



**Migration et
santé :**
traiter les défis
actuels en matière de
santé des migrants
et des réfugiés
en Afrique – de la
politique à la pratique

Rapport final

Commandité par



Elaboré par



SLE soutenu par



Copyright: © GIZ / Dirk Ostermeier

Description : Tanzanie : Marketing social de préservatifs et d'autres fournitures de planification familiale, informations sur le VIH et programmes de prévention du VIH en milieu du travail par les membres du personnel des Fonds de santé communautaire.

Première édition: octobre 2021

Remerciements

L'étude **“Migration et santé : traiter les défis actuels en matière de santé des migrants et des réfugiés en Afrique – de la politique à la pratique”** a été commanditée par le Département de la santé, des affaires humanitaires et du développement social de la Commission de l'Union africaine afin d'informer les politiques et les pratiques en matière de migration et de santé et, à terme, d'améliorer les résultats sanitaires pour les différents groupes de migrants et de réfugiés en Afrique. Le projet de recherche a été entrepris avec le soutien de diverses parties prenantes en Afrique et en Europe. La Commission de l'Union africaine remercie les organismes suivants:

- le projet GIZ – « Appui à l'Union africaine sur les questions de migrations et de déplacements » pour avoir fourni les ressources financières nécessaires à la réalisation de cette initiative,
- le Centre pour le développement rural (SLE) de l'Université Humboldt de Berlin - Allemagne pour la réalisation de cette étude en coordination avec divers partenaires de recherche,
- les partenaires de recherche de SLE pour leur soutien à la collecte et à l'analyse des données.

Le Département de la santé, des affaires humanitaires et du développement social remercie également sincèrement tous les États membres, les partenaires et les parties prenantes pour leurs précieux conseils techniques, leurs avis et leurs suggestions tout au long de ce processus. Une reconnaissance particulière va à la division de la Commission chargée du travail, de l'emploi et de la migration (LEM).

Équipe de coordination

Équipe de coordination de la CUA :

- Mme Cisse Mariama Mohamed, M. Sabelo Mbokazi, Mme Evelyne Nkeng Peh

Équipe de coordination de la GIZ :

- Mme Lydia Both

Équipe de recherche

SLE

- Prof. Dr Markus Hanisch, Dr Silke Stöber, Margitta Minah
- Paul Asquith (Coordinateur de l'équipe), Julia von Freeden, Wendy König, Richard Neetzow, Paul Schütze, Yury Snigirev

Chercheurs partenaires de SLE en Afrique :

- Othieno Nyanjom, Université technique du Kenya (Kenya),
- Onyekachi Wambu, Mgbekikwere Nana Nwachukwu,
- Fondation africaine pour le développement (AFFORD) (Nigeria)
- Khangelani Moyo, Sibonginkosi Dunjana, Kumbi Madziwa, Global Change Institute (GCI), Université de Witwatersrand (Afrique du Sud).

Plan de formation et développement de modules

- Centre for Health Ethics Law and Development (Nigeria)

Résumé exécutif et recommandations

Ce rapport présente les conclusions d'une étude sur la migration et la santé en Afrique, commanditée par la Commission de l'Union africaine (CUA) pour générer des connaissances suite au lancement, en 2020, d'un nouveau domaine d'intervention sur la migration et la santé. Cette étude à méthodologie mixte sur la migration et la santé en Afrique s'est dotée d'un champ d'application ambitieux, et a permis la collecte de données primaires et secondaires intéressantes et pertinentes pour mieux comprendre la santé des migrants dans les différents contextes de l'Afrique, ainsi que, plus globalement, le lien entre migration et santé.

Mots clés: migration, santé, Afrique, Union africaine, réfugiés, migrants en situation régulière, migrants en situation irrégulière, politique de santé, politique migratoire, systèmes de santé.

Formulation du problème

Comme dans d'autres régions du monde, la migration au sein du continent africain devrait augmenter d'ici 2050 en raison de l'urbanisation, de la croissance économique et du changement climatique (OIM 2008, Teye 2018, et Migali et Münz 2018). La migration a des répercussions potentielles sur la santé des migrants et des systèmes de santé dans les pays d'origine, de transit et d'installation. Les migrants et les réfugiés peuvent être à la fois victimes et vecteurs de risques sanitaires, notamment en raison de parcours migratoires difficiles, et sont souvent confrontés à de multiples obstacles pour accéder à des soins de santé appropriés dans les pays d'installation (OMS 2018f).

La CUA et ses États membres se sont engagés à développer la santé et la richesse de leurs populations, comme le prévoit l'Agenda 2063 de l'UA (CUA 2013). La gestion efficace des flux migratoires et l'exploitation des contributions de la migration aux économies africaines seront une priorité capitale pour les responsables politiques africains dans les décennies à venir. Cependant, les politiques de santé et de migration (à savoir, les services et les programmes) ont souvent fonctionné de manière cloisonnée, sans tenir suffisamment compte de la nécessité de relier la migration à la santé (OMS 2019).

En outre, ces défis sont exacerbés par l'insuffisance de données sur la santé des migrants et le manque d'informations sur le niveau de cohérence (ou non) entre les cadres politiques en matière de santé et de migration à l'échelle continentale, régionale et des États membres (OIM, 2020a). La plupart des recherches portant sur ce sujet se sont penchées sur la migration et la santé à l'échelle continentale et régionale d'une part, et à l'échelle nationale ou locale d'autre part. (cf. Abebe 2017, Maru 2019, Sweilah et al 2018).

La CUA a identifié la migration et la santé comme l'un des enjeux transversaux du Cadre de politique migratoire pour l'Afrique (MPFA) de 2018. La pandémie mondiale actuelle de COVID-19 n'a fait que mettre en évidence l'importance et l'urgence de ces questions. Afin d'établir un programme et de mettre au point une approche continentale concernant la corrélation entre migration et santé, l'UA a défini des priorités de recherche pour, avant tout, combler les lacunes en matière de connaissances.

Cette étude visait à combler certaines lacunes en examinant les politiques et pratiques en matière de migration et de santé à l'échelle continentale, régionale et nationale. Cette étude a été complétée et enrichie par un exercice de collecte de données primaires au Kenya, au Nigeria et en Afrique du Sud. Ces données ont été recueillies auprès de migrants, de réfugiés, de travailleurs de la santé, ainsi que de fonctionnaires régionaux, nationaux, de l'UA, et de personnel d'agences des Nations Unies.

Composantes de l'étude

Une étude de cadrage a été menée en 2020 dans le cadre de cette recherche qui visait à recenser les cadres politiques pertinents et identifier les principaux défis concernant le lien migration - santé sur le continent africain (SLE 2021). Au total, 575 documents politiques et 508 publications scientifiques et autres ont été examinés, et des données secondaires pertinentes ont été extraites de sources gouvernementales officielles, de rapports d'agences de l'ONU, de quinze États membres de l'Union africaine (EM de l'UA).

Cette étude a permis d'identifier des lacunes importantes dans la recherche académique relative à la santé des migrants, ainsi qu'un manque de cohérence politique entre migration et santé. La plupart des études antérieures pertinentes identifiées ont été menées sur le plan international et continental, ou à l'échelle d'un pays ou d'une région donnée en Afrique.

Les résultats de l'étude de cadrage fournissent des informations sur les aspects qui devraient faire l'objet d'une analyse plus approfondie au niveau national et régional dans l'étude analytique. Cinq pays, représentant chacun une région africaine différente, ont été inclus dans cette phase de la recherche : la RDC, le Maroc, le Kenya, le Nigeria et l'Afrique du Sud, avec une étude approfondie et une collecte de données primaires dans les trois derniers pays.

Afin d'évaluer les besoins de différents sous-groupes de migrants, le cas des personnes se trouvant dans une situation similaire à celle des réfugiés a été évalué au Kenya, tandis qu'au Nigeria, l'accent a été mis sur les travailleurs migrants en situation régulière. Pour l'Afrique du Sud, l'étude s'est concentrée sur les migrants en situation irrégulière.

Des chercheurs partenaires basés au Kenya, au Nigeria et en Afrique du Sud ont distribué des questionnaires d'enquête (en ligne et hors ligne) et ont mené des entretiens semi-directifs avec des informateurs principaux et organisé des discussions de groupe témoin avec des migrants, des prestataires de services de santé et des représentants du gouvernement. Au total, 965 questionnaires admissibles ont été remplis (n = 300 au Kenya, n = 355 au Nigeria, et n = 310 en Afrique du Sud), et 33 entretiens ont été menés avec des informateurs principaux et cinq discussions de groupe témoin ont été organisées (n = 25). Dix autres entretiens avec des experts continentaux et régionaux ont également été menés. En outre, pour la RDC et le Maroc, des analyses documentaires approfondies ont été réalisées, complétées par un nombre réduit d'entretiens avec des parties prenantes expertes.

Limites de l'étude

Les limites de temps et d'autres ressources, combinées aux défis de la pandémie actuelle imposant que les recherches soient menées à distance, auront affecté les résultats générés. La sélection des sites de recherche s'est limitée aux grands centres urbains, de sorte que les besoins des groupes de migrants les plus vulnérables, notamment, les personnes se trouvant dans des situations assimilables à celles des réfugiés et les personnes déplacées internes (PDI) dans des zones éloignées ou frontalières, n'ont pas pu être pris en compte dans le cadre de la collecte des données primaires. Dans chacun des sites de recherche de l'étude, la capacité à recueillir des données auprès des répondants a été considérablement réduite par les restrictions de santé publique en place.

Par ailleurs, la migration (en particulier la migration irrégulière) peut être un sujet sensible, et il s'est avéré difficile de trouver des répondants pour l'étude. Il est beaucoup plus difficile d'instaurer un climat de confiance dans un cadre virtuel. Les migrants eux-mêmes qui ont participé à l'étude étaient, dans certains cas, réticents à parler aux chercheurs, soit en raison de préoccupations concernant leur statut juridique, soit pour d'autres raisons. Cela reflète également la nature des discours publics et médiatiques sur la migration dans de nombreux pays.

Principaux résultats de l'étude

L'étude de cadrage a montré que la mesure dans laquelle les soins de santé des migrants sont abordés dans les cadres politiques varie considérablement d'un pays à l'autre en Afrique. Si les instruments politiques visant spécifiquement la santé des migrants sont limités, dans la majorité des cas, la constitution nationale et les documents politiques existants régissant la migration comportent une section sur la santé.

En revanche, les politiques de santé ne s'adressaient souvent pas directement aux migrants mais utilisaient plutôt des termes plus génériques tels que « toutes les personnes », tandis que certains documents relatifs à la santé classaient les migrants et les réfugiés parmi les groupes vulnérables nécessitant une attention particulière. Ce manque de cohérence politique souligne les écarts importants entre les cadres politiques en matière de migration et de santé, et affecte évidemment la mise en œuvre. D'un point de vue régional, les régions de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) et de la Communauté d'Afrique de l'Est (CAE) ont sans doute présenté les approches politiques les plus intégrées et cohérentes.

Disponibilité des données

L'étude a également identifié l'insuffisance de la collecte et du suivi des données sur la santé des migrants dans les États membres de l'UA. L'une des recommandations adressées à la CUA, aux États membres de l'UA et à leurs partenaires internationaux est d'encourager un investissement plus important dans un suivi

plus systématique de la santé des migrants afin d'améliorer l'élaboration des politiques et des programmes destinés aux groupes de migrants.

Motivations poussant à la migration

Les résultats de la collecte des données primaires des pays ont montré que les raisons les plus courantes pour lesquelles les migrants quittent leur pays d'origine sont l'amélioration de leur situation économique, le regroupement familial et les situations difficiles dans le pays d'origine (en particulier dans le cas des répondants kenyans qui étaient des réfugiés ou des personnes se trouvant dans une situation similaire à celle des réfugiés). Dans les trois pays, la majorité des personnes interrogées ont déclaré vivre dans leur pays de résidence actuel depuis au moins 1 à 2 ans, et bon nombre d'entre y résident depuis plus de 5 ans.

Les besoins de santé des migrants

Les migrants peuvent être confrontés à des besoins de santé différents en fonction de leur statut juridique et de leur parcours migratoire. L'étude de cadrage a identifié de nombreux défis liés à la prestation de services de santé aux migrants, notamment la faiblesse des systèmes de santé, l'inégalité en matière d'accès, l'insuffisance d'installations sanitaires et WASH (eau, assainissement et hygiène), en particulier dans les zones reculées, et l'insuffisance du dépistage sanitaire.

Bon nombre de ces défis ont été confirmés par les données d'enquête des trois pays étudiés. Pourtant, dans le même temps, il est intéressant de noter que les personnes interrogées ont généralement attribué une note assez élevée à la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services de santé disponibles. En outre, les données primaires recueillies suggèrent que plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de cette disparité.

Premièrement, les trois sites de recherche se trouvaient dans des centres urbains où la densité des services de santé disponibles est plus élevée que dans les zones rurales ou éloignées. Deuxièmement, les perceptions de la qualité (et, dans une moindre mesure, de l'accessibilité) sont relatives. De nombreux migrants dans les trois pays ont quitté des régions et des pays d'origine où la disponibilité et la qualité des services de santé sont généralement plus faibles.

La santé des migrants, la couverture sociale et l'importance des moyens de subsistance

Il est essentiel de noter que la plupart des migrants interrogés dans les trois pays ont bénéficié d'un accès minimum aux services de santé, soit parce qu'ils étaient en situation régulière (même si ce n'était que sous la forme de documents temporaires) au Kenya et au Nigeria, soit parce que, dans le contexte sud-africain, les migrants en situation irrégulière peuvent avoir accès à certains services de santé. La majorité des personnes interrogées bénéficient donc d'une couverture sociale minimale.

Au Nigéria et au Kenya, l'accessibilité des services de santé pour les migrants était également liée à l'accessibilité financière. Au Nigéria, plusieurs personnes interrogées ont déclaré qu'elles sont disposées à payer davantage pour accéder à des services de santé de proximité, car cela leur permettait de gagner du temps et de réduire les coûts. Au Kenya, la plupart des personnes interrogées ont eu accès aux services de santé publique et ont déclaré que leur santé s'était améliorée depuis leur arrivée dans le pays.

En outre, la plupart des personnes interrogées dans les trois pays ont déclaré être en bonne santé dans l'ensemble. Cela est probablement attribuable à l'hypothèse du « migrant en bonne santé » et au statut juridique et professionnel des personnes. Dans les trois pays, la majorité des personnes interrogées étaient salariées ou indépendantes, ce qui signifie qu'elles étaient autorisées à accéder à des soins de santé (ou à certains d'entre eux) et qu'elles en avaient les moyens (18 % de l'échantillon était au chômage). Ce n'est pas nécessairement le cas pour les différents groupes de migrants dans d'autres pays africains. Néanmoins, cela suggère que l'élargissement de la couverture sociale favorise l'amélioration des résultats en matière de santé pour les migrants de toutes catégories. Cela montre également l'importance de l'emploi et des moyens de subsistance dans le maintien et l'amélioration de la santé.

Obstacles à l'accès aux services de santé

Les répondants dans les trois pays où la collecte des données primaires a été effectuée ont également fait état d'obstacles à l'accès aux services. Les barrières linguistiques sont les plus fréquemment citées, ce qui peut entraver l'accès aux services ainsi que la consultation et le traitement. La méconnaissance du système local ou de l'endroit où trouver de l'aide est également un problème courant. En Afrique du Sud, certaines personnes interrogées ont déclaré qu'on leur demandait (illégalement) de payer à moins d'avoir des documents.

Les personnes interrogées dans les trois pays ont également déclaré avoir été victimes de stigmatisation, de xénophobie ou de discrimination dans l'accès aux services de santé en tant que migrants. Si cette situation reflète malheureusement les opinions négatives et les stéréotypes sur les migrants que l'on retrouve dans de nombreux États africains, elle constitue également un obstacle à l'accès aux services de santé et aux traitements.

Sécurisation des migrations

Une autre préoccupation soulevée par les experts est la sécurisation de la migration. On constate que plus en plus de pays sécurisent davantage leurs frontières. Les migrants sont perçus comme des menaces potentielles pour la sécurité et des vecteurs de transmission de maladies d'un pays à l'autre. Ce type de raisonnement peut conduire à une stigmatisation continue des migrants alimentant ainsi la xénophobie déjà ressentie par certaines communautés.

