de vue administratif, logistique et linguistique :
  - L'organisation de sessions de sensibilisation et d'information adressées aux migrants et au personnel de santé sur le droit à l'accès au service de santé pour tous ;
  - La désignation de points focaux pour l'information et l'orientation des migrants dans les centres hospitaliers régionaux ;
  - L'intégration de représentants communautaires dans les programmes spéciaux dans le domaine de la santé (sensibilisation, vaccination, dépistage, soins mobiles, santé maternelle et infantile) ;
- La formation du personnel médical – infirmiers et médecins – pour une prise en charge adaptée de la population migrante. En fait, à l'heure actuelle, aucune formation universitaire publique ou privée, qu'il s'agit d'études médicales ou paramédicales, psychologiques, socio-sanitaires ou autres, n'inclut des modules sur la migration dans son parcours de formation. Les études de psychologie, notamment, offrent une double spécialisation, en psychologie du travail ou en psychologie clinique et dans ce dernier cas, les deux années de stage prévues dans le cursus de la formation, doivent être effectuées en hôpital psychiatrique ;

Ces dispositions intéressent tout le système de la santé, dont le tableau ci-dessous regroupe les différents établissements :

Secteur public			Secteur privé	
Réseau de soins de base	Réseau hospitalier	Structures d'appui	A but non lucratif	A but lucratif
Centres de santé urbains (CSU)	Hôpitaux généraux	Centre de diagnostic polyvalent	Hôpitaux et établissements de soins de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, des mutuelles, de l'OCP et de l'ONEE	Hôpitaux et cliniques privées
Centres de santé urbains avec lits (CSUA)	Hôpitaux spécialisés (hôpitaux psychiatriques, hôpitaux de pneumo-physiologie, léprologie etc.)	Centre de référence pour la planification familiale	Cabinets dentaires et laboratoires d'analyse des mutuelles	Cabinets de Radiologie
Centres de santé communaux		Centre de diagnostic spécialisé de la tuberculose		Laboratoires d'analyses médicales
Centres de santé communaux avec module accouchement (CSCA)		Laboratoire d'épidémiologie et d'hygiène du milieu	Hôpitaux et centres de soins des ligues et fondations	Cabinets de consultation médicale
Dispensaires ruraux				Officines de pharmacies/dépôts de médicament

Source : MCMREAM

Le réseau des établissements publics représente la fondation opérationnelle de l'action sanitaire au Maroc et il constitue la première interface entre la population et le système de soins. C'est à travers ces services de base que la stratégie de couverture sanitaire se développe. Elle comprend la promotion de la santé, la prévention et les soins curatifs essentiels. La gratuité des soins est garantie dans le réseau de base et à certains niveaux du réseau hospitalier. Les infrastructures hospitalières sont classées en trois niveaux selon leur champ d'action et les prestations dispensées.

Réseau de soins de base	Réseau hospitalier	A but lucratif
1er niveau	Hôpital local	Présent dans les agglomérations d'au moins 20.000 habitants. Il dispense, en plus d'un service pour les urgences, des disciplines de base: l'obstétrique, la pédiatrie, la médecine générale et la chirurgie générale.
	Centre hospitalier provincial (CHP)	Un CHP est constitué d'un ou plusieurs hôpitaux généraux ou spécialisés. Il dispense, en plus des services de base, des soins et services en traumatologie, orthopédie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, chirurgie maxillo-faciale, stomatologie, gastro-entérologie, cardiologie, néphrologie, psychiatrie et pneumo-phtisiologie.
2ème niveau	Centre hospitalier régional (CHR)	Un CHR dispense, en plus des services disponibles dans les CHP, des prestations dans les spécialités suivantes: urologie, neurochirurgie, le service des brûlés, néphrologie, rhumatologie, neurologie et hématologie.
3ème niveau	Centre hospitalier universitaire (CHU)	Propose toutes les spécialités médicales et des services hautement spécialisés, à vocation universitaire. Il existe 5 CHU au niveau national (Rabat, Casablanca, Marrakech, Fès et Oujda). Deux autres CHU sont prévus à Agadir et Tanger.

Source : MCMREAM

En ce qui concerne plus spécifiquement l'assistance psychiatrique, le CNDH a effectué en 2013 une mission d'investigation dans les établissements et les services chargés de la prévention et du traitement des maladies mentales afin d'émettre son avis sur « la protection, le respect et la promotion des droits de l'homme et des libertés individuelles et collectives dans le cadre de la santé mentale ». Le rapport qui a été publié par la suite signale une distribution inégale des trente infrastructures spécialisées dans le traitement des maladies mentales et psychiques présentes actuellement dans le pays, concentrées principalement sur l'axe Casablanca-Rabat et disposant en moyenne d'une capacité litière de six lits pour cent mille habitants. Le document soulève aussi le problème de l'inadéquation de ces structures en termes d'équipement, une pénurie de personnel médical et paramédical et une insuffisance de programmes de formation de base et de formation continue, ce qui explique aussi la carence de profils spécialisés. Le manque de financements appropriés affecte le système de soin au point que la présence de membres de la famille est nécessaire dans l'assistance du patient.

Type de structure	Nombre	Capacité litière
Centres psychiatriques universitaires	5	744
Hôpitaux régionaux spécialisés en psychiatrie	5	675
Services de psychiatrie intégrés dans les hôpitaux généraux	20	696
	30	2115

Source : Ministère de la Santé

En 2012, le Ministère de la Santé a annoncé vouloir élever la santé mentale au rang de ses priorités et, dans le cadre du plan d'action nationale 2013-2016, de souhaiter engager des mesures afin de remédier à l'insuffisance de ressources financières, à la capacité réduite d'hébergement des hôpitaux psychiatriques et au manque de personnel spécialisé. Selon ce qui a été communiqué dans le cadre de l'étude par le Service de Santé mentale et maladies dégénératives du Ministère de la Santé, une des mesures qui seront mises en place pour intégrer la santé mentale dans les soins de santé primaires et pour accroître la couverture psychiatrique dans le pays est la formation de médecins généralistes à la prise en charge de certaines pathologies psychiatriques.

A l'heure actuelle, le système psychiatrique est inadapté autant pour les marocains que pour les ressortissants étrangers qui y accèdent seulement en cas d'urgence ou si référés par les associations. Les immigrants vulnérables manquent de moyens financiers pour payer les consultations, les traitements pharmacologiques et l'hospitalisation ainsi que d'accompagnateur qui puisse les assister. Si on ajoute à cela, certaines résistances culturelles aux soins psychiatriques, les obstacles linguistiques, les difficultés pour se rendre et s'orienter dans le système hospitalier, la crainte d'être dénoncés du fait de leur statut irrégulier, la présence d'immigrés dans les services de santé mentale reste exiguë.