Maintien en poste des travailleurs de la santé qualifiés

Le besoin de personnel formé et spécialisé pour fournir des services de santé atteint un niveau sans précédent, surtout en période de crise sanitaire mondiale, et la fuite des cerveaux est un défi auquel sont confrontés de nombreux systèmes de santé en Afrique, sinon la plupart. Pour contrer les niveaux élevés d'émigration du personnel de santé qualifié, il convient d'adopter des approches coordonnées pour répondre de manière adéquate à ces facteurs de recrutement, notamment par le biais d'accords bilatéraux de formation pour les travailleurs de la santé, ainsi que l'expansion des programmes interafricains de migration qualifiée et des programmes de coopération Sud-Sud.

Migration, préparation face à la pandémie et COVID-19

L'étude a également révélé que la santé des migrants était fréquemment omise dans la planification de la préparation à la pandémie au niveau des États membres de l'UA, bien que les orientations publiées par les Centres africains de contrôle et de prévention des maladies (CDC Afrique) et d'autres organismes notent que les groupes de migrants devraient être des sujets de préoccupation. Ceci est problématique car la mobilité humaine peut être un facteur important dans la transmission des maladies.

Le Kenya, le Maroc, le Nigeria et l'Afrique du Sud ont tous des systèmes de santé relativement solides par rapport à leurs voisins et ces quatre pays incluent les migrants dans leur planification de la préparation face à la pandémie, mais cette pratique est loin d'être universelle en Afrique. La capacité à identifier les infections à un stade précoce est donc impérative et un meilleur dépistage sanitaire aux points de passage des frontières, ainsi qu'une surveillance renforcée des maladies infectieuses dans les zones transfrontalières et éloignées seront déterminants à cet égard. Le Nigeria a acquis une bonne réputation pour ses efforts en matière de renforcement des systèmes de dépistage sanitaire et de surveillance des maladies. Cependant, les personnes interrogées comprenaient plusieurs personnes récemment arrivées qui n'avaient pas subi de dépistage sanitaire, ce qui suggère que ces systèmes doivent être encore renforcés.

Une forte proportion de répondants dans les trois pays, plus de 66 %, ont déclaré être préoccupés par l'infection ou la transmission du COVID-19. Ce chiffre est significatif, car il indique un haut degré de sensibilisation à la pandémie actuelle et à ses risques. Cela suggère également qu'ils pourraient être réceptifs aux campagnes de promotion de la santé encourageant le changement de comportement ainsi qu'aux conseils pratiques sur la manière de se protéger.

Soins de santé généraux et prestation de soins spécifiques aux migrants

Les migrants interrogés dans les trois pays étudiés ont déclaré préférer les services spécifiques aux migrants, tandis que certains fonctionnaires et experts régionaux ont suggéré le contraire, affirmant que l'intégration et l'élargissement de l'accès des migrants à davantage de services de santé (non spécifiques aux migrants) constituaient la seule solution durable.

Les solutions potentielles peuvent consister à rendre les services de santé généraux aussi accessibles et « accueillants » que possible pour les groupes de migrants ayant des besoins de santé spécifiques qui, autrement, ne seraient pas satisfaits, comme les réfugiés et les personnes déplacées.

Recommandations principales

Suite aux conclusions de l'étude de cadrage et aux résultats de l'étude analytique de ce projet, l'équipe de recherche formule les recommandations suivantes pour la suite des opérations:

Amélioration de la couverture sociale des migrants en situation régulière	Terme	Acteurs
<p>Bien que les migrants /travailleurs en situation régulière résidant dans les États membres de l'UA puissent en principe avoir accès aux services de santé au même titre que les ressortissants, dans la pratique, ils ne bénéficient pas de la même égalité/équité d'accès aux services de santé que les autres groupes. Les mesures potentielles pour aider à résoudre ce problème comprennent:</p> <ul style="list-style-type: none"> Les gouvernements des EM de l'UA doivent travailler avec le secteur privé pour réduire les critères d'éligibilité à l'assurance sociale ou à la couverture sociale (par exemple, la durée de résidence, les montants minimums à verser) afin de permettre à davantage de migrants d'accéder à l'assurance sociale et aux soins de santé. 	Court terme	EM
Santé des réfugiés	Terme	Acteurs
<p>Les mesures potentielles pour aider à relever les défis sanitaires permanents associés à ce groupe sont les suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Les gouvernements et les partenaires humanitaires devraient allouer des ressources accrues pour renforcer la capacité des services de santé et WASH dans les camps et fournir les équipements médicaux et de protection. Les autorités sanitaires et les agences humanitaires doivent investir dans les capacités de dépistage sanitaire dans les camps et les installations, ainsi qu'aux points de passage frontaliers. 	<p>Court terme</p> <p>Court à moyen terme</p>	<p>EM, partenaires humanitaires</p> <p>EM, partenaires humanitaires</p>
Health of irregular migrants	Term	Actors
<p>Les solutions potentielles pour aider à surmonter les défis spécifiques auxquels ce groupe est confronté comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les gouvernements devraient envisager de mettre en œuvre des programmes d'enregistrement temporaire et une amnistie pour les migrants en situation irrégulière à haut risque de transmission afin d'accroître l'accès aux services de santé et au dépistage, en particulier pendant la pandémie actuelle de COVID-19. La mise en place d'applications numériques pour l'enregistrement et/ou la mise à jour des documents dans le cadre des processus de migration légale, en particulier pendant la pandémie actuelle et la fermeture de certains bureaux gouvernementaux, améliorerait l'accès aux services de santé pour les migrants et permettrait une plus grande couverture sociale. 	<p>Court terme</p> <p>Court à moyen terme</p>	<p>EM</p> <p>EM, CUA</p>

- Une plus grande coordination de la santé est nécessaire entre les prestataires publics, privés et de la société civile pour assurer une meilleure couverture sanitaire des migrants et des réfugiés par l'élaboration de programmes thématiques transversaux. Moyen terme EM, CUA, CER, organisations internationales, prestataires de santé
- Les gouvernements devraient envisager d'élaborer des politiques de santé qui vont au-delà de la couverture sociale pour fournir des « socles sociaux » minimums à l'ensemble de la population Moyen à long terme EM

De meilleures données sur la santé des migrants	Terme	Acteurs
<ul style="list-style-type: none"> • L'UA doit envisager d'élaborer des orientations sur mesure à l'intention des États membres de l'UA sur l'adoption d'une approche systématique et d'indicateurs communs pour collecter, analyser et partager les données sur la santé des migrants. 	Moyen terme	UA, CER
<ul style="list-style-type: none"> • Les gouvernements et les partenaires internationaux doivent envisager d'investir dans le renforcement des capacités des États membres de l'UA pour améliorer la collecte de données, notamment au niveau local, afin de recueillir des données plus nombreuses et de meilleure qualité sur la santé des migrants. 	Moyen terme	UA, EM
<ul style="list-style-type: none"> • Les CER jouent également un rôle important dans l'élaboration et la publication de conseils spécifiques à la région sur la collecte de données sur la santé des migrants. 	Moyen terme	CER
<ul style="list-style-type: none"> • Les organismes de recherche nationaux et internationaux doivent être encouragés à soutenir des recherches à plus long terme sur la santé des migrants dans les États membres de l'UA, en partenariat avec les institutions de recherche africaines et la diaspora, afin d'améliorer la base de données disponibles pour l'élaboration des politiques et des programmes de santé. 	Moyen terme	EM, UA
<ul style="list-style-type: none"> • De nouvelles méthodes devraient être appliquées pour prévoir les flux migratoires sur diverses variables des pays. Un projet open-source du Conseil danois pour les réfugiés prévoit que le COVID-19 causera 1 million de migrants de plus originaires du Nigeria, du Mali, et du Burkina Faso (Nair et al. 2020). 	Moyen terme	EM, UA
<ul style="list-style-type: none"> • Des données ventilées par sexe sont nécessaires pour créer des interventions fondées sur les faits d'observation. Cet exercice permettra de mieux cibler les besoins sanitaires spécifiques des migrantes. 	Moyen terme	EM, UA

Surveillance transfrontalière des maladies infectieuses	Terme	Acteurs
<ul style="list-style-type: none"> • Les modèles existants de pratiques exemplaires en matière de surveillance transfrontalière des maladies en Afrique orientale et australe, comme l'utilisation de la technologie mobile en partenariat avec les communautés locales dans les zones frontalières et rurales pour surveiller les épidémies, devraient être reproduits dans d'autres régions du continent (voir annexe II). 	Court à moyen terme	EM, CER
<ul style="list-style-type: none"> • La capacité des réseaux de surveillance des maladies infectieuses existants doit être renforcée pour aider à identifier rapidement les épidémies dans les zones éloignées ou transfrontalières associées à des populations et des animaux en déplacement (les nomades et leurs troupeaux, les réfugiés, les personnes déplacées). 	Moyen terme	EM, CER, UA

Intégration des soins de santé pour les migrants	Terme	Acteurs
<ul style="list-style-type: none"> Les gouvernements devraient envisager de développer des soins de santé plus intégrés pour les migrants et les nationaux, car cela promet d'améliorer les soins de santé pour les migrants ainsi que pour les populations plus larges parmi lesquelles ils vivent. Ces synergies peuvent également attirer davantage d'activités et de soutien de la part de la communauté internationale, qui a constaté les effets positifs d'une approche intégrée. 	Moyen à long terme	EM
Participation économique des migrants	Terme	Acteurs
<ul style="list-style-type: none"> Les migrants actifs et autosuffisants sont plus à même de contribuer au système social (et sanitaire) de leur pays d'accueil. Si leurs activités économiques sont limitées, ils deviendront progressivement un fardeau pour les pays de destination et de transit. Ceux-ci devront trouver un juste équilibre entre la création d'emplois décents et durables pour leur propre population croissante et la possibilité pour les migrants de saisir les opportunités d'emploi 	Long terme	EM, UA
Augmentation du nombre de professionnels de la santé et amélioration des compétences	Terme	Acteurs
<ul style="list-style-type: none"> L'émigration des professionnels de la santé et du personnel qualifié est problématique au niveau international, et il est nécessaire de renforcer la coordination entre les États membres de l'UA pour empêcher le recrutement inéquitable de travailleurs de la santé hautement qualifiés et garantir des pratiques de recrutement équitables et justes. 	Court à moyen terme	EM, CER, UA
<ul style="list-style-type: none"> Les États membres de l'UA et les partenaires internationaux doivent envisager d'inciter les professionnels de la santé à travailler dans les zones rurales ou reculées afin de remédier aux pénuries dans ces régions (par exemple, programmes de rotation du personnel, salaires plus élevés, soutien aux professionnels et aux familles en matière de transport, de communication, de logement, etc. 	Moyen terme	EM, partenaires internationaux
<ul style="list-style-type: none"> Une meilleure coopération Sud-Sud dans la formation des professionnels et l'utilisation d'accords bilatéraux sur le personnel de santé entre les États membres de l'UA et d'autres pays pour promouvoir le retour circulaire contribueraient également à réduire la « fuite des cerveaux » insoutenable de professionnels de la santé qualifiés hors du continent. 	Long terme	EM, CER, UA
Recommandations spécifiques pour la protection de la santé des migrants pendant la pandémie de COVID-19 (voir aussi l'annexe III)	Terme	Acteurs
<ul style="list-style-type: none"> Les gouvernements et les partenaires humanitaires doivent allouer des ressources accrues pour renforcer les capacités des services de santé et d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les camps et fournir des équipements médicaux et de protection 	Court terme	EM, agences humanitaires, partenaires internationaux
<ul style="list-style-type: none"> Des campagnes de promotion de la santé ciblées doivent être mises en œuvre, avec des conseils pratiques pour minimiser les risques d'infection et de transmission 	Court à moyen terme	EM, CER, UA
<ul style="list-style-type: none"> Les vulnérabilités des travailleurs migrants occupant des fonctions spécifiques à haut risque (par exemple, les travailleurs de la santé et des services sociaux) devraient être prises en compte dans la planification des campagnes de vaccination 	Court à moyen terme	EM, CER, UA
<ul style="list-style-type: none"> Le renforcement du dépistage sanitaire aux frontières et aux points de passage, ainsi que dans les établissements et les centres d'accueil pour réfugiés, par exemple par des contrôles de température et d'autres mesures, peut contribuer à identifier les personnes infectieuses et à réduire la transmission 	Court à moyen terme	EM, agences de l'ONU

Table de Matières

Remerciements	3
Résumé exécutif et recommandations	4
Table de Matières	11
Liste des Figures	14
Liste des Tableaux	14
Abréviations	15
Section A : Approches de la migration et de la santé en Afrique	19
1 Introduction	20
1.1 Objectifs de l'Etude	20
1.2 Énoncé du problème	21
1.3 Aperçu des concepts clés	21
1.4 Cadres théoriques sur la migration et la santé	24
1.5 Cadre conceptuel	25
1.6 Questions de recherche	26
1.7 Structure de l'étude	27
2 Méthodologie	28
2.1 Cartographie des parties prenantes	28
2.2 Phase d'étude de cadrage	29
2.3 Sélection des pays pour l'étude analytique	30
2.4 Phase d'étude analytique - conception de l'enquête	30
2.5 Projet de recherche avec des partenaires a distance	31
2.6 Outils de recherche	32
2.7 Portée et limites de l'étude	33
3 Migration et santé en Afrique - politiques et problèmes majeurs	35
3.1 Migration et santé - politiques et problèmes majeurs au niveau mondial	35
3.2 Migration et santé - politiques et problèmes majeurs au niveau continental	36
3.3 Migration et santé - politiques et problèmes majeurs au niveau régional	38
Section B : Analyse de pays - Problèmes de migration et de santé identifiés au niveau national	43
4 République Démocratique du Congo	45
4.1 Aperçu et contexte du pays	46
4.2 Politiques et programmes de migration et de santé	46
4.3 Aperçu sur la préparation à une pandémie	47
4.4 Besoins de santé des groupes vulnérables de migrants	47
4.5 Évaluation de la politique	49
4.6 Recommandations	50
5 Maroc	52
5.1 Vue d'ensemble et contexte du pays	53
5.2 Politiques et programmes de migration et de santé	54

5.3 Les besoins sanitaires des groupes vulnérables de migrants	56
5.4 Évaluation des politiques	56
5.5 Coup de projecteur sur la coopération régionale pour promouvoir la santé des migrants	57
5.6 Recommandations	58
6 Kenya : les réfugiés	59
6.1 Contexte national	60
6.2 Politiques et programmes de migration et de santé	61
6.3 Principales remarques et conclusions - collecte de données primaires	63
6.4 L'expérience des migrants en matière de santé et d'accès aux services de santé	65
6.5 Point sur l'impact de COVID-19	70
6.6 Besoins de santé des groupes vulnérables de migrants	70
6.7 Exemples de bonnes pratiques et domaines à améliorer	72
6.8 Kenya - Conclusion et recommandations	74
7 Nigeria : les travailleurs migrants	76
7.1 Contexte national	77
7.2 Migration et politiques et programmes de santé	78
7.3 Principales observations et conclusions - collecte de données primaires	81
7.4 L'expérience des migrants en matière de santé et d'accès aux services de santé	82
7.5 Besoins de santé des groupes vulnérables de migrants	85
7.6 Exemples de bonnes pratiques et domaines à améliorer	86
7.7 Conclusion et recommandations	87
8 Afrique du Sud : les migrants en situation irrégulière	89
8.1 Contexte national	90
8.2 Migration et politiques et programmes de santé	91
8.3 Principales observations et conclusions - collecte de données primaires	92
8.4 Expérience des migrants en matière de santé et d'accès aux services de santé	93
8.5 Besoins de santé des groupes vulnérables de migrants	96
8.6 Exemples de bonnes pratiques et domaines à améliorer	96
8.7 Conclusion et recommandations	97
Section C : Résultats transversaux et discussions	101
9 Thèmes transversaux continentaux et régionaux	102
9.1 Obstacles communs à l'accès aux soins de santé	102
9.2 État de santé des migrants	103
9.3 Équité d'accès aux soins de santé	103
9.4 Continuité des soins	104
9.5 Gouvernance et intégration des politiques de migration et de santé	104
9.6 Intégration des soins de santé pour les migrants	105
9.7 Stigmatisation et sécurisation de la migration	105
9.8 L'importance du dépistage sanitaire pour les groupes de migrants	106

9.9 Gérer la “fuite des cerveaux” des professionnels de la santé	106
10 Discussion des résultats de l'étude	108
11 Conclusion et recommandations	114
Bibliographie	120
Annexes	143

Liste des Figures

Figure 1: Cadre conceptuel de l'étude	33
Figure 2: Cartographie des parties prenantes de l'étude	37
Figure 3: Revue du cadrage	38
Figure 4: Infographie sur les principales tendances clés de la Migration et Santé - RDC	60
Figure 5: Figure 5: Population de réfugiés –RDC	65
Figure 6: Infographie sur les tendances principales en matière de migration et de santé - Maroc.	71
Figure 7: Participants à l'ouverture de la première école régionale d'hiver.	79
Figure 8: Infographie des données principales sur la santé et la migration - Kenya.	82
Figure 9: Complications sanitaires rencontrées par les personnes interrogées au Kenya.	92
Figure 10: Complications sanitaires qui inquiètent le plus les personnes interrogées au Kenya.	92
Figure 11: Accès à la santé selon 289 personnes interrogées au Kenya sur une échelle de 0 à 10.	94
Figure 12: Restrictions rencontrées par les personnes interrogées pour accéder aux soins de santé au Kenya	95
Figure 13: Qualité du système de soins de santé kenyan selon 295 personnes interrogées au Kenya, sur une échelle de 1 à 10. (Source : propres données).	97
Figure 14: Auto-évaluation de la santé selon 293 répondants au Kenya sur une échelle de 1 à 10.	98
Figure 15: Infographie des données principales sur la migration et la santé - Nigeria	108
Figure 16: Auto-évaluation de la santé selon 354 répondants au Nigeria sur une échelle de 1 à 10.	118
Figure 17: Les complications sanitaires qui inquiètent le plus les personnes interrogées au Nigeria.	119
Figure 18: Infographie des données principales sur la migration et la santé - Afrique du Sud..	129
Figure 19: Complications sanitaires que les personnes interrogées ont connues en Afrique du Sud.	136
Figure 20: Restrictions rencontrées par les personnes interrogées pour accéder aux soins de santé en Afrique du Sud.115 répondants ont mentionné 226 restrictions dans la question à choix multiples. (Source : propres données).	137
Figure 21: Les complications sanitaires qui inquiètent le plus les personnes interrogées en Afrique du Sud.304 répondants ont nommé 869 complications dans la question à choix multiples. (Source : propres données).	138
Figure 22: Matrice de suivi des déplacements de l'OIM - Programmation dans l'Est et la Corne de l'Afrique	192
Figure 23: Évaluations de la santé mondiale de l'OIM 2019	193
Figure 24: Femme Massai en Tanzanie travaillant à identifier les épidémies dans les zones reculées et transfrontalières pour SACIDS à l'aide de la technologie mobile	194
Figure 25: Afrique CDC - Réponses COVID-19	195
Figure 26: Carte des cas cumulés de COVID-19 en Afrique.	198
Figure 27: Matrice des liens de codage des groupes d'entretien	221

Liste des Tableaux

Tableau 1: Définitions des différentes sous-catégories de migrants	26
Tableau 2: Nombre total d'entretiens effectués par pays et par groupe de participants	42

Abréviations

AFSIM	Association des Femmes subsahariennes immigrantes au Maroc
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ASC	Agents de santé communautaire
BAD	Banque africaine de développement
CIDO-UA	Direction des Citoyens et de la Diaspora-Union Africaine
CDC	Centre de contrôle des maladies
CE	Commission européenne
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CEEAC	Communauté économique des États de l'Afrique centrale
CEN-SAD	Communauté des États sahélo-sahariens
CER	Communauté économique régionale
CNUCED	Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement
COFESVIM	Comité des femmes et enfants victimes de l'immigration
COMESA	Marché commun pour l'Afrique orientale et australe
COVID-19	Maladie à coronavirus causée par le virus SRAS CoV2
CRF	Centre de réponse aux crises
CSU	Couverture Santé Universelle
CUA	Commission de l'Union africaine
DALY	Année de vie ajustée sur l'invalidité
DSS	Déterminants sociaux de la santé
EAC	Communauté d'Afrique de l'Est
ECWC	Eastleigh Community Wellness Centre (Centre communautaire du bien être Eastleigh)
EM	Etat membre
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique (Maroc)
FGD	Groupe de discussion
GC-R	Pacte mondial sur les réfugiés
GC-SORM	Pacte mondial pour une migration sûre, ordonnée et régulière
GHSA	Programme mondial de sécurité sanitaire
GIFSHIP	Programme d'assurance maladie sociale individuelle et familiale initié par le régime national d'assurance maladie du Nigéria
GIZ	Coopération interanationale allemande (Allemand : Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH)
HCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
IDH	Indice de développement humain
IGAD	Autorité intergouvernementale pour le développement
IST	Infection sexuellement transmissible
JEE	Évaluation externe conjointe
JLMP	Programme conjoint de migration de main-d'œuvre

KII	Entretiens avec des informateurs clés
LMAC	Comité consultatif sur la migration de la main-d'œuvre de l'UA
MAIHDA	Analyse à plusieurs niveaux de l'hétérogénéité individuelle et de l'exactitude discriminante
MHAC	Centre d'évaluation de la santé migratoire
MGI	Indicateurs de gouvernance des migrations
MiGOF	Cadre de gouvernance des migrations
MPFA	Cadre de politique migratoire de l'Union africaine
MSF	Médecins sans frontières
MTN	Maladie tropicale négligée
MNCM	Mécanisme national de coordination sur la migration
NCDC	Centre nigérian de contrôle des maladies
NMP	Politique nationale de migration du Nigéria
NOI	Instrument de sondage nigérian du nom Ngozi Okonjo-Iweala
NPLM	Politique nationale sur la migration de main-d'œuvre
OCDE-CAD	Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques
ODD	Objectif de développement durable
OIT	Organisation internationale du travail
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
OSC	Organisation de la société civile
OUA	Organisation de l'unité africaine
PI	Pièce d'identité
PDI	Personne déplacée à l'intérieur du pays
RAMED	Régime d'Assistance Médicale aux plus démunis
RCA	République centrafricaine
RCC	Centre de collaboration régionale
RDC	République Démocratique du Congo
(R)SA	(République d') Afrique du Sud
SADC	Communauté de développement de l'Afrique australe
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SDU	Union des médecins du Soudan
SLE	Centre pour le développement rural (allemand : Seminar für Ländliche Entwicklung)
TB	Tuberculose
UN DESA	Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
UMA	Union du Maghreb Arabe

UA	Union africaine
UNPD	Division de la population des Nations Unies
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
USD	Dollar américain
VBG	Violence basée sur le genre
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WASH	Eau, Assainissement et Hygiène



Copyright: © GIZ / Dirk Ostermeier

Description: Marketing social dans le secteur public en Tanzanie



SECTION

**Approches de la
migration et de la
santé en Afrique**

1 Introduction

La migration est un phénomène mondial en croissance, avec plus de personnes en mouvement que jamais auparavant. Selon le Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies (UN DESA), le nombre total de migrants internationaux sur le continent africain est passé d'environ 15 millions en 2000 à 26,5 millions en 2019 (UN DESA, 2019). Cependant, cette augmentation est principalement due à la croissance démographique, alors que le nombre relatif de migrants internationaux reste stable à environ 2 % (ibid.). Contrairement aux hypothèses eurocentriques largement répandues selon lesquelles la migration africaine est principalement dirigée vers l'Europe, la plupart des migrations africaines ont en fait lieu sur le continent (Flahaux et de Haas 2016, p. 8) suggèrent que l'intensité de l'émigration relative à la migration africaine extra-continentale n'était que 1 % en 2000, contre 0,6 % seulement en 1960.² Pour citer une autre mesure : alors que le nombre de migrants africains vivant hors du continent en 2019 est passé à près de 19 millions, la migration intra-africaine représente 80 % des flux migratoires africains (OIM, 2019e, p. 54). La migration expose les individus à des situations qui peuvent nuire leur bien-être physique et mental. Sur le parcours migratoire, les risques potentiels peuvent inclure le manque d'hygiène ou d'eau potable, la violence basée sur le genre ou le fait d'être victime de la traite des êtres humains (Migration Data Portal, 2021). Dans les pays d'accueil, un manque de protection adéquate et un accès restreint aux services de santé en raison du statut juridique, de la stigmatisation, des barrières linguistiques, de la discrimination ou d'un manque de revenus peuvent encore exacerber les vulnérabilités de santé des migrants (Bradby et al., 2015). Cela est particulièrement vrai pour ceux qui migrent involontairement. Par ailleurs, la migration peut être une opportunité d'améliorer la santé parce que le système de santé du pays d'installation peut être de meilleure qualité. La pandémie actuelle de COVID-19 exacerbe les défis existants concernant la santé des migrants. Les plans de réponse à la pandémie et les mesures visant à atténuer les effets de la pandémie ne tiennent souvent pas suffisamment compte des besoins des migrants. En plus des risques plus élevés de perdre des emplois (souvent informels), les migrants courent des risques plus élevés d'être infectés en raison de conditions de vie souvent surpeuplées et d'un accès restreint aux services de santé, par exemple en raison du manque de documents. De plus, la pandémie a causé une augmentation des restrictions aux frontières avec un impact sur la mobilité des personnes (Migration Data Portal, 2021). La gouvernance des migrations et de la santé doit également être plus réactive aux besoins de santé des divers groupes de migrants, en particulier au niveau national. Bien qu'il existe des accords internationaux sur la migration et la santé, les politiques de santé migratoire existantes fonctionnent généralement au niveau national et montrent un large écart entre la législation et la mise en œuvre sur le terrain. L'UA a identifié la migration et la santé comme l'une des questions transversales dans le Cadre de politique migratoire pour l'Afrique 2018-2030 (MPFA) (CUA, 2018) et a lancé en 2020 un cadre de programmes sur la migration et la santé. Afin de travailler à une approche continentale cohérente du lien entre migration et santé, ce rapport cherche à clarifier les réponses politiques existantes aux besoins et aux défis de santé auxquels sont confrontés les réfugiés et les migrants en Afrique tout en identifiant les lacunes qui nécessitent des recherches et des actions supplémentaires par le biais de la collaboration et la coopération.

1.1 Objectifs de l'Étude

L'objectif global de l'étude est de renforcer la gouvernance de la migration et de la santé dans les États membres de l'UA en fournissant une image concise du lien entre migration et santé et une meilleure compréhension des cadres politiques existants, de leur mise en œuvre et des obstacles respectifs. En outre, il vise à soutenir la Commission de l'UA en guidant ses États membres vers une plus grande cohérence entre la migration et la santé dans les politiques et la pratique.

Les objectifs généraux de recherche de l'étude sont les suivants :

- Fournir des informations consolidées sur les cadres politiques nationaux, régionaux et continentaux existants en matière de migration et de santé en Afrique
- Compiler les recherches existantes sur la gouvernance de la migration et de la santé en Afrique, en indiquant les lacunes existantes
- Identifier les pratiques bien développées concernant la gouvernance de la migration et de la santé ainsi que les domaines à améliorer

2. Flahaux et de Haas définissent l'intensité de l'émigration comme le nombre d'émigrants divisé par la population née dans chaque pays (Flahaux & De Haas, 2016).

- Fournir une analyse approfondie de l'état des services de soins de santé aux migrants en prenant compte des différents niveaux (national, régional et continental) et parties prenantes (migrants, représentants du gouvernement et des ONG, prestataires de soins de santé)
- Fournir des recommandations à l'UA pour guider ses États membres dans la gouvernance du lien entre migration et santé
- Fournir une proposition pour le contenu des modules de formation sur la migration et la santé pour l'UA afin de guider ses EM³.

1.2 Énoncé du problème

La CUA et ses États membres se sont engagés à améliorer la santé et la richesse de leurs populations, comme indiqué dans la stratégie du Programme 2063 (Agenda 2063) de l'UA (CUA 2013). Gérer efficacement les flux migratoires et exploiter les contributions que la migration apporte aux économies africaines sera crucial dans les décennies à venir pour les décideurs africains. Cependant, les politiques de santé et de migration (et donc les services et programmes) ont souvent fonctionné séparément, sans tenir suffisamment compte de la nécessité de prendre en compte les liens entre migration et santé (OMS 2019).

De plus, ces défis sont exacerbés par un manque de données sur la santé des migrants et un manque d'informations sur le degré de cohérence politique (ou autre) entre les cadres politiques de santé et de migration aux niveaux continental, régional et des États membres (OIM, 2020a). Une grande partie de la recherche sur ce sujet s'est concentrée sur la migration et la santé aux niveaux continental et régional ou aux niveaux national ou local. (cf. Abebe 2017, Maru 2019, Sweilah et al 2018).

La CUA a identifié la migration et la santé comme l'une des questions transversales du Cadre de politique migratoire pour l'Afrique (MPFA) de 2018. La pandémie mondiale actuelle de COVID-19 a encore mis en évidence l'importance et l'urgence de ces problèmes. Pour établir un programme et développer une approche continentale du lien entre migration et santé, l'UA a défini des priorités de recherche afin de combler avant tout les lacunes dans les connaissances.

Cette étude vise à combler certaines de ces lacunes en examinant les politiques et les pratiques en matière de migration et de santé aux niveaux continental, régional et national. Cela comprend un examen des cadres de l'UA, des CER et des politiques nationales de migration et de santé de 15 États membres de l'UA et ceux de la santé des migrants et des prestations de santé de 5 États membres de l'UA, chacun représentant une région africaine différente. Cela a été complété et enrichi par la collecte de données primaires au Kenya, au Nigéria et en Afrique du Sud auprès des migrants et des réfugiés, des agents de santé, de l'UA, des responsables régionaux et nationaux et du personnel des agences des Nations Unies.

1.3 Aperçu des concepts clés

La section suivante donne un aperçu du cadre conceptuel utilisé pour guider une analyse empirique de la gouvernance de la migration et de la santé en Afrique. Ceci présente les concepts pertinents et les définitions valides utilisées dans cette étude et y explique leurs liens. Le chapitre précise également la portée de l'étude et explique pourquoi certains aspects sont exclus.

1.3.1 Migrants

Pour cette étude, le terme générique « migrant » sera utilisé. Même s'il n'a pas de définition juridique universelle, il indique habituellement une personne qui s'éloigne de son lieu de résidence habituelle, que ce soit à l'intérieur d'un pays ou traversant une frontière internationale, temporairement ou définitivement, et pour diverses raisons (OIM, 2019a, p. 132) En raison de l'hétérogénéité du groupe de migrants, une catégorisation rigide qui cherche à capturer différentes perspectives, besoins et dynamiques sociales est clairement impossible.

Bien que les termes existants puissent aider à comprendre les dynamiques migratoires, il convient de garder à l'esprit que ces classifications ne sont pas nécessairement neutres et reflètent souvent les hypothèses et les valeurs des parties qui attribuent les étiquettes. De plus, certains termes, tels que « réfugié » ou «

3. Le plan et le module de formation élaborés par le Centre pour la Santé, l'Éthique, le Droit et le Développement (CHELD) au Nigeria. Pour plus d'informations à ce sujet, contactez la Commission de l'Union africaine - Département de la santé, des affaires humanitaires et du développement social.

demandeur d’asile », ont également des définitions juridiques spécifiques qui peuvent accorder certains droits et privilèges aux migrants (Abubakar et al., 2018). Cependant, pour s’appuyer sur les discours existants et pour différencier certaines réalités migratoires, l’équipe de recherche fera des références à un certain nombre d’autres catégories pertinentes. Alors que l’étude de cadrage a pris en compte tous les sous-groupes de migrants, dans l’étude analytique, il a été convenu avec la CUA, qu’il devrait y avoir une approche plus ciblée pour examiner les besoins spécifiques des réfugiés, des migrants réguliers et des migrants irréguliers dans les pays touchés par différentes voies de migration dans trois États membres de l’UA différents (voir le chapitre 2 ci-dessous pour plus d’informations).

Le tableau ci-dessous présente les définitions des sous-catégories de migrants utilisées dans cette étude.