Le Directeur du Laboratoire de neurologie clinique et de santé psychiatrique du Centre hospitalier universitaire Ibn Rochd de Casablanca, lors de l'entretien, a mis en évidence trois axes d'amélioration carences principales dans le système psychiatrique marocain vis-à-vis du public migrant : la définition d'une procédure standardisée dans la prise en charge des immigrants commune à tous les services psychiatriques du Royaume ; des mécanismes travail en réseau entre les services psychiatriques et entre services psychiatriques et établissements socio-sanitaires afin d'assurer un suivi du patient après son hospitalisation et une prise en charge globale de ses besoins ; la mise en place d'une formation spécialisée du personnel médical et paramédical dans la prise en charge de ce public. L'équipe du CHU de Casablanca accorde une certaine souplesse administrative au patient migrant et contacte l'ambassade ou le consulat de son pays s'ils ne disposent pas de renseignement sur sa famille. « Sinon, le patient migrant est traité comme n'importe quel autre patient » affirme le Directeur. « Cependant le stress migratoire a des particularités spécifiques dues au déracinement du pays et de la culture d'origine qui ont un impact psychologique et émotionnel particulier. »

Dans le but de l'étude, il faut mentionner aussi un autre réseau public, de nature sociale cette fois-ci, régi par l'Entraide Nationale. L'Entraide Nationale est un établissement public placé sous la tutelle du Ministère de la Solidarité de la Femme de la Famille et du Développement Social ayant pour mission « d'apporter toute forme d'aide et d'assistance aux populations et de concourir à la promotion familiale et sociale » ([www.entraide.ma](http://www.entraide.ma)). Les fonctions principales de l'Entraide Nationale comprennent l'analyse et l'orientation vers l'opportunité de la création de toute œuvre publique à caractère social ou charitable ainsi que sur les mesures générales ou particulières intéressant la solidarité, l'entraide et la participation à la création d'institutions destinées à faciliter l'accès au travail et à l'intégration.

Le programme d'Établissements de Protection Sociale de l'Entraide Nationale se compose de centres adressés aux personnes âgées, en situation difficile et handicapées. Ces établissements proposent plusieurs services : écoute, conseil et orientation ; alphabétisation, renforcement des capacités scolaires et formation professionnelle ; éducation et sensibilisation ; mise à disposition de locaux et moyens logistiques au tissu associatif local pour l'appui scolaire, la formation qualifiante, l'aide à l'insertion et la micro-finance solidaire. En synthèse, le tableau suivant montre, les trois principaux axes d'intervention de l'Entraide Nationale.

Insertion sociale	Assistance sociale	Animation sociale
Jardin d'Enfants Espace Alphabétisation EPS d'appui à la scolarisation Centres Formation Professionnelle Centres d'Education et Formation	EPS pour personnes handicapées EPS pour personnes en situation difficile Coopératives et associations des handicapés Centres pour personnes handicapées Centres multifonctionnels	Ecoute et orientation Animation sociale

Source : Entraide Nationale



Les structures de l'Entraide Nationale sont sollicitées par les associations de la société civile œuvrant auprès des migrants qui orientent leur public vers les cours d'alphabétisation et de formation professionnelle de l'Entraide Nationale ou bien organisent des permanences dans leurs locaux. « *L'action de la société civile ne doit pas être en contraste avec celle de l'Etat* » soutient la Chef d'opération et plaidoyer de MdM : « *Il faut impliquer, responsabiliser les structures étatiques à la problématique des migrants vulnérables et c'est dans ce but, par exemple, que MdM a choisi de décentraliser son intervention dans les centres de l'Entraide Nationale (visites médicales ou ateliers de sensibilisation et informations). Toujours dans le souci de favoriser la coopération entre le public et la société civile, une assistante sociale rémunérée par MdM travaille à la cellule des victimes de violence de l'hôpital de Oujda et on insiste pour en insérer une aussi à la cellule de l'hôpital de Rabat* ».

## (b) Société civile

Au Maroc, une série d'organisations, formelles et informelles, d'intervenant auprès des migrants vulnérables peuvent être recensées. Elles opèrent dans différents secteurs tels que l'assistance juridique, la distribution alimentaire, l'hébergement etc., toutefois, cinq associations se distinguent par leur travail spécifiquement psychosocial et de santé mentale. Comme indiqué plus haut, par travail psychosocial et de santé mentale on entend l'action qui considère en même temps les effets psychologiques et sociaux de la migration sur la personne et vise au renforcement des capacités d'adaptation et d'intégration, à l'état de bien-être du migrant au sens large.

Ces cinq associations sont l'ALCS (Association de Lutte Contre le Sida), Caritas Maroc, la Délégation des migrations, Médecins du Monde (MdM) Belgique-Mission Maroc et la Fondation Orient-Occident. Il s'agit de structures diverses par statut, mission, taille, répartition géographique et population cible (quelques-unes visent spécifiquement les migrants, d'autres les incluent dans un groupe cible de bénéficiaires plus large). Elles sont des organisations à caractère social et/ou sanitaire qui ont intégré dans leur intervention le volet psychologique.

Une psychologue – une femme dans toutes ces structures – suit en consultation individuelle les migrants ayant manifesté des symptômes psychologiques ou psychiatriques. Parmi elles, la psychologue de l'ALCS prend en charge exclusivement les migrants ayant subi des violences sexuelles, selon la mission du projet dans lequel s'inscrit son intervention, et la psychologue de la Fondation Orient-Occident accueille uniquement les demandeurs d'asile du fait de la nature du centre d'accueil qui l'emploie. Les psychologues sont réparties à Rabat (ALCS, Caritas, MdM et la Fondation Orient-Occident), Tanger (Caritas), Nador (Délégation des Migrations) et Oujda (MdM). La psychologue de la Fondation Orient-Occident se déplace à Casablanca ou bien accueille les patients venant de ce centre de la Fondation. Ci-dessous, un descriptif de ces cinq organisations qui met en évidence les caractéristiques principales et les champs d'action spécifiques de chacune :

Première association de lutte contre le VIH et le sida constituée dans la région du Maghreb et du Moyen Orient, l'ALCS contribue activement à la généralisation de l'accès universel aux soins au travers des actions de lobbying locales et internationales.

Présence géographique	Présence nationale avec un réseau de dix-neuf sections et trente-deux centres d'information et de dépistage anonyme et gratuit. Les projets visant spécifiquement les migrants se trouvent à Rabat.
Champs d'intervention	Sensibilisation, information et prévention de l'infection à VIH à travers des actions de proximité auprès des populations clés; dépistages anonymes sur base volontaire et prise en charge psychosociale et médicale des personnes affectées par le VIH et sida et de leur entourage en respectant leur identité culturelle, leur orientation sexuelle, leur style de vie, leur appartenance idéologique ou spirituelle, leur choix thérapeutique ; plaidoyer, défense et lutte contre la stigmatisation des droits des personnes vivant avec le VIH et le sida.
Groupes cibles	Routiers, ouvriers et ouvrières, professionnels du sexe, usagers de drogue injectable, jeunes, migrants.
Intervention spécifique avec la population migrante	Projet de « Prévention de proximité pour les migrants » (PPMIG) qui opère dans les quartiers urbains (surtout au niveau des associations et de foyers de migrants) avec des conseillers communautaires issus des groupes migratoires plus représentés ; Projet « Assistance aux migrants subsahariens survivants à des violences sexuelles » (action mise en place par MSF en reprise par l'ALCS au départ de MSF) ; Coopération au programme AVRR de l'OIM.
Prise en charge psychologique	Dans le cadre du projet « Assistance aux migrants subsahariens survivants à des violences sexuelles », la psychologue reçoit les migrants référés en interne (souvent par le médecin ou l'assistant social de l'ALCS) ou par d'autres associations (les cases de personnes qui se présentent d'elles-mêmes via le bouche-à-oreille entre membres de la communauté sont peu nombreuses). La consultation psychologique travaille la violence sexuelle que le patient a subi en migration, un événement assez récent (qui se situe pour la plupart des cas dans les deux ans précédents) et qui est souvent lié à des grossesses non désirées ou au VIH.