Tableau 1 : Définitions des différentes sous-catégories de migrants

Catégorie Migrant	Définition
Migrants internationaux	Personnes qui restent en dehors de leur pays de résidence habituelle pendant au moins un an (UNDESA)
Travailleurs migrants internationaux	Personnes exerçant une activité rémunérée dans un État dont elles n’ont pas la nationalité, y compris les personnes légalement admises en tant que migrant pour l’emploi (OIT)
Migrants irréguliers / sans papiers (parfois aussi appelés « migrants illégaux »)	Personnes qui entrent dans un pays, souvent à la recherche d’un emploi ou d’autres opportunités, sans les documents ou permis requis ou qui dépassent la durée autorisée de séjour dans le pays N/A /Division Population des Nations Unies UNPD Il existe peu de sources de données fiables sur le nombre de migrants irréguliers
Personnes en situation de réfugiés *	Similaire aux réfugiés ci-dessous, mais cette catégorie est plus large car elle inclut les personnes qui ont été forcées de quitter leur pays d’origine mais qui n’ont pas le statut légal de réfugiés et qui n’ont pas enregistré de demandes d’asile. Typiquement, ce dernier groupe est constitué de migrants irréguliers. (HCR) Dans ce rapport, « personnes en situation de réfugiés » est utilisé comme un terme générique qui inclut les réfugiés enregistrés/légaux, les demandeurs d’asile et les migrants en situation irrégulière qui ont été contraints de fuir leur pays d’origine. *Il existe peu de sources de données fiables sur cette catégorie plus large
Réfugiés	Les personnes qui, en raison d’une crainte fondée d’être persécutées pour des raisons de race, de religion, de nationalité, d’appartenance à un groupe social particulier ou d’opinion politique, se trouvent en dehors du pays dont elles ont la nationalité, et sont incapables ou en raison de ces craintes ne veulent pas, se prévaloir de la protection de ce pays ou y retournent par crainte d’être persécutés. (HCR) Le terme réfugié est généralement utilisé dans un sens juridique précis - c’est-à-dire quelqu’un qui a obtenu le statut juridique de réfugié - ainsi que dans un sens plus large et plus abstrait.
Demandeurs d’asile	Personnes ayant demandé une protection internationale et dont les demandes de statut de réfugié n’ont pas été déterminées (HCR)
Diaspora	« Les personnes d’origine africaine vivant hors du continent, quelles que soient leur citoyenneté et leur nationalité et désireuses de contribuer au développement du continent et à la construction de l’Union africaine » (CIDO UA, 2021)

(Source: Adapté de (Zimmerman et al., 2011)

Il faut noter que ces catégories ne sont pas nécessairement constantes. Le statut et la catégorisation des personnes qui leur sont imposés par le droit international et l’application de ceux-ci par les États peuvent changer à plusieurs reprises au cours de leurs voyages, un phénomène qui est de plus en plus qualifié de « migration mixte » (MixedMigrationHub, 2021). Comme indiqué ci-dessus, les groupes de migrants que l’étude n’inclura pas seront les soi-disant « migrants internes », y compris les personnes déplacées à l’intérieur du

pays (PDI) et la migration rurale-urbaine à l'intérieur du pays, et la « diaspora » puisque la recherche porte sur les migrants qui ont traversé les frontières nationales pour se rendre dans d'autres pays d'Afrique.

1.3.2 Santé des migrants

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme un état de bien-être physique, mental et social complet et non simplement comme l'absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946, p. 1). Comme la recherche est menée dans une perspective de gouvernance, l'accent sera mis sur la question de savoir comment les soins de santé mentale et physique pour les migrants sont reflétés dans les cadres politiques nationaux, régionaux et continentaux de migration et de santé. En raison de la portée limitée de cette étude, l'aspect du « bien-être social » ne sera pas traité en détail, compte tenu de son étendue et de son énorme chevauchement avec une variété de domaines politiques différents (tels que le logement ou l'exclusion sociale).

L'OMS souligne que « la jouissance du meilleur état de santé possible est l'un des droits fondamentaux de tout être humain sans distinction de race, de religion, de conviction politique, de condition économique ou sociale » (OMS, 1946, p. 1). Cette définition s'applique indépendamment de la mobilité et/ou du statut migratoire des personnes. En pratique, la relation entre migration et santé est plus complexe. D'une part, les conditions entourant un parcours migratoire peuvent avoir un impact sur la santé des migrants et exacerber les vulnérabilités et les comportements à risque. Par exemple, les personnes déplacées de force sont plus susceptibles de souffrir de troubles induits par des traumatismes, ou les femmes qui courent un plus grand risque de violence sexiste pendant et après la migration, peuvent subir de graves conséquences physiques et mentales (Fiddian-Qasmiyeh et al., 2014). D'autre part, malgré ces vulnérabilités accrues, les migrants ont souvent des difficultés à trouver un traitement approprié dans leur pays de résidence. Certains facteurs tels que l'absence d'un statut juridique requis, la stigmatisation, les barrières linguistiques, la discrimination et le manque de revenus peuvent les empêcher d'accéder aux services de santé (Bradby et al., 2015).

D'un autre côté, la migration elle-même peut être une opportunité pour avoir de meilleurs soins de santé grâce au système de santé du pays d'accueil qui peut être de meilleure qualité. De plus, des études montrent qu'en moyenne les populations migrantes sont souvent en meilleure santé que les populations locales. Ce phénomène a été décrit comme « l'effet migrant sain » (Razum, 2008). Il fait référence à des processus (d'auto-)sélection préalables à l'immigration, qui favorisent notamment les personnes en bonne santé et plus résilientes à décider de migrer.

Par conséquent, l'impact de la migration sur la santé de ceux qui migrent varie considérablement d'un groupe de migrants à l'autre, en fonction, entre autres facteurs, de leur état de santé antérieur, de leur expérience au cours du voyage migratoire ou de leur sexe (Migration Data Portal, 2021). Cependant, la manière et les conditions dont les problèmes de santé peuvent être et sont traités dépend principalement de l'état du système de santé de la communauté d'accueil et des politiques de migration et de santé (celles-ci définissant qui a le droit d'accéder à quel type de services) leur mise en œuvre efficace. Par conséquent, la formulation et la mise en œuvre des politiques jouent un rôle essentiel dans la santé des migrants.

1.3.3 Gouvernance des migrations et de la santé

L'OIM définit la gouvernance des migrations comme « les cadres combinés de normes juridiques, de lois et de réglementations, de politiques et de traditions, ainsi que des structures organisationnelles [...] et les processus pertinents qui façonnent et régulent les approches des États concernant la migration sous toutes ses formes » (OIM, 2019a, p. 138) Pour cette étude, nous nous concentrerons sur les cadres politiques (c'est-à-dire les documents politiques, les stratégies et les lois) pertinents pour la migration et la santé.

En se basant sur cette définition plus générale, nous parlerons de « gouvernance de la migration et de la santé » en faisant référence aux approches juridiques et politiques des États qui traitent directement ou indirectement de la santé des migrants. Cela inclut les politiques relatives à la santé des migrants et la question de savoir dans quelle mesure les problèmes de santé peuvent conduire à des politiques migratoires plus restrictives. Il n'existe pas de cadre juridique et normatif universel unique traitant des migrants et surtout pas de la santé des migrants mais plutôt, une variété d'instruments juridiques mondiaux et régionaux contraignants, d'accords non contraignants et d'accords politiques conclus par les États aux niveaux mondial, régional et national (Koser, 2010). Ceux-ci seront plus en détail dans le chapitre 3 et dans le rapport d'étude de cadrage de ce projet de recherche.

1.4 Cadres théoriques sur la migration et la santé

L'examen systématique de la portée de la littérature a également identifié les principaux cadres théoriques utilisés dans la recherche sur la migration et la santé. Les deux plus courantes d'entre elles - les approches d'altération et des inégalités de santé, et les hypothèses de cadres culturels / d'acculturation - sont largement présentes dans la littérature et ont influencé à la fois la recherche et l'élaboration de politiques en matière de migration au cours des dernières décennies (Hossin, 2020).

Dans le premier cas, comme le soutiennent Grove et Zwi, les migrants sont affectés avec d'autres minorités sociales ou groupes externes, par une variété de mécanismes par lesquels les réfugiés, les demandeurs d'asile et les migrants en situation irrégulière sont classifiés comme « l'autre » et sont définis et traités comme étant séparés, distants et déconnectés des communautés d'accueil dans les pays d'accueil » (2006, p. 1931). Différents sous-groupes de migrants sont davantage touchés à cet égard, par exemple, les « effets d'autrui » sont susceptibles d'être plus sévèrement ressentis par les migrants forcés ou les réfugiés (ibid).

Dans le second modèle, les différences culturelles, qui influencent également le mode de vie et d'autres facteurs de santé, affectent les groupes de migrants, avec les effets sur la santé et les inégalités diminuant en théorie à mesure que l'acculturation dans le pays de destination augmente avec le temps, que ce soit au cours de la vie d'un migrant ou à travers les générations (Viruell-Fuentes, 2007).

Les modèles d'acculturation ont été critiqués pour leur incapacité à traiter de manière adéquate les fondements structurels de la culture, la race qui est parfois vue en termes plutôt binaires (Hossin, 2020). En effet, un argument en faveur de l'utilisation d'approches structurelles ou altérées et des inégalités de santé est que celles-ci sont mieux à même de prendre en compte les facteurs structurels qui sous-tendent les inégalités relatives à la santé (Ingleby et al., 2019). Cependant, les deux cadres décrits ci-dessus ont été largement développés à partir de recherches sur les modèles de santé des migrants et d'expérience des immigrants dans le Nord, ce qui peut limiter leur applicabilité dans d'autres contextes (Wickramage et al., 2018).

Considérant les ODD, mais aussi dans le cadre de nos objectifs, les Pactes mondiaux sur les réfugiés et les migrations sûres, ordonnées et régulières, les cadres stratégiques mondiaux pour la santé et le développement sont fondés sur une approche de la santé -ne laissant personne pour compte-donnant à la couverture sanitaire universelle (CSU) un rôle central dans l'amélioration des résultats de santé pour tous (ONU, 2018 ; Assemblée générale des Nations Unies, 2017). En effet, il existe un important corpus de recherche et d'élaboration de politiques en santé publique sur l'utilisation d'approches fondées sur les droits pour identifier et réduire les inégalités en matière de santé, souvent pour obtenir de meilleurs résultats en matière de santé (Lougarre, 2016). Les approches fondées sur les droits ont donc influencé la recherche, la formulation des politiques, y compris la migration et la santé des migrants (Sweileh et al., 2018). En effet, les approches fondées sur les droits peuvent être particulièrement utiles en ce qui concerne le plaidoyer en faveur de la santé des migrants, qui sont souvent exclus, que ce soit entièrement ou en partie, de la CSU qui est interprétée comme n'appartenant qu'aux citoyens nationaux (Abubakar et al., 2018).

Les approches des déterminants sociaux de la santé (DSS) sont privilégiées par l'OMS et l'OIM, et soulignent que les définitions de la santé doivent intégrer les dimensions sociales plus larges qui sous-tendent la santé, telles que (l'accès à) l'emploi, l'éducation, la situation familiale, etc. (Braveman & Gottlieb, 2014, Wallace et al., 2018, OMS, 2011). De plus, la migration elle-même est de plus en plus considérée comme un déterminant de la santé (Chung & Griffiths, 2018 ; Davies et al., 2006 ; IOM, 2017). Cependant, les approches DSS ont été critiquées de ne pas tenir compte de la migration (en particulier dans leurs versions précédentes) et de se concentrer sur le statut socioéconomique au détriment d'autres déterminants tels que la race, le sexe et le statut juridique (Ingleby et al., 2019).

Un autre ensemble de cadres théoriques traite l'état de santé des migrants et de la manière dont la migration affecte la santé des migrants avant, pendant et après les voyages migratoires. Un exemple courant cité ci-dessus est le « modèle de sélectivité », souvent décrit comme « l'effet migrant en bonne santé », qui postule que les migrants, en tant que groupe auto-sélectionné, ont tendance à être en meilleure santé que ceux qui ne migrent pas (Constant et al., 2018). Un autre modèle, et à certains égards son image inversée, est le modèle des « impacts négatifs », qui examine les impacts négatifs sur la santé de la migration dans le pays d'origine avant le départ, comme la malnutrition) ; des processus migratoires difficiles, tels que des migrations forcées ou des voyages risqués ; et des conditions difficiles dans le pays de résidence ou de transit, telles que le manque d'emploi (Attanapola, 2013).

Plus récemment, les approches intersectionnelles sont devenues populaires en raison de leur utilité pour explorer les inégalités au sein et entre les groupes sociaux, et de leur aptitude à expliquer les inégalités

d'état de santé entre les groupes, en particulier les migrants (Green et al., 2017 ; Viruell-Fuentes et al., 2012). Celles-ci proviennent de la recherche féministe noire et examinent les multiples façons dont les aspects de l'identité d'un individu - tels que la race, la classe ou le sexe - se recoupent pour affecter leurs expériences de vie (Carbado et al., 2013). Hossin note que « les cadres structurels et culturels conventionnels ont une utilité limitée pour expliquer les désavantages multifactoriels en matière de santé auxquels sont confrontés les migrants », et fait valoir que l'intersectionnalité peut incorporer et mettre en évidence les facteurs contextuels pré et post-migratoires affectant la santé des migrants (2020, p. 4).

Les deux principales approches pour intégrer l'intersectionnalité dans la recherche sociale identifiées dans la littérature sont l'approche traditionnelle des effets fixes, qui examine les interactions entre les catégories ou les variables sociales, et les modèles multiniveaux plus complexes, tels que l'approche d'analyse multiniveau de l'hétérogénéité individuelle et de la précision discriminante (MAIHDA) (Evans et al., 2020). Alors que le premier est le mieux adapté à la recherche même si le nombre d'aspects de l'identité et d'autres variables à l'étude est relativement limité, le second est préférable pour les contextes où le nombre d'identité et d'autres variables à l'étude est important (Green et al., 2017) .

Wickramage, Vearey, Zwi et al. soutiennent qu'il est essentiel de se concentrer sur la santé des migrants au sein de différentes typologies de migrants pour comprendre les liens complexes entre la migration internationale (et interne) et la santé (Wickramage et al., 2018) et pour éviter l'exceptionnalité de la migration et des migrants. En conséquence, ils proposent deux domaines de recherche : a) explorer les problèmes de santé dans diverses typologies de migrants et b) améliorer la compréhension des interactions entre migration et santé pour parvenir à une meilleure santé publique pour tous (Ibid.)

1.5 Cadre conceptuel

Les diverses approches théoriques identifiées dans l'examen de la portée ont été utilisées pour clarifier le cadre conceptuel et la méthodologie développés par l'équipe de recherche pour l'étude analytique. À la suite de Wickramage et al., cela comprenait une enquête sur trois sous-groupes différents de migrants dans trois États membres de l'UA, et était centré sur la santé des migrants et leur accès aux services de santé dans chaque pays (Wickramage et al., 2018).

Compte tenu des défis inhérents à l'enquête sur les répondants dans trois endroits différents sur une courte période, l'équipe de recherche a décidé d'éviter des modèles multiniveaux plus complexes et a opté pour une approche plus traditionnelle à effets fixes utilisant un ensemble plus limité de variables tirées des enquêtes, complétées et contextualisées par les données des entretiens et des groupes de discussion.

Le cadre conceptuel n'avait pas pour objectif de tester les cadres théoriques énoncés ci-dessus, mais plutôt d'essayer de répondre aux questions de recherche énoncées dans le chapitre 1. Néanmoins, les résultats peuvent fournir des informations supplémentaires sur certains de ces cadres théoriques, comme on le voit dans le chapitre de discussion (ch.10).

Au vu de ces considérations, l'étude a déployé un cadre conceptuel présenté à la figure 1. Comme on peut le voir, celui-ci met l'accent sur le lien entre migration et santé au niveau du cadre politique, ainsi que sur la mise en œuvre de ceux-ci par rapport aux besoins et aux états de santé des migrants.