Points forts	<p>Expertise en prévention, assistance et accès aux soins pour des collectifs défavorisés, y compris les migrants victimes de violence sexuelle ;</p> <p>Disponibilité de stratégie fixe et mobile ;</p> <p>Travail de proximité sur le terrain mené avec des représentants communautaires ;</p> <p>Equipes multidisciplinaires pour une prise en charge médicale, psychologique et sociale ;</p> <p>Accompagnement et suivi des migrants auprès des établissements socio-sanitaires ;</p> <p>Travail en réseaux avec d'autres acteurs de la société civile, nationaux et internationaux et les services publics de santé ;</p> <p>Dialogue avec le Ministère de la Santé pour structurer d'avantage l'assistance à migrantes victimes de violence sexuelle.</p>
--------------	--

## Caritas Maroc - Service Accueil Migrants Rabat - [www.dioceserabat.org](http://www.dioceserabat.org)

<p>Caritas Maroc a été fondée en 1958. En 1983, le Dahir Royal reconnaît à l'Eglise Catholique le droit de posséder cet organisme d'entraide dans les deux diocèses de Tanger et Rabat. Sans distinction de sexe, de race, de religion ou d'ethnie, Caritas Maroc combat la pauvreté, l'intolérance et la discrimination et travaille au développement intégral : aide d'urgence, activité de plaidoyer, édification de la paix, droit de l'homme et gestion de l'environnement.</p>	
Présence géographique	Présence nationale. Les projets visant spécifiquement les migrants se trouvent à Rabat, Casablanca et Tanger.
Champs d'intervention	<p>Une grande partie des engagements de Caritas Maroc se fait à travers l'appui à des associations locales dans des domaines jugés prioritaires tels que le soutien aux personnes marginalisées, l'assistance aux handicapés, l'aide aux femmes vulnérables, les jeunes et les travailleurs du monde rural. Dans le milieu des années '90, avec l'arrivée importante de migrants subsahariens essayant de rejoindre l'Europe, Caritas Maroc s'engage sur cette problématique.</p>
Groupes cibles	Les populations démunies.

### **Intervention spécifique avec la population migrante**

Caritas Maroc dispose de trois centres d'accueil de jour pour migrants : le centre de Tanger (Tanger Accueil Migrants ou TAM) a été créé en 2011, celui de Casablanca pour femmes et enfants (Services Accueil Migrants ou SAM) a ouvert ses portes en 2008 et Rabat en 2005 (Centre Accueil Migrants ou CAM) (un quatrième centre ouvrira à Meknes). Leur mission est d'accompagner et de soutenir les migrants face aux problématiques qu'ils rencontrent au quotidien et pour cela ils proposent des services qui vont de l'aide d'urgence à l'accompagnement social. Le centre de Rabat, de plus longue expérience, propose cinq différents services :

- service d'accueil : l'équipe à l'accueil ouvre les dossiers des nouveaux arrivés, reçoivent les demandes des migrants et les orientent aux différents services ;

- service social : (a) logement (participation ponctuelle ou régulière jusqu'au trois mois des loyers que les migrants trouvent eux-mêmes, à travers la communauté ou par le biais d'associations de migrants ; mise à disposition de chambre d'urgence pour les patients psychiatriques) ; (b) paniers alimentaires ; (c) activités génératrices de revenus pour des projets de réinstallation à moyen ou long terme au Maroc ;

- service de santé : (a) accompagnement aux établissements de santé ; (b) médiation linguistique et culturelle auprès des professionnels ; (c) prise en charge des médicaments et analyses ;

- service éducation : (a) classes informelles préscolaires et de mise à niveau ; (b) orientation aux formations professionnelles ; (c) avec le Croissant Rouge, formations professionnelles pour les femmes ; (d) ateliers hebdomadaires avec les femmes (employée de maison, tricot, coiffure, pâtisserie) pour lutter contre l'isolement et favoriser la socialisation ;

- service psychologique : prise en charge psychologique, accompagnement des cas psychiatriques et médiation entre le patient et le psychiatre.

Caritas coopère aussi au programme d'AVRR de l'OIM.

Sur l'année 2014, 5255 personnes ont été reçues au niveau des trois centres (CAM, SAM et TAM) dont 3785 au CAM de Rabat qui compte une équipe dévouée d'une trentaine de personnes salariées, volontaires et bénévoles confondus.

### Prise en charge psychologique

Le service psychologique du centre de Rabat prend en charge migrants mineurs et adultes orientés par les services internes ou par d'autres structures. Dans certains cas, les migrants se présentent d'eux-mêmes ou sont adressés par la communauté. Dans ses consultations, la psychologue, d'orientation interculturelle, travaille surtout le lien social du patient, le cadre sécurisant, le renforcement narcissique, l'importance de la parole et de l'expression. Elle accorde une importance particulière au système culturel de signification du patient et, quand possible, a un travail personnel d'écriture. La psychologue anime également des ateliers d'art-thérapie pour les femmes et les adolescents migrants et tient des formations au staff sur la vulnérabilité migratoire, la santé mentale, la communication interculturelle.

Le centre de Tanger indemnise une psychologue libérale qui reçoit la population migrante adressée en interne. Elle est régulièrement en contact téléphonique avec la collègue de Rabat.

Dans le centre de Casablanca, une psychothérapeute corporelle intervient occasionnellement proposant des ateliers de danse.

### Points forts

Connaissance globale de la problématique migratoire ;  
Réseaux de plusieurs centres d'accueil aux migrants (Tanger, Rabat, Casablanca) ;  
Offre multi-services (médical, psychologique, social, éducatif et formatif etc.) et équipes multidisciplinaires ;  
Accompagnement et suivi des migrants auprès des établissements socio-sanitaires ;  
Formations internes concernant spécifiquement la problématique migratoire ;  
Travail en coopération avec les chefs de communautés, associations locales, organismes internationaux et structures étatiques ;  
Possibilité d'hébergement pour les cas urgents et psychiatriques.

## La Délégation des Migrations - Diocèse de Tanger

Face au nombre croissant de migrants originaires d'Afrique subsaharienne venant solliciter le secours de l'Église catholique, le diocèse de Tanger a ouvert en 2011 une permanence d'accueil à leur intention à Tanger et depuis mai 2014 à Nador.

<b>Présence géographique</b>	Tanger et Nador
<b>Champs d'intervention</b>	<p>L'association axe son action sur la sensibilisation et le plaidoyer aux droits humains ; la prise en charge psychosociale et médicale des migrants (y compris les suivis de grossesse et les vaccinations aux enfants) ; la protection et l'assistance des mineurs. Elle accueille aussi tout demande d'urgence (couvertures, vêtements, nourriture) et d'aide financière (logement, médicaments, soins, examens).</p>
<b>Groupes cibles</b>	Migrants subsahariens présents à Tanger et à Nador.
<b>Prise en charge psychologique</b>	<p>Une psychologue est présente au sein des deux équipes, de Tanger et de Nador. Les deux structures font un important travail de terrain, notamment à Nador où des activités de détection et de sensibilisation sont organisées directement dans la forêt. Les deux psychologues reçoivent les patients en rendez-vous individuels dans les locaux de la Délégation, réalisent des visites à domicile et la psychologue de Nador se déplace régulièrement dans la forêt. Là-bas, elle anime aussi des sessions de sensibilisation de groupe sur la santé mentale lors des dépistages médicaux effectués par l'équipe sanitaire. Elle travaille également pour la mise en place d'ateliers thérapeutiques de groupe dans la forêt, propose du counseling d'urgence et un suivi des patients dans les centres de santé ou à l'hôpital. Tous les jours, en fait, les agents de proximité conduisent en voiture les migrants en besoin de la forêt vers les établissements publics. L'équipe de la Délégation les accompagne dans leurs soins et leur offre de l'interprétariat linguistique. Les migrants nécessitant d'un soutien psychologique sont repérés par les agents de proximités, par l'équipe sanitaire ou la psychologue même lors des activités de sensibilisation dans la forêt. Le bouche-à-oreille parmi les migrants fait que certains s'adressent à la psychologue d'eux-mêmes.</p>

<b>Points forts</b>	<p>Important travail de terrain et de proximité avec la population migrante ;</p> <p>Intervention directe dans la forêt ;</p> <p>Intervention médicale et psychosociale d'urgence qui prévoit aussi une ligne téléphonique active 24h/24h ;</p> <p>Accompagnement et suivi dans les centres de santé ou à l'hôpital ;</p> <p>Activités de sensibilisation de groupe ;</p> <p>Travail en coopération avec les associations locales, organismes internationaux et structures étatiques.</p>
---------------------	---

## Fondation Orient-Occident - [www.orient-occident.org](http://www.orient-occident.org)

La Fondation Orient-Occident est une association marocaine créée 1994 à but non lucratif et reconnue d'utilité publique dont l'objectif est de venir en aide aux déshérités par le biais de la formation professionnelle pour ainsi favoriser leur intégration.

<b>Présence géographique</b>	Rabat, Oujda, Casablanca, Larache, Safi, Youssoufia, Khouribga et Guelmim. Le projet visant spécifiquement les migrants se trouvent à Rabat, Casablanca et Oujda.
<b>Champs d'intervention</b>	La mission principale de la Fondation Orient-Occident est d'aller à la rencontre des jeunes des quartiers défavorisés par la mise en place de centres socio-éducatifs et de formation professionnelle.
<b>Groupes cibles</b>	Jeunes désavantagés.
<b>Intervention spécifique avec la population migrante</b>	<p>La Fondation Orient-Occident a institué trois centres – à Rabat, Casablanca et Oujda – qui travaillent en étroite collaboration avec l'UNHCR et accueillent demandeurs d'asile et réfugiés. La Fondation leur propose des cours d'alphabétisation, de langues, d'informatique ou encore des ateliers socio-éducatifs et culturels et des formations professionnelles afin de pérenniser les sources de revenus et de favoriser leur vie au Maroc.</p> <p>Parmi les trois centres, celui de Rabat seulement emploie une psychologue qui, selon le besoin, se déplace à Casablanca ou reçoit les patients venant des autres structures de la Fondation. Avec une capacité d'accueil de huit cent personnes, le centre de Rabat emploie douze salariés entre personnel administratif, assistants sociaux et éducateurs.</p>



<p><b>Prise en charge psychologique</b></p>	<p>La psychologue du centre de Rabat accueille les demandeurs d’asile et les réfugiés en situation de détresse qui lui sont référés en interne ou directement par l’UNHCR. Elle analyse leur demande et traite leur souffrance en séance individuelle. S’agissant de demandeurs d’asile, une partie importante du travail est consacrée à contenir l’anxiété liée à leur statut incertain et à leur avenir (pour les cas non urgents, l’attente de la détermination du statut peut varier entre trois et dix-huit mois). Un nombre remarquable de bénéficiaires sont des mineurs non accompagnés avec des problématiques identitaires.</p>
<p><b>Points forts</b></p>	<p>Expérience de travail avec demandeurs d’asile et réfugiés en partenariat avec le UNHCR ;          Visite à domicile pour les victimes de la traite ;          Etroite coopération avec les urgences psychiatriques ;          Hébergement en appartements prioritaires pour quelques cas d’urgence ;          Large offre de formation à demandeurs d’asile et réfugiés pour faciliter leur insertion professionnelle et intégration au Maroc.</p>
<p><b>Médecins du Monde (MdM) - <a href="http://www.medecinsdumonde.org">www.medecinsdumonde.org</a></b></p>	
<p>MdM mène des actions humanitaires sur un grand nombre de zones géographiques (Europe, Asie, Moyen-Orient, Amérique latine, Caraïbes et Afrique) et dans des contextes différents (zone de violences internes, conflit, désert médical, catastrophe naturelle etc.). Son intervention privilégie quatre thématiques abordées à travers l’aide des associations du réseau : migrants et santé, santé reproductive et sexuelle, lutte contre le VIH et réduction des risques, crises et conflits. Au Maroc, MdM est présent depuis 2013.</p>	
<p><b>Présence géographique</b></p>	<p>Rabat et Oujda.</p>
<p><b>Champs d’intervention</b></p>	<p>MdM au Maroc travaille sur la prise en charge médicale et psychosociale des populations défavorisées, y compris les migrants. L’association mène également des actions de prévention, de sensibilisation et de plaidoyer en coopération avec les structures gouvernementales et non-gouvernementales du territoire.</p>

<b>Groupes cibles</b>	Les populations démunies, notamment les migrants réguliers et irréguliers.
<b>Intervention spécifique avec la population migrante</b>	<p>A Rabat, MdM a repris de Terre des Hommes pour le projet « Tamkine » portant sur l'éducation des femmes et enfants migrants à travers l'amélioration d'accès aux services de santé, aux services éducatifs et de justice ainsi que de plaider auprès des autorités concernées. Le projet se compose de plusieurs volets :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Volet social : les agents de terrain et de santé réalisent du soutien social dans certains quartiers désavantagés de la ville en collaboration avec de l'AMSED (Association Marocaine de Solidarité et de Développement, organisation à but non lucratif créée en 1993, dont la mission est de renforcer les capacités des individus et des organisations communautaires pour prendre en charge le développement humain local); orientent vers les autres agents de terrains et les structures publics ; orientent et accompagnent aux formations professionnelles proposées par les centres de l'Entraide Nationale ;</li> <li>- Volet sanitaire : permanences médicales dans les centres de l'Entraide Nationale et au siège de MdM ; complément de médicament quand le système public n'assure pas une prise en charge totale ; conventions avec des pharmacies; prévention au VIH et sida et prise en charge sociale, médicale et psychologiques des personnes atteintes de VIH et sida en coopération avec l'ALCS ;</li> <li>- Volet du plaidoyer en coopération avec la Plateforme des Migrants.</li> </ul> <p>A Oujda, MdM propose une assistance médicale et psychosociale aux migrants des campements, un complément de médicament, l'orientation et l'accompagnement vers les structures publiques. L'association organise également des formations pour le personnel sanitaire de la région avec le soutien du Ministère de la Santé.</p> <p>Les deux antennes disposent chacune d'une dizaine de salariés entre coordinateurs de projet, coordinateurs médias, responsables de santé reproductive, infirmiers, psychologues et assistants sociaux.</p>