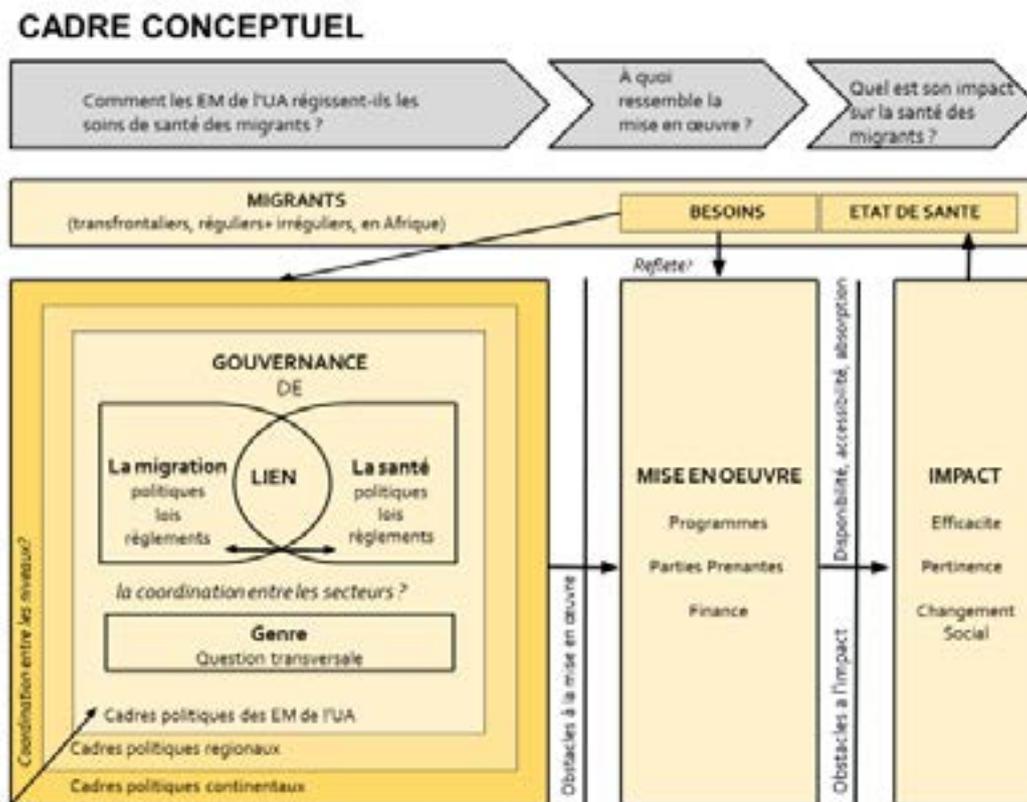


Figure 1: Cadre conceptuel de l'étude
(Source: Illustration des auteurs)

1.6 Questions de recherche

Cette étude a été guidée par les questions de recherche suivantes:

- Quels cadres politiques de migration et de santé existent aux niveaux continental, régional et national? Dans quelle mesure sont-ils efficaces et pertinents ?
- Quels sont les bons exemples et les domaines à améliorer concernant la gouvernance de la migration et de la santé ?
- Quels sont les obstacles à la mise en œuvre des politiques et programmes existants (aux niveaux national, régional et continental) ? Quels déficits de ressources et de capacités peut-on identifier ?
- Quel rôle les acteurs non gouvernementaux concernés jouent-ils dans la mise en œuvre des politiques au niveau national ? Leurs programmes comblent-ils suffisamment les lacunes ?
- Quels besoins spécifiques en matière de soins de santé les migrants ont-ils ?
- Quels sont les besoins des groupes vulnérables, en particulier les femmes migrantes ? Sont-ils reflétés dans les politiques et programmes ?
- Quels sont les obstacles à l'accès aux services de santé pour les migrants ? Quelles mesures ont été/ pourraient être mises en place pour les surmonter/atténuer ?
- Les préoccupations concernant la migration et la santé conduisent-elles à des politiques et programmes plus restrictifs ?
- Quelles pratiques/politiques pourraient être mises en œuvre dans d'autres États membres de l'UA ?
- Quelles mesures au niveau régional et continental seraient nécessaires pour renforcer substantiellement les efforts nationaux ?

- Quelles mesures d'urgence pourraient être mises en place en ce qui concerne la préparation au COVID-19 et/ou à la pandémie pour améliorer les résultats sanitaires ?

1.7 Structure de l'étude

La structure de l'étude présentée dans ce rapport est la suivante :

Le chapitre 2 décrit la méthodologie conçue et mise en œuvre pour les différentes phases de l'étude, y compris l'étude de cadrage et les phases d'étude analytique. Le chapitre 3 présente les principaux cadres politiques de migration et de santé en place aux niveaux mondial, continental et régional. Enfin, dans les chapitres 4 à 8, nous présentons une évaluation détaillée des politiques et des problèmes de migration et de santé en jeu dans les pays cibles de l'étude, le Kenya, le Nigéria et l'Afrique du Sud, suivie des conclusions d'examen documentaires complets pour la RDC et le Maroc.

Le chapitre 9 traite des questions soulevées par les parties prenantes expertes régionales et continentales, suivi au chapitre 10 par une discussion des résultats de l'étude. Enfin, le chapitre 11 présente nos conclusions et recommandations pour une action potentielle des gouvernements, des partenaires internationaux et des autres parties prenantes.

L'annexe I donne les sources détaillées des infographies nationales fournies. Des exemples de bonnes pratiques sont présentés à l'annexe II, suivis de l'annexe III sur le COVID-19 et la migration. Une sélection de résultats d'enquêtes pour le Kenya, le Nigeria et l'Afrique du Sud est fournie à l'annexe IV, et les questions de l'enquête sont présentées à l'annexe V. L'annexe VI comprend une matrice des relations entre les codes des principaux groupes d'interview par pays/région. L'annexe VII comprend un aperçu des termes clés et définitions des différents groupes de migrants utilisés dans l'étude, et l'annexe VIII énumère les entretiens avec les informateurs clés menés par l'équipe de SLE Berlin dans le cadre de l'étude. Enfin, l'annexe IX donne un aperçu des processus de dialogue interétatique pertinents sur la migration en Afrique.

2 Méthodologie

Dans ce chapitre, la méthodologie de démarrage de l'étude de cadrage et des phases analytiques du projet d'étude sont décrites, y compris l'approche des chercheurs partenaires du projet et le développement d'instruments de recherche (enquêtes, entretiens avec des informateurs clés et discussions de groupe). Cette étude comprenait deux phases principales, à savoir une phase d'étude de cadrage et une phase d'étude analytique.

2.1 Cartographie des parties prenantes

Dans la phase de démarrage, l'équipe d'étude a identifié une variété d'utilisateurs potentiels des résultats. Comme le montre la figure 2, ceux-ci peuvent être divisés en utilisateurs ou parties prenantes directs et indirects.

Ce projet de recherche a été commandité par le Département de la santé, des affaires humanitaires et du développement social (HHS) de la Commission de l'Union africaine (CUA) et le programme GIZ « Appui à l'Union africaine sur les migrations et les déplacements ». L'UA se compose de ses EM, ainsi que de la CUA et de ses sous-unités et comités respectifs. Au niveau des États membres, cela inclut les ministères respectifs et l'administration générale. Il existe également une composante régionale de l'UA qui sont les huit Communautés économiques régionales (CER).

Un autre utilisateur direct est représenté par le Centre africain de contrôle et de prévention des maladies (CDC Afrique) qui fait partie de la CUA et est chargé de soutenir les initiatives de santé publique des États membres et de renforcer la capacité de leurs institutions de santé publique à détecter, prévenir, contrôler et réagir rapidement et efficacement aux menaces de maladies. Un autre utilisateur direct au sein de l'UA est la division des affaires humanitaires (CUA HA). En ce qui concerne spécifiquement la migration, son mandat comprend la mise en œuvre de solutions durables aux crises humanitaires et politiques, les problèmes de déplacement et la promotion d'une Afrique sans visa à travers l'initiative de l'Agenda 2063.

Le groupe des utilisateurs indirects est composé de différentes entités. Il s'agit notamment des bénéficiaires ultimes de l'étude : les migrants en Afrique, dont la situation sanitaire doit être améliorée sur la base des conclusions de l'étude et de la mise en œuvre de ses recommandations. Outre les migrants, les établissements de santé et leur personnel constituent un autre groupe important d'utilisateurs indirects. Les organisations intergouvernementales telles que l'OIM, l'OIT ou le HCR, la communauté scientifique, ainsi que les organisations non gouvernementales internationales (ONGI) et la société civile en Afrique et dans le monde, peuvent également bénéficier d'informations plus détaillées sur ce sujet complexe.

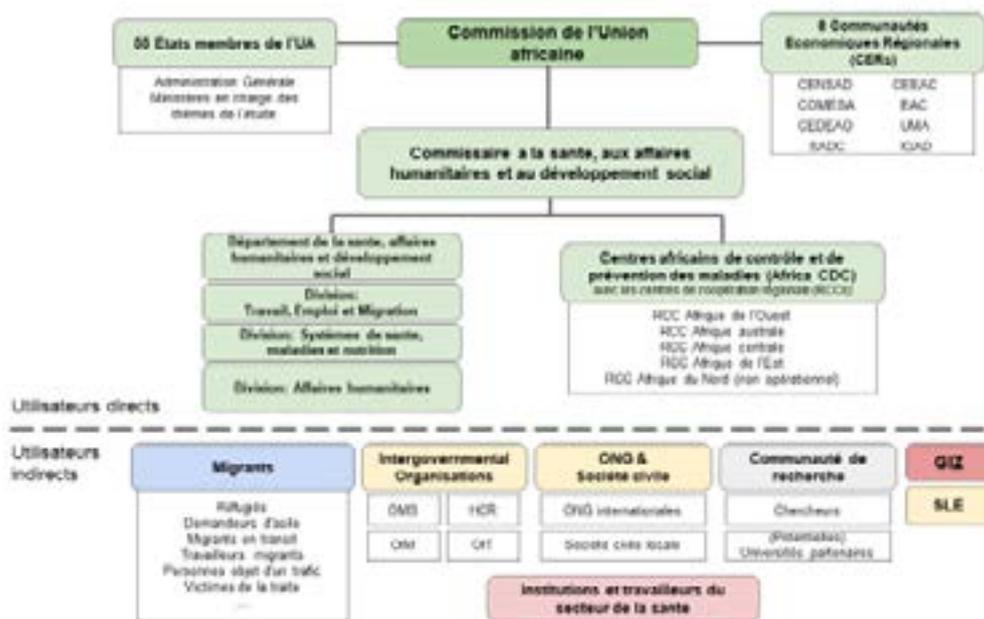


Figure 2: Cartographie des parties prenantes de l'étude.

(Source: Illustration des auteurs)

La sélection des pays pour l'étude de cadrage était basée sur la situation géographique des pays le long des routes migratoires, la part globale et le nombre de migrants à l'intérieur ou en transit dans les pays, les caractéristiques de ces migrants, telles que leur statut juridique, et les différents types de flux migratoire. D'autres considérations ont été accordées aux diverses caractéristiques des pays telles que la taille de la population, la langue et les facteurs socio-économiques. La décision de choisir un nombre égal de pays dans les cinq régions était basée sur le principe de l'UA d'inclure une représentation régionale dans tous les projets.

Les 15 pays sélectionnés pour la phase d'étude de cadrage étaient : la Mauritanie, le Maroc et la Tunisie pour l'Afrique du Nord ; le Kenya, le Soudan et l'Ouganda pour l'Afrique de l'Est ; l'Angola, le Botswana et l'Afrique du Sud pour l'Afrique australe ; le Cameroun, la RDC et le Gabon en Afrique centrale ; et le Nigeria, le Sénégal et la Gambie en Afrique de l'Ouest.

2.2 Phase d'étude de cadrage

La phase d'étude de cadrage s'est déroulée entre fin août et mi-octobre 2020. L'étude de cadrage comportait deux parties : un examen des politiques et un examen de cadrage systématique de la littérature disponible. Lors de l'examen des politiques, les cadres politiques pertinents en matière de migration et de santé aux niveaux international, continental et régional ont été évalués, ainsi que dans les 15 pays.

Dans l'examen systématique du cadrage, la littérature universitaire et autres ressources pertinentes, comme les rapports, profils, évaluations, fiches d'information et publications scientifiques d'organisations internationales et d'ONG, ont été pris en compte. Les chaînes de recherche ont été développées en anglais, français et portugais (pour plus de détails voir Étude de cadrage) et utilisées dans les bases de données suivantes : ScienceDirect, PubMed, African Journals Online (AJOL), Wiley et JSTOR. En conséquence, un nombre total de 10 243 publications ont été identifiées. Dans l'étape suivante, l'équipe de recherche a évalué la littérature scientifique identifiée via un processus élaboré utilisant le DistillerSR, un logiciel spécialement conçu pour faciliter les revues systématiques, comme le montre la figure 3 ci-dessous :

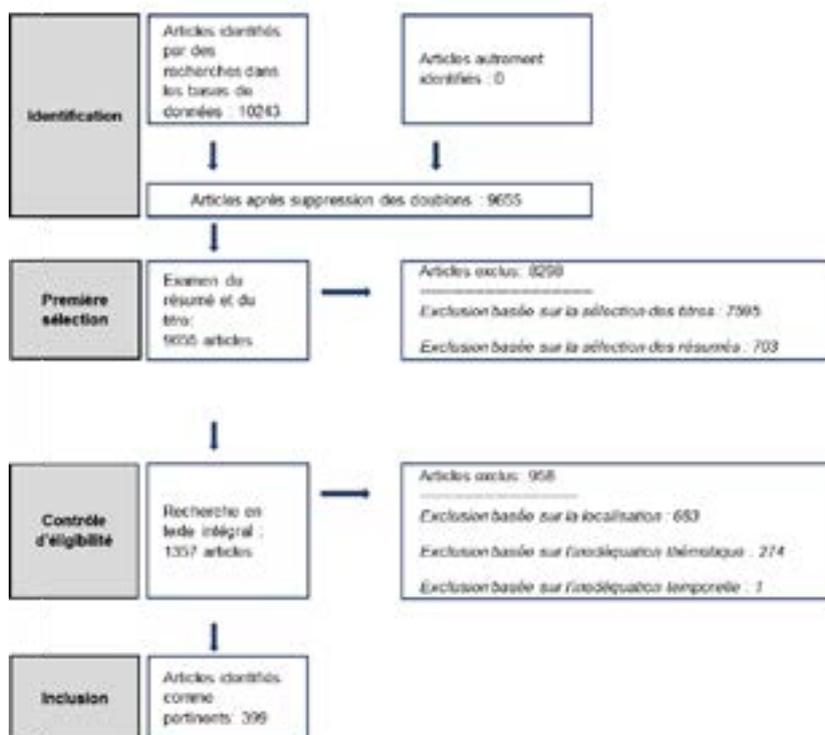


Figure 3: Revue du cadrage.

(Source: Illustration des auteurs)

Des éléments ont également été ajoutés à l'examen de la portée de la littérature sur une base itérative, y

compris des recherches d'articles et de textes en russe et en arabe. Le processus DistillerSR a identifié 399 articles pertinents à examiner. En utilisant des techniques boule de neige basées sur un examen de ces documents et d'autres suggérés par les intervenants experts consultés dans le cadre du projet d'étude, 108 autres publications ont également été identifiées.

Au total, l'équipe a examiné plus de 500 publications pertinentes recueillies dans le cadre de l'examen de la portée et 575 documents politiques aux niveaux continental, régional et national.

Un aperçu des cadres politiques pertinents et une analyse de la situation dans chacun des 15 pays ont été fournis dans le rapport de l'étude de cadrage. Ceux-ci comprenaient un contexte général sur les pays, les circonstances et le nombre de migrants, et le paysage politique sur la migration et la santé. Ces profils nationaux ont été complétés par des informations aux niveaux régional et mondial.

2.3 Sélection des pays pour l'étude analytique

Sur la base des résultats de l'étude de cadrage, l'équipe de recherche a proposé des pays pour une analyse plus approfondie lors d'un webinar en ligne avec la CUA et la GIZ le 17 octobre 2020. En accord avec ces partenaires commanditaires, trois pays ont été sélectionnés pour la collecte de données primaires dans la phase analytique : le Kenya, le Nigéria et l'Afrique du Sud. Les pays sélectionnés ont été choisis pour couvrir les principales voies migratoires en Afrique, à savoir la voie migratoire mixte du Sud vers l'Afrique du Sud et les pays impliqués dans les processus de Rabat et de Khartoum.⁴ Dans chacun de ces pays, l'accent a été mis sur un sous-groupe spécifique de migrants pour garantir que les besoins et les expériences très différents de ces sous-groupes ont été pris en compte.