<p>Prise en charge psychologique</p>	<p>La psychologue de Oujda prend en charge les personnes qui lui sont référées par l'assistante sociale par le biais de dépistages sur le terrain. Il s'agit surtout de mineurs et victimes de violences et de traite. Elle assure des visites à domicile dans les cas de suspicion de victimes de traite et travaillent en étroite collaboration avec l'assistante sociale de MdM présente à la cellule des victimes de violences de l'hôpital.</p> <p>A Rabat, la psychologue de MdM reçoit les patients sur rendez-vous au siège de l'association. Les bénéficiaires sont principalement des hommes et femmes ayant subis des violences, des victimes de la traite, femmes pratiquant du sexe de survie et LGBT persécutés. Les patients lui sont adressés par les agents de terrain et de santé, les assistants sociaux ou le médecin de l'association. Des ateliers pour les mineurs (sur la personnalité, les droits, confiance en soi, prise de décision, affirmation de soi etc.) et les femmes (maternage, relation mère-enfant) sont proposés dans les centres de santé ou dans les centres d'accueil sociale de l'Entraide Nationale.</p>
<p>Points forts</p>	<p>Expertise dans le domaine de la migration et de la traite ;</p> <p>A Oujda, visite à domicile pour les cas urgents et coopération avec les chefs de communauté ;</p> <p>Offre multi-services (médicale, psychologique, social, éducatif et formatif etc.) et équipes multidisciplinaires ;</p> <p>Travail en coopération avec les associations locales, organismes internationaux et structures étatiques ;</p> <p>Politique d'implication et responsabilisation des structures étatique (par exemple le Ministère de la Santé, le Ministère de la Famille et la Solidarité, l'Entraide National, la Cellule pour les victimes de violences de l'hôpital).</p>

La prise en charge psychologique proposée par ces différentes structures dépend des caractéristiques spécifiques du public (mineurs, demandeurs d'asile, hommes ou femmes ayant subis des violences sexuelles, migrants dans la forêt, sur leur voie du retour etc.), mais aussi des années d'expérience des psychologues dans le domaine de la migration – variable entre quelques mois et plusieurs années – et de leur formation. La moitié a été formée au Maroc, où la spécialité de psychologie clinique a une empreinte strictement psychiatrique et prévoit un stage de deux ans en hôpital psychiatrique, et l'autre moitié en Espagne et en France. Seule la psychologue de Caritas a une spécialité en psychologie interculturelle.

Avec leurs patients, elles mènent des séances individuelles en langue française ou, à l'occurrence, en anglais. Occasionnellement, elles font recours à d'autres bénéficiaires pour la traduction dans la langue d'origine du patient. Lors de la première rencontre, elles expliquent à la personne le fonctionnement de la structure, leur rôle et l'intérêt d'une consultation psychologique, ensuite elles écoutent la demande du migrant en vérifiant aussi la véracité du récit. La psychologue de la Fondation Orient-Occident a remarqué que souvent les demandeurs d'asile se présentent à la séance avec l'espoir que le rapport de la psychologue influence favorablement la décision du UNHCR concernant leur statut de réfugié. Avec les enfants, elles peuvent avoir recours à des outils ludiques ou au dessin. Après chaque rencontre, elles fixent avec le patient des objectifs ou leur proposent des petites consignes et s'accordent sur la date du rendez-vous suivant qui, selon la personne, peut être hebdomadaire ou bimensuel. Certaines d'entre elles clôturent les séances par des exercices de relaxation ou de respiration. Elles se réfèrent mutuellement aux patients, selon le domaine de compétence de chacune et se retrouvent une fois par mois pour une supervision de cas et un échange d'expertise.

D'après les entretiens réalisés, les psychologues rencontrent plusieurs obstacles dans leur pratique professionnelle dues à :

- **Difficultés à atteindre la population migrante et son accompagnement :**

- Les conditions précaires et la mobilité des migrants rendent difficile l'accès et la rencontre des organisations avec ce public et son accompagnement dans le temps. Les psychologues interviewées affirment rencontrer leurs patients, pour la grande majorité des cas, une à deux fois seulement. Les suivis plus longs oscillent autour de trois ou quatre séances. « Même si la prise en charge psychologique est adaptée, il faudrait qu'elle soit très rapide pour répondre à ce genre de public » (psychologue MDM Oujda). « *La mobilité de cette population et leurs besoins matériels urgents font qu'il n'est pas possible de garantir une véritable prise en charge. La thérapie psychologique proposée est plutôt du conseil, de la guidance ou un soutien psychothérapeutique au sens large* » affirme la psychologue de Caritas Rabat. La psychologue de MDM basée à Oujda lui fait écho en parlant d' « écoute, d'un soutien psychologique qui pourrait être également et mieux dispensé par des assistantes sociales ou des éducateurs spécialisés ». « *Seulement les personnes qui trouvent une certaine stabilité de vie respectent les rendez-vous* » observe la psychologue de l'ALCS tandis que celle de la Fondation Orient-Occident remarque que : « *Ceux qui arrivent d'eux-mêmes ou par le bouche-oreille dans la communauté tiennent plus longtemps, mais souvent ils n'ont même pas l'argent le billet de bus et traverser la ville pour présenter au rendez-vous* » ;

- Les communautés migrantes sont de plus en plus sensibilisées à l'approche psychologique, cependant il reste une marge de confusion entre ce qui relève de la psychologie, de la psychiatrie et de la psychanalyse. Les migrants sont en partie méfiants vis-à-vis de l'efficacité de ces interventions et remettent en question la qualité du soin. « *Il y a une mauvaise compréhension du rôle du psychologue* » (psychologue Fondation Orient-Occident) ; « *Les migrants ressentent que le système est défaillant et ils n'y adhèrent pas. Ils trouvent trop flou ce qui est psychologique, notre organisation et nos référentiels internes* » (psychologue MDM Oujda) ; « *On leur explique qu'on ne travaille pas avec les médicaments mais avec la parole mais beaucoup d'eux demandent des médicaments* » (psychologue Délégation des Migrations Nador) ;

- Thérapeutes et guérisseurs traditionnels, marabouts, prêtres vodou, ministres animistes sont présents parmi les migrants et à l'occurrence les personnes y ont recours ;

- Certains migrants ne parlent ni l'arabe ni le français.

- **Difficultés liées à la pratique professionnelle :**

- Les psychologues affirment devoir « jongler » avec plusieurs approches psychologiques car elles ressentent que les outils théoriques et méthodologiques dont elles disposent dans leur pratique professionnelle ne sont pas adaptés à la prise en charge de ce genre de public. « *Le travail avec les migrants met en échec nos références* » (psychologue Fondation Orient-Occident) ; « *La psychologie qu'on apprend à l'Université c'est pour les patients européens. Nos étiquettes n'ont pas de la valeur ici* » (psychologue Délégation des Migrations Nador) ; « *On fait avec tout, des éléments de la psychologie cognitive, comportementale, systémique, interculturelle, analytiques, le DSM IV... C'est au cas par cas* » (psychologue MdM Rabat) ;

- Elles sont confrontées à la frustration de ne pas pouvoir répondre efficacement aux besoins des migrants. La complexité de la demande d'aide et l'ampleur du besoin génèrent un sentiment d'impuissance, de frustration, un manque de confiance en soi et la perception de pas aboutir à des résultats effectifs. Pour prévenir le syndrome de « burnout », certaines d'entre elles recourent à l'aide d'un psychologue externe ;

- Une supervision psychothérapeutique externe est invoquée unanimement. Le fait de se confronter avec un professionnel lui soumettant les cas plus complexes, questions et incertitudes leur permettrait d'évoluer dans leur pratique professionnelle ;

- Elles expriment une demande de formations, d'apprentissage de techniques psychothérapeutiques qui pourraient être efficaces sur des prises en charge de courtes durées ou « du moins soulager un petit peu l'angoisse du patient même dans le cadre d'une seule séance » (psychologue Fondation Orient-Occident).

- **Difficultés liées au système :**

- Les moyens réduits alloués aux associations rendent difficile de répondre efficacement aux besoins de ce public vulnérable. L'intervention psychosociale touche une partie très restreinte de la population y ayant droit et, même auprès de celle-ci, la prise en charge arrive rarement à être globale et continue (le terme même « prise en charge » n'est pas adéquat). « Il faudrait augmenter les associations qui travaillent avec les immigrés ou prévoir une implication concrète des instances étatiques dans le sujet, en insérant par exemple la figure du psychologue dans le circuit public » (psychologue ALCS) ; « Les structures de santé doivent être renforcées et l'offre uniformisée pour garantir une meilleure gouvernance » (psychologue Caritas) ;

- La collaboration avec les services publics s'avère souvent complexe négative et même parfois inefficace à cause de la faible sensibilisation et des connaissances insuffisantes sur la problématique migratoire. « *La société marocaine n'est pas formée aux questions migratoires et l'interaction avec certains acteurs résulte complexe. Dans le cursus universitaire de psychologie, médecine, droit, science de l'éducation etc... les thématiques migratoires et d'interculturalité devaient trouver leur place afin que la société dans son ensemble soit en mesure de faire face à la situation* » (psychologue Caritas) ; « *Il y a un besoin de formation sur les questions migratoires à tous les niveaux. Ce besoin est d'autant plus urgent pour les institutions qui rentrent en contact avec les migrants, les commissariats, les préfectures, les tribunaux, les hôpitaux, les écoles...* » (psychologue MdM Oujda) ;

- Pour les cas plus urgents – mineurs et victimes de la traite – une intervention rapide et coordonnée peut s'avérer fondamentale pour la protection de la personne. Pour cela, il est nécessaire de mettre en place un réseau coopérant et réactif : « *Si l'identification d'une victime de traite n'est pas suivie immédiatement par sa prise en charge, on la perd. Il faut la mettre en sécurité dès qu'elle a été détectée, la déplacer, par exemple, de Oujda à Rabat. Mais s'il faut trois jours pour chercher une place d'hébergement ou un mode, une ligne budgétaire sur laquelle charger son transport, on la perd. Il est nécessaire de renforcer le travail entre partenaires, de créer un réseau fort et améliorer la réactivité de chacun sur l'identification et la gestion des cas les plus vulnérables* » (psychologue MdM Oujda) ; « *La pluridisciplinarité, l'idée que l'un ne peut pas aller sans l'autre, joue un rôle essentiel dans la prise en charge d'un cas vulnérable. Assistant social, psychologue et médecin devrait travailler conjointement, être présents dans toute intervention avec cette population* » (psychologue ALCS).



## 5. Regards croisés sur la migration

Cette étude a prévu la réalisation de trois tables rondes avec une trentaine de jeunes marocains en situation précaire inscrits dans le programme d'appui à la jeunesse et au développement social du bureau de l'OIM à Tanger (programme FORSATY)<sup>11</sup>. L'intérêt de l'action a été d'appréhender l'image de la migration et du migrant vulnérable au Maroc, notamment le migrant subsaharien irrégulier, parmi un public mixte de onze hommes et vingt femmes âgés entre dix-huit et trente ans (vingt et un ans l'âge moyen). Les jeunes, contactés par le biais d'associations de quartier, ont adhéré à l'initiative avec enthousiasme. Ils se sont présentés nombreux et ont participé activement aux groupes de discussion prenant la parole et donnant lieu à des véritables débats. Les entretiens se sont déroulés dans les locaux des associations des quartiers défavorisés de Berkirane et Chifae en présence d'un membre de l'équipe de l'OIM de Tanger qui a assuré la traduction du français au darija. Tout n'étant pas un échantillon statistiquement significatif, les tables rondes ont pu collecter des opinions diverses sur l'immigration au Maroc ainsi que sur l'émigration des marocains à l'étranger.

Le voyage en Europe est un rêve partagé par un grand nombre de jeunes hommes marocains, surtout par les plus jeunes qui sont informés des voies irrégulières pour traverser le détroit de Gibraltar (y compris le Zodiac commun aux migrants subsahariens) et des associations à rejoindre une fois sur place pour trouver de l'aide. Les réseaux sociaux locaux et transnationaux jouent à nouveau un rôle central dans le maintien de cette demande d'émigration et l'exemple des marocains installés à l'étranger nourrit les attentes de ceux qui sont au pays : « Un qui réussit, donne de l'espoir à tous les autres ». Ils conviennent que, à cause de la crise financière, l'Europe n'offre plus les mêmes possibilités qu'il y a quelques années, les départs ont diminué et des émigrés marocains sont de retour. Cependant, ils estiment que les conditions de vie en Occident demeurent toujours plus avantageuses qu'au Maroc. Pour eux, l'Europe est l'état de droit et dans ce système-là, ils ont confiance de pouvoir poursuivre leurs études ou de trouver du travail. Ils disent ainsi que « dans les quartiers, tout le monde pense à partir » ou que « la migration est un projet national » et ils donnent les exemples de membres de la famille ou d'amis en Belgique, en France ou en Espagne.

Le projet migratoire n'est pas partagé par le pourcentage de jeunes hommes inscrits dans un parcours d'études et surtout par les jeunes femmes qui jugent le projet « inconscient » et « dangereux » : « La migration n'est pas une aventure, c'est un suicide », « La migration est dangereuse et la réussite n'est pas sûre », « L'Islam, dans le Coran, dit qu'il ne faut pas se mettre dans des situations de péril ». Elles considèrent l'émigration principalement comme une fuite, un manque d'investissement dans le pays et blâment les pairs qui la choisissent : « Il y a des jeunes qui n'ont même pas commencé leur vie et ils parlent déjà de partir », « Les jeunes sont coincés dans cette pensée et ils ne s'impliquent pas au Maroc. Il faut tenter ici avant de vouloir partir », « C'est à nous, les marocains, de changer notre pays, nous les citoyens, sans attendre un soutien de l'Etat, sans partir. On est là pour ça ». Les jeunes femmes, ainsi que les jeunes hommes les plus âgés, estiment aussi que la vision qui circule de l'Europe est idéalisée et faussée par les récits erronés et mensongers des migrants. Un jeune homme de vingt-cinq ans affirme : « Pour garder l'image qu'ils ont construit d'eux-mêmes et qu'ils veulent nous transmettre, les émigrés ne racontent pas la vérité jusqu'au bout. Au-delà de l'argent qu'ils gagnent et des papiers qu'ils ont obtenus, ils ne nous disent pas leurs vraies conditions de vie ».

Questionnés sur leurs projets pour l'avenir, un grand nombre de participants a manifesté des réactions d'embarras en penchant la tête, baissant les yeux, hésitant à répondre, restant silencieux, certains affichant un sourire. Les problèmes quotidiens – ils ont évoqué en particulier le chômage et le paiement du loyer et des factures – les empêchent de penser à l'avenir. Même ceux qui suivent une formation supérieure ou universitaire ressentent frustration pour leur situation présente et affirment de ne pas avoir de projets ni de souhaits pour le futur. Ils déplorent le faible engagement du gouvernement pour réduire le chômage, la disparité sociale et de ne pas appuyer la jeunesse marocaine. « Ce qu'on réclame c'est l'application de la loi, l'égalité des droits à tout le monde et l'allocation chômage », « S'il y avait plus d'opportunités, il n'y aurait pas meilleur pays que le Maroc ». « C'est à cause de ce manque de perspectives », disent les responsables associatifs, « que les jeunes djihadistes islamiques arrivent à engager leurs recrues dans ces quartiers plus défavorisés ».