Au Kenya, reconnaissant l'importance des flux de réfugiés vers le pays, il a été convenu que l'étude se concentre sur les réfugiés. Au Nigéria, bien que la migration irrégulière et les déplacements internes dus aux conflits et à la désertification soient des moteurs importants de la migration, il a été convenu que l'accent soit mis sur les migrants réguliers, car la liberté de mouvement dans l'espace CEDEAO est un facteur important pour la mobilité dans la région. Enfin, compte tenu de l'importance de la migration mixte, l'Afrique du Sud a été sélectionnée pour se concentrer sur les migrants irréguliers. En outre, pour permettre la représentation de pays de différentes régions africaines, la RD Congo et le Maroc ont été choisis comme centres d'examen documentaires complets. Ici, les conclusions respectives de l'étude de cadrage ont été complétées par d'autres recherches documentaires approfondies et des consultations d'experts lorsque cela était possible.

Ces trois sous-groupes distincts de migrants ont été choisis parce que les différents statuts légaux et parcours migratoires, ainsi que les différentes routes migratoires, soulèvent des défis sanitaires spécifiques pour chacun d'entre eux. Compte tenu du temps limité et de la nécessité de couvrir ces sous-groupes clés, il a été décidé de se concentrer sur un sous-groupe différent dans chaque étude de cas de pays. Bien que cela puisse créer des défis pour comparer les résultats entre ces trois sous-groupes différents dans trois contextes différents, il était intéressant de prendre en compte les différences et les similitudes dans leurs expériences relatives à la santé. De plus, comme l'objectif de l'étude est plutôt de formuler des recommandations que de comparer les pays, nous avons décidé que la comparabilité n'était pas le critère principal.

2.4 Phase d'étude analytique - conception de l'enquête

La phase d'étude analytique s'est déroulée sur six semaines entre octobre et décembre 2020. Compte tenu des limitations de temps imposées par le projet et des restrictions de voyage vers les 3 pays d'étude en Afrique, une méthodologie à distance a été développée. Néanmoins, il y avait des possibilités pour générer des connaissances approfondies sur le contexte, le contenu et les ramifications de la santé des migrants dans les différents pays étudiés (Fauser, 2018 ; McKim, 2017). À ce titre, l'équipe a déployé un modèle d'étude simple à méthodologie mixte comprenant des méthodes quantitatives (enquêtes) et qualitatives (entretiens avec des informateurs clés et discussions de groupe). En outre, l'étude a déployé une combinaison d'échantillonnage raisonné et de méthodes boule de neige pour atteindre un éventail de répondants potentiels aussi large que possible.

4. Le Dialogue euro-africain sur la migration et le développement (Processus de Rabat) est un dialogue régional sur la migration. Depuis 2006, le Dialogue offre un cadre de concertation réunissant les pays d'origine, de transit et de destination des routes migratoires reliant l'Afrique centrale, occidentale et septentrionale à l'Europe (Processus de Rabat ICMPD, 2021). De même, le Processus de Khartoum est une plate-forme de coopération politique entre les pays le long de la route migratoire entre la Corne de l'Afrique et l'Europe établie en 2014. Il vise à établir un dialogue continu pour une coopération renforcée sur la migration et la mobilité. (Processus de Khartoum ICMPD, 2021).

2.5 Projet de recherche avec des partenaires à distance

En raison de la pandémie de COVID-19 débutant au début de 2020 et des restrictions de voyage qui en résultaient, cette étude a été planifiée et exécutée en tant que projet numérique par l'équipe SLE travaillant depuis Berlin. Cependant, cette étude n'aurait pas été réalisable avec la seule implication de l'équipe de Berlin, puisqu'il y avait un besoin urgent d'expertise et d'informations sur le terrain. Nous avons donc développé et mis en œuvre une démarche avec des partenaires de recherche utilisant une approche à distance.

Pour ce faire, nous avons engagé des partenaires de recherche dans les trois pays cibles sélectionnés, le Kenya, le Nigéria et l'Afrique du Sud, pour mener des recherches sur le terrain. Après avoir lancé un appel d'offres et mené des entretiens avec des partenaires potentiels, l'équipe de SLE Berlin a choisi des partenaires de recherche pour travailler ensemble dans chaque pays.

Au Kenya, il s'agissait du professeur Dr Othieno Nyanjom de l'Université technique du Kenya. Au Nigéria, les chercheurs partenaires étaient Onyekachi Wambi, Mgbechikwere Nana Nwachukwu et Stella Opoku Owusu de la Fondation africaine pour le développement. En Afrique du Sud, les chercheurs partenaires étaient le Dr Khangelani Moyo, Sibonginkosi Dunjana et Kumbi Madziwa de l'Université du Witwatersrand.

Les instruments d'enquête ont été formulés en consultation avec des partenaires de recherche, et développés par l'équipe de recherche de Berlin, pilotés en Europe et par la suite dans chacun des 3 pays de l'étude par les chercheurs partenaires respectifs. L'équipe a rédigé des lignes directrices et des questions pour les entretiens des informateurs clés et les groupes de discussion, compilé un questionnaire et mis en place une plateforme en ligne pour l'enquête. Alors que les partenaires de recherche ont mené les enquêtes, les entretiens et les groupes de discussion dans les trois pays avec les groupes cibles pertinents de migrants, de professionnels de la santé et de décideurs, l'équipe de Berlin a mené des entretiens supplémentaires avec des experts continentaux et régionaux en matière de santé et de migration. En janvier 2021, les équipes avaient réalisé 44 entretiens et cinq groupes de discussion avec des migrants, des agents de santé, des responsables gouvernementaux, des représentants d'organisations internationales telles que l'OIT, l'OIM, l'OMS et l'UA, et des représentants de diverses ONG.

Sélection de sites de recherche

En raison des défis imposés par les restrictions locales et nationales liées à la pandémie et à d'autres facteurs dans chacun des pays de l'étude, les partenaires de recherche ont eu la possibilité de proposer à l'équipe de recherche des sites de recherche pour la collecte de données. Des considérations différentes de chaque pays ont influencé le choix des sites de recherche.

La recherche au Kenya a été menée avec le Centre de bien-être communautaire d'Eastleigh (ECWC) décrit dans le chapitre sur le Kenya. La troisième plus grande population de réfugiés au Kenya se trouve dans le quartier urbain de Nairobi. Ce cadre présente un intérêt particulier car de nombreuses recherches ont étudié la situation dans les camps. Cependant, les communautés de réfugiés à Nairobi sont plutôt dispersées, et mener des enquêtes est une entreprise problématique que peu de chercheurs ont pu accomplir.

Au Nigéria, les déplacements dans les régions du nord du pays où l'insurrection en cours a entraîné des déplacements forcés considérables ont été jugés dangereux et peu pratiques par les partenaires de recherche nigériens. En outre, les restrictions de voyage liées au coronavirus et l'instabilité politique à la suite des manifestations contre la brutalité policière à Lagos et dans d'autres villes ont rendu les déplacements sur différents sites extrêmement difficiles. Compte tenu de l'accent mis sur les migrants réguliers, il a été décidé de poursuivre la collecte de données sur les sites de Lagos uniquement.

En Afrique du Sud, les sites de recherche étaient Johannesburg et Pretoria. Dans les deux villes, les partenaires de recherche ont couvert les quartiers d'affaires centraux pour recueillir les données de ceux qui y habitent et de ceux qui viennent des banlieues à forte densité et des quartiers informels. L'équipe a également collecté des données dans d'autres zones moins densément peuplées des deux villes associées aux migrants irréguliers.

Compte tenu des limitations de temps et des restrictions de voyage, les chercheurs de chaque pays de l'étude ont déployé des méthodes d'échantillonnage en chaîne et aléatoire pour recruter des répondants dans chacun des trois sous-groupes de migrants et d'autres parties prenantes concernées.

2.6 Outils de recherche

2.6.1 1 Entretiens avec des informateurs clés (KII)

Des questions pour les entretiens avec des informateurs clés (KII) semi-structurées ont été élaborées pour trois groupes cibles de répondants : les migrants, les représentants du gouvernement (issus d'un contexte de politique migratoire ou de santé) et les agents de santé. Ces entretiens consistaient en une série de questions sur les expériences des migrants en matière d'accès aux services de santé et, le cas échéant, les connaissances des répondants sur les politiques et programmes de migration et de santé pertinents dans les trois pays de l'étude approfondie et au niveau régional ou continental. En outre, chaque équipe de partenaires de recherche a mené des activités de sensibilisation et mené des entretiens avec des informateurs clés avec les trois groupes de répondants au Kenya, au Nigéria et en Afrique du Sud, comme indiqué dans le tableau ci-dessous:

Tableau2 : Nombre total d'entretiens réalisés par pays et par groupe de personnes interrogées
(Source: Illustration des auteurs)

Pays	Migrants	Responsables	Agents de santé
Kenya	5	5	5
Nigeria	5	4	5
Afrique du sud	2	2	1
Total	12	11	11

En outre, l'équipe de recherche a interrogé 10 responsables, au niveau régional et au niveau de l'UA, ainsi que les personnels d'agences intergouvernementales telles que l'OIM, l'OMS, le HCR et un centre d'accueil de migrants.

Le tableau en annexe énumère les entretiens avec les informateurs clés réalisés par l'équipe de recherche sur les rôles professionnels des personnes interrogées. Les équipes de recherche ont également eu de nombreuses discussions informelles avec des parties prenantes expertes, dont les informations ont été utilisées pour alimenter les résultats de l'étude et la cartographie des parties prenantes (voir chapitre 1).

Pour les entretiens, l'équipe de recherche a déployé une approche d'induction (théorie ancrée) puisque celle-ci permet aux répondants d'identifier des thèmes et des sujets et de générer des informations intéressantes sur le sujet de recherche. Les entretiens duraient généralement entre 40 minutes et 1 heure. Les données des entretiens avec les informateurs clés ont été transcrites par chaque équipe de recherche (Allemagne, Kenya, Nigéria et Afrique du Sud) à l'aide d'un logiciel de transcription automatisé, puis corrigées manuellement et codées dans le logiciel MAXQDA.

2.6.2 Discussions de groupe

Les groupes de discussion visaient à générer une discussion ciblée entre chaque groupe sur des sujets pertinents pour l'étude. Différentes questions ont été développées pour chaque groupe afin de trouver des réponses à un large éventail de questions de recherche. Comme pour les entretiens avec des informateurs clés, l'équipe de recherche a utilisé une approche inductive pour pouvoir générer des informations précieuses des répondants sur le sujet de recherche. Les séances de groupe de discussion ont duré entre une et deux heures et ont été menées en ligne et en présentiel. Des partenaires de recherche dans les trois pays ont organisé 5 groupes de discussion avec un total de 25 migrants et prestataires de services. Les données des groupes de discussion ont été collectées et transcrites automatiquement, puis corrigées manuellement avant d'être codées dans le logiciel MAXQDA.

2.6.3 Enquête

Une enquête a été menée pour collecter des données quantitatives sur la santé des migrants et l'accès aux services de santé, qui pourraient ensuite être validées conformément aux résultats qualitatifs. Par conséquent, les enquêtes existantes du projet Health on the Move et les enquêtes pertinentes de l'OMS ont été adaptées aux besoins et au contexte spécifiques de ce projet.⁵

5. Voir (SurveyMonkey, 2020; WHO, 2020c)

Le questionnaire comprenait un total de 60 questions, dont seulement deux étaient obligatoires : « Dans quel pays vivez-vous actuellement ? » et « Quelles ont été les principales raisons pour lesquelles vous êtes venu dans ce pays ? ». 15 questions visaient à fournir des informations personnelles / démographiques, telles que l'âge, la profession et le statut de résidence. Sur la base de ces critères, des comparaisons intragroupes peuvent être effectuées au sein des pays. Les 45 questions restantes évaluaient l'état de santé individuel et les problèmes de santé spécifiques et l'évaluation subjective de l'accès et de la qualité du système de santé en général. Le questionnaire complet est fourni en annexe V.

Les questionnaires ont été distribués sous forme numérique et imprimée par des partenaires de recherche aux groupes spécifiques de migrants. Les enquêtes ont été distribuées en anglais et traduites dans les langues locales par des partenaires de recherche. Elles comprenaient des champs de sélection multiple, de sélection unique, de classement et de questions ouvertes. La collecte de données quantitatives s'est déroulée de novembre à décembre 2020. Les personnes interrogées pouvaient remplir des questionnaires en utilisant le lien vers l'enquête fournie par les équipes de recherche et partagé aux réseaux de migrants dans chaque pays. Certaines réponses ont également été recueillies par le biais d'équipes de terrain sous forme d'entretiens, où les enquêteurs se sont adressés aux personnes et ont présenté les enquêtes en posant chaque question successivement. Un total de 965 enquêtes éligibles a été obtenu avec l'Afrique du Sud n = 310, le Nigéria n = 355 et le Kenya = 300. Les enquêtes n'ont pas été prises en compte si les personnes interrogées ne vivaient dans aucun des trois pays ou n'étaient pas originaires du continent africain. Ainsi, sept répondants ont été retirés de l'ensemble de données. L'équipe de recherche soutient l'approche des principes du développement numérique et se fera un plaisir de fournir à d'autres chercheurs l'ensemble de données anonymisées sur demande (Principles for Digital Development, 2021).

2.6.4 Analyses de données

En termes d'analyse des données quantitatives, les données ont été révisées selon les critères d'éligibilité des personnes interrogées. Dans l'ensemble de données restant, de nouvelles catégories ont été produites, pour obtenir de plus amples informations. Cela comprenait une catégorie de statut de résidence moins spécifique : certains documents. Cela a été introduit chaque fois que les personnes ont répondu qu'elles avaient des documents permanents (permis de travail) ou temporaires (séjour scolaire, demandeurs d'asile ou réfugiés). Cette catégorie moins spécifique a permis de comparer les personnes avec certains documents (n = 562) et les personnes sans papiers (n = 292), donc les migrants irréguliers. Les personnes qui n'ont pas indiqué leur statut (n = 26), ont laissé la question ouverte (n = 16), ou les personnes ayant le statut de citoyen (n = 69, par exemple, les nomades peuls au Nigéria) ont été exclues de cette comparaison.

La majeure partie de l'analyse a été effectuée de manière descriptive à l'aide de R, SPSS, Excel et Kobo Toolbox. Ces logiciels ont été utilisés pour leurs différentes fonctionnalités. Étant donné que les échantillons d'enquête n'ont pas été collectés au hasard et que différentes tailles d'échantillon de variables indépendantes expliquent une partie des impacts sur les variables dépendantes, toutes les mesures de signification doivent être prises avec prudence. Cependant, les lettres majuscules dans les tableaux de résultats indiquent un niveau de signification de 5 %.

Les données qualitatives ont été analysées à l'aide du logiciel MAXQDA pour coder les données des entretiens et des groupes de discussion et examiner les interactions entre les répondants et les thèmes identifiés. 169 thèmes et sous-thèmes ont été identifiés, et l'équipe de recherche a utilisé différents outils de données pour analyser les ensembles de données qualitatives, y compris des matrices de relations de code, des nombres de fréquence de mots, des requêtes de codage simples et complexes et des recherches lexicales pour comparer des ensembles de réponses au sein et entre les groupes des répondants.

2.7 Portée et limites de l'étude

Comme cela n'est pas rare avec la recherche sur la migration et la santé, les entretiens avec les migrants et les fonctionnaires ont été les plus difficiles à organiser pour les équipes de recherche. Diverses explications ont été avancées par les partenaires de recherche et les personnes interrogées, notamment le manque de temps, le manque d'incitations, la stigmatisation générale attachée aux migrants (en Afrique et en Europe), la crainte que la participation à l'étude d'une manière ou d'une autre ait un impact négatif et (pour les responsables gouvernementaux et les agents de santé) la crainte que leur participation n'ait des conséquences professionnelles ou politiques négatives.

Les restrictions de voyage et autres restrictions dues à la pandémie ont eu un impact sur la conception et la mise en œuvre de l'étude. C'était particulièrement le cas dans les trois pays de l'étude, car les méthodes traditionnelles de collecte de données en présentiel lors des réunions et des rassemblements qui peuvent être utilisés pour collecter des données auprès de plusieurs répondants, n'étaient pas toujours possibles en raison des restrictions de déplacements locaux et d'autres restrictions de santé en place.