<sup>11</sup> Le programme FORSATY (Favorable Opportunities to Reinforce Self-Advancement for Today's Youth Program) financé par l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) et mis en œuvre par l'OIM depuis 2012 a pour objectif d'appuyer les efforts de l'État marocain et de fournir des services aux jeunes en situation difficile. Le Programme vise à faciliter l'inclusion sociale des jeunes en situation de précarité dans trois quartiers de Tanger et deux quartiers de Tétouan, de fournir aux jeunes en conflit avec la loi des services de soutien permettant de faciliter leur réinsertion socioprofessionnelle et renforcer les acteurs de la société civile qui servent les jeunes.

Dans ce contexte de chômage élevé et d'inégalité sociale, les immigrés subsahariens sont considérés comme un problème. La plupart des participants, considèrent que l'Etat s'est suffisamment investi vis-à-vis d'eux avec la régularisation de 2014 et affirment : « Le Maroc n'arrive pas à répondre aux besoins de ses jeunes, comment peut-il répondre à ceux des immigrés ? » « Ils ont été régularisés, ils ont été aidé à s'intégrer. Avec toutes ces aides, ils devraient mieux traiter les marocains. Si les marocains allaient travailler en Afrique, ils ne seraient pas traités de la même manière ». La représentation des subsahariens qui circule parmi cette portion des personnes enquêtées est celle du « mendiant », du « dealer », du « voleur » ou du « criminel » dont la présence mine la sécurité sociale. La méfiance et la peur sont dues notamment à la perception d'un afflux « massif » d'« africains » et à la formation de « clans » : « Les Africains sont à Tanger depuis longtemps, mais depuis peu ils s'organisent en clan et occupent les maisons d'autres personnes », « On ne peut pas leur faire confiance, on loue un petit appartement à l'un d'eux et on en retrouve beaucoup dedans », « Ils ne sont plus une minorité ». Bien que les enquêtés fassent une différence entre subsahariens irréguliers et étudiants, ils appréhendent la présence des deux, les premiers étant dangereux et les deuxièmes des concurrents sur le marché du travail. Un jeune homme de vingt ans propose que l'Etat construise des cités : « Qu'ils restent ou qu'ils rentrent chez eux c'est égal, on s'est habitué à eux, mais le gouvernement devrait bâtir des endroits pour eux loin des Marocains ».

A l'opposé, ces ressortissants sont vus, par une autre partie de participants, comme des personnes qui fuient les guerres, qui connaissent la « vraie pauvreté, la famine » et qui vivent au Maroc exclusivement pour tenter la traversée. C'est la misère de leur état et les conditions déplorables dans lesquelles ils se trouvent au Maroc qui les force à la migration et qui peut les entraîner vers la drogue ou à la criminalité. Pour améliorer leur situation, ils s'engagent dans des petits travaux et, selon certains participants, ils sont davantage entrepreneurs que les locaux. « La venue des subsahariens » affirme une jeune femme de dix-huit ans « a fait du Maroc un bon pays, un pays d'accueil, et ça a changé les perspectives ». Selon cette position, les immigrés devraient alors être aidés à mieux s'intégrer dans le pays et l'intégration passe en premier degré par la bonne volonté des marocains à aller vers eux et instaurer un dialogue. C'est au gouvernement, ensuite, de garantir à tous la même égalité de chance. D'autres moyens d'intégration mentionnés sont : l'école, les campagnes de sensibilisation et les programmes télévisés de lutte contre le racisme. Le racisme est dénombré parmi les principaux obstacles à l'intégration, un racisme élémentaire des « blancs » du Maghreb, arabes et berbères confondus, à l'égard des noirs, appelés « Africains ». « En Europe » conclut un jeune de vingt ans « on est tous des Africains, Noirs et Marocains ». Et une autre jeune femme de son âge rebondit : « N'importe quel étranger est traité inférieur, Marocains et Subsahariens, c'est pareil. Tous les migrants partagent les mêmes risques et les mêmes objectifs, le même rêve : l'Europe ».



## 6. Conclusion

Le recours à différentes techniques d'enquête et la participation de divers acteurs, a permis d'étudier la notion de vulnérabilité et de bien-être psychosocial des migrants vulnérables au Maroc. Cela a été examinée notamment sous le plan politico-normatif (à travers les lois sur la migration, la santé et la santé mentale) ; le plan social (contacts entre membres de la communauté migrante et locaux et entre membres de la communauté migrante et institutions marocaines et conditions de santé, sécurité, logement, emploi des migrants vulnérables) ; et le plan individuel, familial et groupal (réactions de blessure, résilience, développement activé dans l'adversité).

En parallèle, le travail de cartographie des interventions psychosociales adressées aux migrants vulnérables sur le territoire national par les acteurs gouvernementaux (Ministère Chargé des Marocains Résidants à l'Étranger et des Affaires de la Migration et Ministère de la Santé) et de la société civile (Association de lutte contre le sida, Caritas Maroc, Délégation des migrations, Fondation Orient-Occident et Médecins du Monde Belgique-Mission Maroc) a mis en évidence la nature et la taille de l'offre de soutien psychosociale offerte à cette population ainsi que ses faiblesses.

La confrontation croisée de ces données ont permis de parvenir, d'un côté, à une compréhension plus précise des besoins et des ressources psychosociales des migrants vulnérables au Maroc et, de l'autre côté, à l'identification des modalités dont eux-mêmes et le système politique et socio-institutionnel du Pays « soignent » ou « consolident » ces vulnérabilités. La possibilité pour un migrant de construire un récit de soi cohérent et vrai, ne repoussant pas les difficultés et les expériences de peur et de douleur, est crucial pour sa santé psychologique et mentale et pour son investissement dans le projet migratoire qu'il soit vers d'autres pays, de retour au pays d'origine ou au Maroc.

La vulnérabilité, en fait, opère par déculturation, elle influence et modifie les structures psychiques originaires du migrant en lui empêchant de filtrer et intégrer ses sentiments, ses pensées et ses intentions comme il le faisait normalement. Il s'agit d'une desaffiliation sans ré-affiliation que sépare le migrant de tout groupe d'appartenance, et provoque une destruction progressive de l'enveloppe socio-culturelle d'origine et une rupture des liens entre son identité psychique et les mondes extérieurs qu'il habite. Dans la perspective de la résilience et du développement activé dans l'adversité, les structures de la pensée sont réorganisées afin de comprendre et attribuer un sens à ce qui cause vulnérabilité pour que le migrant puisse par la suite intégrer ces vulnérabilités à son parcours.

L'intervention psychosociale vise au renforcement des capacités d'adaptation et d'intégration des migrants vulnérables pour qu'ils puissent faire front aux difficultés migratoires qui diminuent leurs facultés de relance au présent comme au futur. Toute personne ayant subi un stress important - et celui migratoire peut l'être - est susceptible d'être affectée d'une façon ou d'une autre et l'étendue des réactions varie au gré des individus et des communautés. Pour que les actions d'aide soient pertinentes, efficaces et durables, elles doivent tenir compte autant des besoins que des ressources individuelles et collectives de la population migrante et de la société d'accueil et elles doivent être accessibles notamment aux groupes plus vulnérables.

Les actions psychosociales sont transversales à plusieurs secteurs et appellent à l'effort conjoint des pouvoirs publics et de l'ensemble des acteurs sociaux nationaux et internationaux. En outre, pour une approche holistique et intégrée aux questions migratoires, notamment celles concernant les migrants vulnérables, les acteurs ouvrant directement auprès du public migrant, sont appelés à travailler en étroite coopération avec le domaine des affaires sociales, de l'éducation, du travail, du logement et de la justice. En fait, l'intervention psychosociale cible la personne migrante dans sa globalité et la sauvegarde de son bien-être psychosocial et de santé mentale passe en premier lieu par la garantie de protection et par la couverture de ses besoins vitaux.

L'étude a permis de remarquer que pour certaines catégories de migrants, ces services essentiels et de sécurité ne sont pas pleinement accordés et cela concerne en particulier :

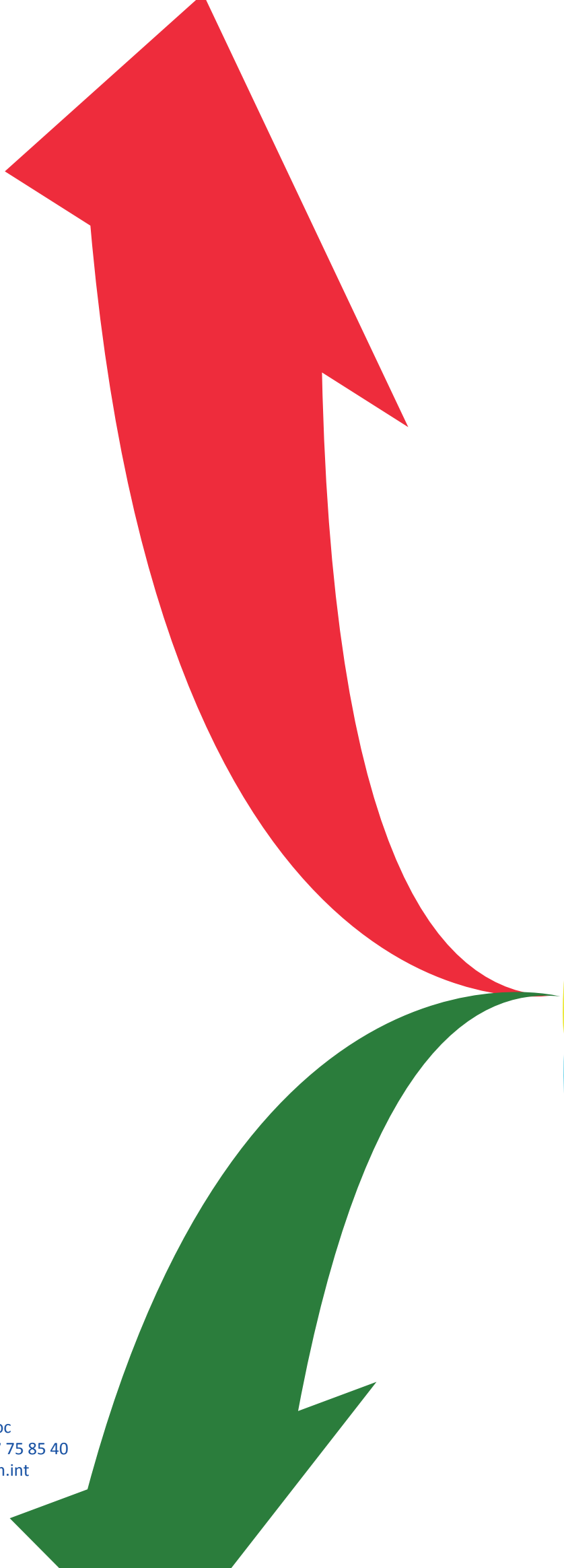
a) les migrants en situation administrative irrégulière qui se trouvent dans la forêt ou qui occupent des abris de fortune dépourvus d'eau potable et de toutes mesures d'hygiène, qui ne disposent pas de moyens pour faire face aux besoins essentiels – dont notamment la nourriture – et trouvent un accès limité aux soins de base et à l'information, ainsi qu'à la protection et à la sécurité; b) les victimes de la traite des êtres humains et les mineurs non-accompagnés qui ne disposent pas d'un système dédié de mise à l'abri ni d'un protocole de tutelle ou un ensemble de services ad hoc ; c) les migrants vulnérables qui ont fait une demande de retour volontaire au pays pendant leur période d'attente au voyage ; d) les cas psychiatriques lourds ainsi que tout migrant qui ne peut pas prendre une décision au sujet de son avenir. La prise en charge des migrants vulnérables alors appelle urgemment à la définition d'un dispositif national spécifique et adapté pour ces personnes, notamment les mineurs non-accompagnés et les personnes victimes de la traite des êtres humains.

D'après les données collectées tout au long de ce travail d'enquête, la sensibilisation de la population locale marocaine ainsi que l'information et la formation du personnel chargé des questions migratoires au niveau médical, sanitaire, social, éducatif et psychologique et au niveau légal et sécuritaire reste au Maroc un point majeur pour la définition et à la mise en place de réponses d'aide psychosociale et cela s'avère important dans les villes ainsi que dans les zones rurales et frontalières.

Les actions psychosociales au Maroc encouragent enfin au renforcement de la coopération internationale, particulièrement avec les principaux pays d'origine des migrants (Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée Conakry, Nigeria sont les pays ciblés par le projet) et de l'UE. En fait, la migration est un processus qui investit nombreux pays de transit et de destination et qui se compose de plusieurs points de départ et d'arrivée. C'est en tenant compte de la complexité de ces parcours et en coordonnant l'intervention au niveau transnational qu'il est possible garantir aux migrants une tutelle effective et mener rentablement les programmes de retour volontaire et réintégration dans les pays d'origine des migrants, les programmes de réunification familiale, de prévention à la migration irrégulière et de lutte contre le trafic et la traite des êtres humains, de protection et aide aux victimes du trafic et de la traite.

# Liste des acronymes

- ALCS**, Association de Lutte Contre le Sida
- AMERM**, Association Marocaine d'Etudes et de Recherches sur les Migrations
- AVRR**, Aide au retour volontaire et à la réintégration
- CESE**, Conseil Economique, Social et Environnemental
- CHU**, Centre Hospitalier Universitaire
- CNDH**, Conseil National des Droits de l'Homme
- GADEM**, Groupe Antiraciste d'accompagnement et de Défense des Etrangers et Migrants
- MCMREAM**, Ministère chargé des Marocains Résidants à l'Étranger et des Affaires de la Migration
- MdM**, Médecins du Monde
- MSF**, Médecins Sans Frontières
- OIM**, Organisation Internationale pour les Migrations
- OMS**, Organisation Mondiale pour la Santé
- ONG**, Organisation Non Gouvernementale
- ONUSIDA**, Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
- RAMED**, Régime d'Assistance Médicale de Base
- SNIA**, Stratégie Nationale d'Immigration et d'Asile
- UE**, Union Européenne
- UNHCR**, Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
- VIH**, Virus de l'Immunodéficience Humaine



**Pour plus d'information, veuillez contacter :**

11, rue Ait Ourir, «Pinède»Souissi, Rabat - Maroc  
Tel : +212 (0) 5 37 65 28 81 | Fax : +212 (0) 5 37 75 85 40  
Email : [iomrabat@iom.int](mailto:iomrabat@iom.int) | <http://morocco.iom.int>