Il y avait un certain nombre d'autres limites à cette étude, causées par plusieurs facteurs. Tout d'abord, les définitions et la terminologie utilisées pour les groupes de migrants ne sont en pratique pas toujours distinctes. En effet, la migration peut être involontaire et peut même se produire involontairement. Comprendre les « migrants » comme des personnes traversant des frontières internationales n'est pas toujours la définition la plus utile pour ce groupe, car elle exclut les personnes déplacées et les autres migrants internes (par exemple, la migration rurale-urbaine) qui peuvent être confrontés à des défis similaires aux migrants internationaux, en particulier les personnes dans des situations similaires aux réfugiés, comme on le voit notamment avec les nombreuses personnes déplacées en RD Congo ou au Nigéria. La portée de la recherche portant uniquement sur les migrants transfrontaliers représente donc une limite supplémentaire de l'étude.

De même, les différentes catégories de migrants, tels que les travailleurs migrants et les réfugiés, ne sont pas toujours clairement définies, ce qui conduit parfois à mélanger les groupes cibles lors des entretiens. Encore une fois, une certaine délimitation entre les groupes était nécessaire, à la fois pour affiner l'étude et obtenir des résultats dans les délais et les ressources disponibles, et pour refléter les besoins différents des divers sous-groupes ainsi que leur différents statuts juridiques.

Deuxièmement, la taille de l'échantillon des répondants ne représente pas la taille ou la répartition totales de la population cible, et ne peut donc pas être considérée comme représentative de la population totale, sans parler d'un continent de plus d'un milliard de personnes. La sélection des pays d'étude peut également être une autre limitation, car aucun pays ne peut être vraiment représentatif de l'ensemble des 55 États membres de l'UA. Les trois principaux pays de collecte de données partagent certaines caractéristiques - notamment leur importance économique et politique dans chaque région de l'UA - par conséquent, les résultats peuvent s'avérer difficiles à appliquer à d'autres États membres de l'UA en fonction de leurs contextes nationaux.

En effet, il existe des contextes très distincts en jeu dans les différents États membres de l'UA, et différents groupes de migrants sont confrontés à des défis différents et ont des besoins différents. Cela a été anticipé avant le début de l'enquête par l'équipe de recherche qui a tenté de compenser cela en adoptant un élément de méthodes d'échantillonnage raisonné et aléatoire. Néanmoins, l'échantillon de recherche total collecté dans les trois pays de collecte de données primaires était un ensemble de données complet et peut fournir des informations utiles pour comprendre les besoins des trois sous-groupes de migrants concernés au Kenya, au Nigéria et en Afrique du Sud.

Troisièmement, la migration irrégulière est un sujet sensible. Même sous l'anonymat, les participants ont signalé des inquiétudes au cours des entretiens craignant d'être identifié. Cela rend plus difficile l'obtention d'informations auprès de ce groupe, car les gens sont moins susceptibles de s'exprimer plus ouvertement. Ils peuvent ne pas divulguer leur véritable état de santé ou leurs problèmes de santé à des étrangers. Les problèmes liés à la divulgation complète peuvent également être amplifiés par l'approche numérique de cette étude. Afin de confirmer les besoins de distanciation sociale, des groupes de discussion et certains entretiens ont été menés par voie numérique, et l'enquête a été distribuée en partie à distance. Il est plus difficile de bâtir la confiance dans les environnements virtuels. Pour atténuer ce problème, de nombreux questionnaires ont été collectés par des partenaires de recherche dans le domaine, mais cette limitation ne peut pas être complètement éliminée.

Ce que l'on appelle la « fatigue du zoom » était un autre défi pour obtenir et organiser des entretiens et des discussions de groupe avec les répondants dans les environnements en ligne. Le fait que les gens passent déjà beaucoup de temps de leur journée de travail à utiliser de tels outils de communication en ligne affaiblit la motivation à participer à des entretiens en ligne et à des groupes de discussion. L'invitation de plusieurs participants à des groupes de discussion était également un obstacle à la participation.

La conception des outils de recherche était également une limite potentielle à deux niveaux. Premièrement, malgré les efforts déployés pour piloter les outils de recherche (enquête, entretien et questions de groupe de discussion), il est possible que le langage utilisé n'ait pas été suffisamment clair ou ait été susceptible d'être compris d'une certaine manière par certains répondants. L'utilisation de l'anglais comme langue principale de l'enquête a également posé des défis. Par exemple, certains répondants à l'enquête au Nigéria semblent avoir compris la question « où se trouve votre pays de résidence ? » comme « où se trouve votre pays d'origine ? », dû au fait qu'ils considèrent toujours leur pays d'origine comme leur pays de résidence (en

effet, les partenaires de recherche nigériens ont effectué des vérifications supplémentaires sur les réponses des personnes interrogées pour confirmation). Au Kenya et en Afrique du Sud, les partenaires de recherche ont dû traduire l'enquête et les questions d'entretien dans les langues locales (kiswahili, ndebele, tigrinya, shona et somali). Enfin, l'enquête contenait des questions à choix multiples dans lesquelles les répondants pouvaient sélectionner plusieurs réponses, ce qui affecte l'analyse et la présentation de ces réponses.

3 Migration et santé en Afrique - politiques et problèmes majeurs

Ce chapitre vise à présenter les chapitres suivants sur les cinq pays de l'étude et donne un aperçu des politiques migratoires et de santé pertinentes aux niveaux international, continental et régional.

3.1 Migration et santé - politiques et problèmes majeurs au niveau mondial

L'architecture institutionnelle et juridique mondiale de la santé publique est relativement bien développée au niveau international. D'une part la santé a longtemps été considérée comme une composante clé du développement socio-économique, et d'autre part, le rôle de la santé dans les urgences humanitaires est également bien compris. La définition principale de la santé utilisée dans cette étude est « une absence de maladie et de souffrance », mais la santé – et cela est également vrai pour la santé des migrants – est également comprise comme étant constituée d'un ensemble de déterminants sociaux tels que la famille, l'accès à l'emploi ou (l'accès à) l'éducation (OIM, 2020).

Le droit à la santé est inscrit à l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme des Nations Unies, qui stipule que « Chacun a droit à un niveau de vie suffisant pour sa santé et son bien-être et celui de sa famille, y compris la nourriture, les vêtements, le logement et les services de soins de santé (Assemblée générale des Nations Unies, 2008)

Les Objectifs de développement durable (ODD) fournissent des cibles claires sur différents aspects de la santé ; par exemple, 3.2 traite l'élimination des décès évitables de nourrissons et d'enfants de moins de cinq ans d'ici 2030 ; pour plus d'informations voir les cibles ODD 3.1 à 3.13. La politique et la programmation de la santé constituent une partie importante des pratiques de développement (et humanitaires) depuis un certain temps déjà, bien qu'il y ait des inquiétudes quant à leur faisabilité d'ici 2030. Laissant de côté les défis plus larges (mais en lien) du financement du système de santé, le « déficit de financement » qui doit être comblé afin d'atteindre les ODD d'ici 2030 est important, et estimé à 2,5 à 3 trillion de dollars américains par an (ONU, 2015 ; CNUCED, 2014).

D'autres objectifs de développement durables sont également pertinents pour la migration et la santé en particulier, comme l'ODD 10.7, qui appelle les pays à faciliter une migration et une mobilité ordonnées, sûres, régulières et responsables, y compris par la mise en œuvre de politiques migratoires planifiées et bien gérées. En outre, l'indicateur 10.7.2 décrit l'état des politiques migratoires nationales et pose la question suivante : « Est-ce que le gouvernement offre aux non-ressortissants un accès égal aux services, prestations sociales et droits suivants : soins de santé essentiels ou d'urgence, éducation publique, salaire égal pour un travail égal, sécurité sociale et accès à la justice ? » (UN DAES, 2020).

En reconnaissant ce fait, l'OIM a également développé un cadre de gouvernance des migrations (MiGOF) pour aider à définir à quoi pourrait ressembler une « politique migratoire bien gérée » au niveau national (OIM, 2020). De plus, des indicateurs de gouvernance des migrations (MGI) ont été développés pour évaluer les cadres nationaux et aider à opérationnaliser le MiGOF. Le MGI est un outil basé sur des contributions politiques, qui offre un aperçu des leviers politiques que les pays peuvent utiliser pour développer leur gouvernance de la migration. Encore une fois, l'aspect de la santé est pris en compte dans ce cadre. En outre, la dimension « droits des migrants » du MiGOF évalue dans quelle mesure les migrants ont le même statut que les citoyens en termes d'accès aux services sociaux de base tels que la santé, l'éducation et la sécurité sociale (OIM, 2019c). En effet, les indicateurs MGI pour l'ODD 10.7 comprennent plusieurs sous-catégories, dont la première du domaine 1 est « les soins de santé essentiels et/ou d'urgence » (UN DESA, 2020).

De même, le Global Health Security Agenda (GHSa) fournit des cadres clairs pour gérer la sécurité sanitaire et renforcer la capacité des systèmes de santé à surveiller et à répondre aux épidémies aux niveaux national, régional et international (GPMB, 2020). L'OMS a également publié son Cadre de priorités et de principes directeurs pour promouvoir la santé des réfugiés et des migrants et le Plan d'action associé 2019-2023 en reconnaissance des besoins de santé clairs de ces groupes et de leur impact potentiel sur des populations plus larges dans les pays de résidence (OMS, 2019).

En revanche, les cadres mondiaux en place axés spécifiquement sur la migration ont sans doute été beaucoup moins bien développés et ont eu tendance à se développer de manière organique et au coup par coup en

réponse aux événements (Flahaux & De Haas, 2016). L'accord du Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières (GC-SORM) et le Pacte mondial pour les réfugiés (GC-R) à Marrakech en 2018 sont les premières occasions par lesquelles les États membres de l'ONU ont convenu d'un cadre mondial pour la gestion des migrations et les flux migratoires (ONU, 2018 ; UNHCR, 2019e).

Il s'agit notamment d'une série d'actions relatives à la santé, telles que l'action (e) de l'objectif 15 : fournir un accès aux services de base pour les migrants, qui appelle les États membres à « intégrer les besoins de santé des migrants dans les politiques et plans nationaux et locaux » (ONU, 2018, p. 23) Cependant, ceux-ci ne sont pas juridiquement contraignants et peuvent être politiquement difficiles à mettre en œuvre dans certains contextes en raison de débats publics et politiques très animés sur la migration, en particulier dans les pays de destination (mais sans s'y limiter).

3.2 Migration et santé - politiques et problèmes majeurs au niveau continental

Avant d'évaluer les cadres, les capacités et les responsabilités en matière de migration et de santé au niveau continental en Afrique, il convient de souligner le fait que la grande majorité des migrants africains - 79 % - se déplacent à l'intérieur du continent (à la fois au niveau intrarégional et interrégional) et que la mobilité intra-africaine est un moteur important à la fois pour la croissance économique mais aussi pour l'emploi et la création d'emplois (OIM, 2020b, p. 17 ; CNUCED, 2018).

En 2017, les principaux pays d'accueil des migrants internationaux intra-africains étaient l'Afrique du Sud (2,2 millions), la Côte d'Ivoire (2,1 millions), l'Ouganda, l'Éthiopie, le Nigéria et le Kenya (chacun dépassant 1 m, par ordre décroissant). Les principaux pays d'origine des migrations principalement vers d'autres pays du continent étaient le Burkina Faso (1,4 million), la République démocratique du Congo (1,5 million), le Mali (près d'1 million), la Somalie (1,9 million) et le Soudan du Sud (1,7 million) (CNUCED, 2018, p. 44-47). Cela suggère que les conflits et l'instabilité politique sont des facteurs importants des flux migratoires (irréguliers), mais il est important de réaffirmer que ces facteurs ne représentent que 24 % des flux migratoires africains (Hassan, 2020 ; Williams, 2019).

Cependant, les motifs et les facteurs incitatifs de la migration sont rarement uniques, et il est frappant de constater que dans le rapport *Scaling Fences 2019* de la CNUCED sur la migration irrégulière vers et depuis l'Afrique, aucun répondant n'a cité le conflit ou l'instabilité politique comme principale motivation pour migrer, bien que 26 % les aient inclus comme facteur incitatif lorsque invités à indiquer plus d'une motivation pour la migration ((PNUD, 2019b, p. 41). Parmi ceux qui migrent vers l'Europe, seuls 6 % des répondants ont cité les « problèmes personnels/la liberté » comme leur principale raison pour migrer (Ibid..).

Les caractéristiques de la migration intra-africaine sont donc diverses. Par exemple, l'instabilité politique en Somalie et au Soudan, les conflits en République démocratique du Congo, au Mali et dans le nord du Nigéria ont été des facteurs importants de déplacement forcé et de migration irrégulière en provenance de ces pays. Les déplacements irréguliers et forcés peuvent comporter des risques pour la santé des migrants.

Les motifs économiques restent un facteur clé de la migration régulière et irrégulière vers l'Afrique du Sud et l'Afrique de l'Ouest, par exemple, ainsi que vers l'Afrique du Nord et l'Europe. De nombreuses personnes migrent à la recherche d'une meilleure qualité de vie, de meilleures opportunités de travail, à la fois dans le pays (par exemple, des zones rurales vers les zones urbaines pour soutenir les familles restées au pays) et au-delà des frontières internationales. Des développements tels que l'urbanisation croissante, le changement climatique et la dégradation de l'environnement sont des facteurs émergents importants (OIM, 2019e).

De plus, les migrants eux-mêmes ne sont qu'un des bénéficiaires de la migration. Les pays d'origine, de transit et de destination peuvent également en bénéficier. Les schémas de migration intra-africaine, ainsi que les investissements et les envois de fonds de la diaspora, par exemple, jouent un rôle important dans la transformation structurelle des économies africaines. Les envois de fonds aux membres de la famille sont également utilisés pour payer les coûts des soins de santé. En outre, les réseaux de professionnels de la santé de la diaspora sont actifs dans l'échange de compétences et d'expertise avec leurs homologues dans les pays d'origine et de patrimoine africains, ainsi que dans la mobilisation de fournitures médicales et d'autres ressources, pour aider à renforcer les systèmes de santé et répondre aux crises humanitaires, y compris la pandémie du COVID-19 (DEMAC, 2018; Sudan Doctors Union UK, 2020, communication personnelle avec AU-CIDO août 2020).

L'UA reconnaît les avantages de la migration intercontinentale et a fait de la libre circulation des personnes un principe clé de ses efforts en vue d'une plus grande intégration économique et politique, comme indiqué dans sa stratégie de l'Agenda 2063, dont l'un des objectifs est de parvenir à la libre circulation des citoyens africains à travers le continent (Union africaine, 2015, p. 4). De même, l'Accord de libre-échange continental africain, qui a été lancé en 2018 et devait entrer en vigueur en janvier 2021, vise à créer un marché unique, approfondissant l'intégration économique du continent (Union africaine, 2020b).

Par ailleurs, malgré cette direction de déplacement au niveau de l'UA, les différents États membres de l'UA et les CER sont à des stades différents de la mise en œuvre de ce programme, et les facteurs économiques, politiques et sécuritaires locaux peuvent constituer des obstacles à la réalisation des dispositions relatives à la libre circulation, et la gestion des flux migratoires (qu'ils soient réguliers, irréguliers ou mixtes) en particulier.

Compte tenu des opportunités de développement potentielles à exploiter associées à la migration sur le continent africain, ainsi que des défis potentiels posés par celle-ci, la CUA a adopté en 2006 le Cadre de politique migratoire de l'UA pour l'Afrique (MPFA). Ce cadre fournit des directives politiques complètes et intégrées pour les États membres de l'UA et les CER afin de promouvoir la migration et de relever les défis émergents. Après une évaluation en 2016, la CUA a mis à jour le MPFA et formulé un plan d'action pour sa mise en œuvre. Les directives identifient « la migration et la santé » comme étant des thèmes transversaux du MPFA, ainsi que des sujets tels que les droits de l'homme, la migration et le genre, et la gestion des données sur la migration (AUC, 2018).

En outre, lors du Sommet de l'UA à Kigali en 2016, un passeport panafricain a été lancé, cherchant à favoriser des régimes de visa avantageux dans toute la région. Deux ans plus tard, l'UA a adopté un protocole à l'échelle du continent (Protocole au Traité instituant la Communauté économique africaine relatif à la libre circulation des personnes, au droit de résidence et au droit d'établissement) qui vise à permettre la liberté de circulation pour toutes les personnes au sein du continent africain (Union africaine, 2018). S'il est pleinement mis en œuvre par tous les États membres, cela peut améliorer considérablement la migration intrarégionale et apporter des avantages socio-économiques (McAuliffe et Kitimbo, 2018). Et malgré quelques réserves, la majorité des États membres ont signé le Protocole de libre circulation de l'UA qui a été adopté lors du sommet extraordinaire de l'UA de 2018 tenu à Kigali, au Rwanda, bien que jusqu'en novembre 2019, seuls quatre États membres - Rwanda, Niger, Mali et Sao Tomé-et-Principe- l'ont ratifié (Union africaine, 2018 ; OIM, 2020c).

Comme l'ont noté plusieurs parties prenantes expertes interrogées pour la présente étude, la structure de l'UA implique qu'elle peut être très efficace pour fournir des conseils et améliorer la gouvernance au niveau transfrontalier et continental, mais la responsabilité ultime de la migration ou de la santé incombe au niveau national et les États membres doivent mettre en œuvre les instruments pertinents avec le soutien des organes compétents de l'UA et des CER.

3.3 Migration et santé - politiques et problèmes majeurs au niveau régional

Au niveau régional, les 8 Communautés économiques régionales / Mécanismes régionaux et les 5 Centres de coordination régionaux des CDC africains jouent un rôle dans la gouvernance de la migration et de la santé, ainsi que, dans ce dernier cas, dans la coordination de la surveillance des maladies. Il existe également huit processus de dialogue interétatique sur les migrations en Afrique, dont les plus connus sont les processus de Rabat et de Khartoum ; une liste complète de ceux-ci est présentée à l'annexe IX.

3.3.1 Afrique du Nord

En Afrique du Nord, l'Union du Maghreb arabe (UMA) et la Communauté des États sahélo-sahariens (CEN-SAD) ont inclus des dispositions relatives à la libre circulation des personnes et des capitaux dans leurs traités instituant respectifs (UMA, 1989 ; CEN-SAD, 2013), bien que ces dispositions ne soient pas encore pleinement mises en œuvre. Les cartes d'identité UMA sont également en discussion pour faciliter les déplacements au sein de la région UMA. Cependant, les problèmes de sécurité au cours de la dernière décennie parmi les États d'Afrique du Nord les ont contraints à se concentrer sur la sécurité et la surveillance des frontières, ainsi que sur la gestion des migrations irrégulières, par exemple la Charte de sécurité CEN-SAD de 2010 ou la Déclaration de Niamey de 2017 sur les migrations irrégulières et les questions de sécurité dans l'espace sahélo-saharien (Laaroussi, 2019).

Cependant, ceux-ci ne font généralement pas référence à la santé des migrants, et aucune politique régionale de santé substantielle n'a été trouvée au cours de la phase d'étude de cadrage de cette recherche. En effet, il convient également de noter dans ce contexte que le Centre de collaboration régionale Afrique du Nord (CCR) du CDC Afrique n'est pas encore opérationnel, et celui-ci aura un rôle important à jouer dans la coordination entre les sept États de cette région, ainsi que l'élaboration de politiques et d'orientations régionales pertinentes.

3.3.2 Afrique de l'Est

La région de l'Afrique de l'Est comprend plusieurs CER qui se chevauchent, notamment la Communauté de l'Afrique de l'Est (EAC), le Marché commun de l'Afrique orientale et australe (COMESA) et l'Autorité intergouvernementale pour le développement (IGAD). Ceux-ci ont introduit des cadres politiques et législatifs pour réglementer la mobilité, y compris le Protocole du COMESA de 2001 sur la libre circulation des personnes, du travail, des services, des droits d'établissement et de résidence, et le Protocole du marché de l'EAC de 2011 et le Règlement sur la libre circulation des personnes (COMESA, 2001; CAE, 2012). Parmi ceux-ci, l'EAC a sans doute fait le plus de progrès en matière d'intégration régionale et de mobilité, et la mise en œuvre dans la pratique dans toutes les CER a été quelque peu incohérente (ICMPD, 2013). Cependant, alors que de tels accords peuvent inclure certains avantages, y compris l'accès aux régimes d'assurance sociale / de couverture sociale pour les services de santé, ils incluent souvent des conditions sur la durée d'enregistrement ou de résidence que de nombreux migrants ne peuvent pas remplir.

L'Afrique de l'Est et la Corne de l'Afrique ont connu plus particulièrement des vagues de migration forcée à la suite de conflits prolongés, ainsi que des sécheresses périodiques et des phénomènes météorologiques extrêmes tels que le cyclone du Puntland en 2014. En outre, des pays de la région tels que le Kenya, l'Éthiopie, et l'Ouganda accueillent d'importantes communautés de réfugiés et de personnes dans des situations assimilables à des réfugiés. Le cadre régional de migration de l'IGAD de 2012 souligne le rôle de la migration, y compris les éleveurs de la région, dans la propagation des maladies transmissibles, en particulier le VIH/SIDA et la tuberculose, et note la santé comme une question transversale en relation avec la migration (IGAD, 2012).

Ce cadre appelle également les États membres à formuler des cadres politiques et législatifs pour faciliter l'accès adéquat des enfants et adolescents migrants aux services de santé et autres services (IGAD, 2012, p. 34), et exhorte les États à étendre l'accès des migrants adultes à des soins de santé appropriés et au conseil psychosocial, y compris le dépistage volontaire et le conseil pour les maladies transmissibles telles que le VIH/SIDA et d'autres IST (IGAD, 2012, p. 42). L'IGAD s'intéresse également à l'impact du COVID-19 sur la migration dans la région et a organisé sa deuxième Conférence scientifique en février 2021 sur le thème 'Migration et Déplacement humain dans le contexte du COVID-19' (IGAD, 2021).

Cependant, l'écart entre les aspirations politiques et les défis auxquels sont confrontés plusieurs États de la région dans la gestion des flux migratoires et la fourniture de services de santé et autres services aux citoyens, sans mentionner les groupes de migrants, est important. Par exemple, le Soudan a déjà l'expérience de l'accueil d'importantes communautés de réfugiés d'Éthiopie et d'Erythrée. Cependant, ce pays a récemment accueilli des dizaines de milliers de réfugiés de la région du Tigré en Éthiopie fuyant le conflit, à un moment où ses systèmes de santé ont été mis à rude épreuve par la pandémie de COVID-19 et les inondations les plus graves depuis près de 100 ans (Union des médecins soudanais du Royaume-Uni, 2020).

3.3.3 Afrique centrale

En Afrique centrale, le programme d'intégration a progressé de manière inégale. Le Traité de la Communauté économique des États de l'Afrique centrale (CEEAC) adopté en 1992 vise à fournir un cadre juridique pour la libre circulation des personnes (Art. 4) (CEEAC, 1992). Cependant, seuls le Cameroun, la RCA, le Congo et le Tchad l'appliquent actuellement. La liberté de circulation dans la CEEAC est limitée et est généralement limitée à des séjours de 3 mois ou moins pour les travailleurs migrants. Des dispositions distinctes sont en place pour les étudiants, les professionnels dans certains secteurs hautement prioritaires, les touristes et les travailleurs dans certains rôles transfrontaliers (ICMPD, 2013, p. 61).

Les obstacles à l'intégration régionale n'ont pas diminué : un passeport est par exemple toujours requis comme document de voyage légal (ICMPD, 2013, p. 63). Les États d'Afrique centrale tels que la RD Congo gèrent déjà d'importantes populations de réfugiés et de personnes déplacées ; alors que ceux qui sont basés dans des camps ont un accès limité aux services de santé de base, ceux qui vivent dans des situations semblables à celles des réfugiés n'y ont que peu ou pas accès car ils n'ont pas les moyens de payer pour accéder aux soins de santé (UNHCR, 2019c). En outre, la RD Congo a dû gérer une épidémie du virus Ebola

depuis 2019 qui n'a pris fin qu'en septembre 2020, exerçant une pression énorme sur ses systèmes de santé (OMS, 2020a).

Une plate-forme de coopération intra-régionale sur les questions migratoires, le Dialogue sur la migration pour les États d'Afrique centrale (MIDCAS) a été établie en 2012 avec la participation de dix États membres. Les sujets comprenaient la santé des migrants, l'intégration et aussi les droits des migrants. Malheureusement, à notre connaissance, la dernière réunion a eu lieu en 2015, de sorte que son état actuel et son impact sont difficiles à évaluer (OIM, 2020g).

3.3.4 Afrique australe

La région de l'Afrique australe comprend l'une des principales routes migratoires pour les migrants africains, car les migrants recherchent des opportunités économiques dans les pays de la région, notamment en Angola et en Afrique du Sud.

Les aspects de la protection sociale des réfugiés, des migrants et des travailleurs étrangers sont abordés plus en détail dans le Code de sécurité sociale de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) (2008). Avec la vision de la libre circulation des personnes dans la région, les États membres sont appelés à promouvoir la protection de « tous les immigrés légalement employés » en garantissant leur participation sur un pied d'égalité avec les nationaux aux systèmes de sécurité sociale (article 17.2). En revanche, les migrants en situation irrégulière devraient au moins bénéficier d'une « protection minimale de base et bénéficier d'une couverture conformément aux lois du pays d'accueil » (article 17.3). En reconnaissant la santé des migrants comme un élément crucial de la protection sociale, le Plan d'action pour la migration de la main-d'œuvre de la SADC 2016-2019 (2016) fixe comme objectif la garantie aux travailleurs migrants de l'accès aux soins de santé au-delà des frontières et sur leur lieu de travail respectifs.

Cependant, comme dans d'autres régions africaines, il existe des limites à la transférabilité des prestations pour les groupes de migrants, et bien que les migrants irréguliers aient légalement le droit d'accéder aux services de santé en Afrique du Sud, les services de santé ne reconnaissent pas toujours ce fait, une situation exacerbée par les barrières linguistiques dans certains cas (voir la section pays de l'Afrique du Sud ci-dessous).

L'Afrique australe est également confrontée à des problèmes de santé des migrants associés à différentes professions. Par exemple, les chauffeurs routiers de longue distance souffrent de taux plus élevés de VIH/SIDA et d'autres IST, tandis que les importantes communautés de migrants travaillant dans le secteur minier en Afrique du Sud, au Botswana et dans d'autres pays de la région souffrent d'une prévalence plus élevée de maladies pulmonaires, en particulier la tuberculose ; la région de la SADC a un taux de tuberculose par habitant le plus élevé (AUDA NEPAD, 2019). Une personne interrogée pour cette étude, Chimwemwe Chamdimba de l'AUDA-NEPAD, a noté qu'un projet pilote visant à développer un système électronique de partage de données de santé au Botswana, à Eswatini, en Afrique du Sud et au Lesotho pour améliorer la façon dont les données sur les migrants atteints de tuberculose sont partagées au-delà des frontières. Cependant, il reste des défis dans la continuité des soins au-delà des frontières pour les travailleurs migrants, à la fois pour la tuberculose ou le VIH entre autres.

3.3.5 Afrique de l'Ouest

La Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) a été parmi les premiers organismes régionaux à faciliter la mobilité. Son Protocole de 1979 relatif à la libre circulation des personnes, au séjour et à l'établissement (CEDEAO, 1979) a été élaboré en réponse à l'appel du traité fondateur de la CEDEAO à l'abolition des obstacles à la libre circulation des personnes, des services et des capitaux. Des protocoles supplémentaires ultérieurs dans les années 1980 ont emmené la région de la CEDEAO à être la première région africaine à introduire la liberté de circulation pour ses citoyens, avec le passeport de la CEDEAO introduit à partir de 2001 (Abebe, 2017).

Les EM de la CEDEAO ont également établi une plate-forme régionale pour permettre aux EM de coordonner les problèmes de migration et de discuter de solutions potentielles. Le Dialogue sur les migrations pour l'Afrique de l'Ouest se consacre aux sujets tels que les échanges d'étudiants, la gestion des frontières et les données sur les migrations, avec plus de 15 pays participants (OIM, 2020h).

Les États de la CEDEAO impliqués dans le Processus de Rabat ont bénéficié d'une assistance financière et technique importante pour renforcer leurs capacités en matière de migration et de développement de la part de partenaires internationaux tels que la CE, l'OIM et le HCR (ICMPD, 2013). Cela a à son tour encouragé

l'élaboration de cadres politiques et législatifs régionaux et nationaux en Afrique de l'Ouest, offrant une meilleure protection aux migrants, des voies de régularisation pour les personnes déplacées et les migrants irréguliers, et une plus grande transférabilité des prestations (ibid.).

Ce degré relativement élevé d'intégration politique, sinon même de cohérence, dans l'espace de la CEDEAO, est également mis en évidence dans les cadres et structures de politique régionale de santé. Un exemple est l'Organisation ouest-africaine de la santé (OOAS) au Burkina Faso, créée en 1987 pour favoriser une approche plus unifiée de la politique et des pratiques de santé dans la région entre les États membres anglophones et francophones (Organisation ouest-africaine de la santé, 2020).

Le Protocole adopté en 1987 a ensuite été ratifié par chaque gouvernement de la sous-région (ibid.). Celui-ci confère à l'OOAS le statut d'Agence Spécialisée de la CEDEAO et décrit la mission de l'organisation comme « l'atteinte du niveau le plus élevé possible et la protection de la santé des peuples de la sous-région à travers l'harmonisation des politiques des États membres, la mise en commun des ressources, et la coopération les uns avec les autres et avec les autres pour un combat collectif et stratégique contre les problèmes de santé de la sous-région » (article III).

Le Centre régional de lutte contre les maladies de la CEDEAO (RCDC) a été établi au Nigéria en 2017 dans le cadre du Centre nigérian de lutte contre les maladies (NCDC), et le CDC Afrique de l'Ouest RCC s'y trouve également. Les systèmes de dépistage sanitaire et de surveillance des maladies dans la région sont relativement solides à la suite d'investissements importants en ce qui concerne les capacités de réaction à l'épidémie de virus Ebola dans la région de 2014 à 2016 (Olumade et al., 2020).

Cependant, malgré un éventail impressionnant de cadres et de structures et une plus grande intégration régionale, il reste des lacunes importantes en ce qui concerne les orientations régionales détaillées sur les questions de migration et de santé pour les États membres de la CEDEAO. Comme dans d'autres régions africaines, alors que la transférabilité des prestations pour les migrants est facilitée grâce aux droits des migrants réguliers à accéder aux régimes d'assurance sociale, il existe souvent des critères d'éligibilité liés à la durée de résidence ou aux montants versés qui limitent l'accès des migrants à la santé en termes réels (par exemple, voir le chapitre sur le Nigeria ci-dessous).



Copyright: © GIZ / Dirk Ostermeier

Description: Visite d'un hôpital en Tanzanie avec contrôle de la qualité des infrastructures, des équipements et des processus..



SECTION B

**Analyse de pays -
Problèmes de migration
et de santé identifiés
au niveau national**

Cette section du rapport présente des données et des analyses de cinq pays, chacun représentant une région africaine différente : la RDC, le Maroc, le Kenya, le Nigéria et l'Afrique du Sud. Alors que les deux premiers forment la base des études de cas approfondies examinant les problèmes de migration et de santé dans chaque pays, les trois derniers s'appuient sur des données primaires collectées et analysées avec des partenaires de recherche dans chaque pays dans le cadre du projet d'étude, y compris des enquêtes, des entretiens d'informateurs (KII) et des discussions de groupe.

Comme indiqué ci-dessus dans la section 3 sur la méthodologie, pour chacun de ces trois pays, l'équipe de recherche a sélectionné trois sous-groupes différents de migrants, chacun représentant des voies migratoires différentes et des ensembles distincts de besoins de santé. Il a été convenu avec les partenaires de la CUA et de la GIZ que la phase d'étude analytique se concentrerait sur les sous-groupes de migrants suivants :

- Kenya : personnes en situation de réfugiés
- Nigéria : (travailleurs) migrants réguliers
- Afrique du Sud : migrants irréguliers

L'analyse et les tendances pour chacun des pays de cette section sont présentées par pays. Chaque pays a présenté son propre contexte unique et a développé ses propres réponses à ses défis relatifs à la migration et à la santé.

Compte tenu de la grande diversité des contextes géographiques, économiques et socioculturels que l'on trouve dans les 55 États membres de l'UA, il peut être difficile de tirer des conclusions ou faire des recommandations complètes ou universellement applicables.

Néanmoins, il existe des tendances générales claires et des lacunes communes dans les politiques et les pratiques relatives à la migration et à la santé qui pourraient être appliquées pour améliorer la santé des migrants et la santé publique dans la plupart, sinon la totalité, des États membres de l'UA.

4 République Démocratique du Congo

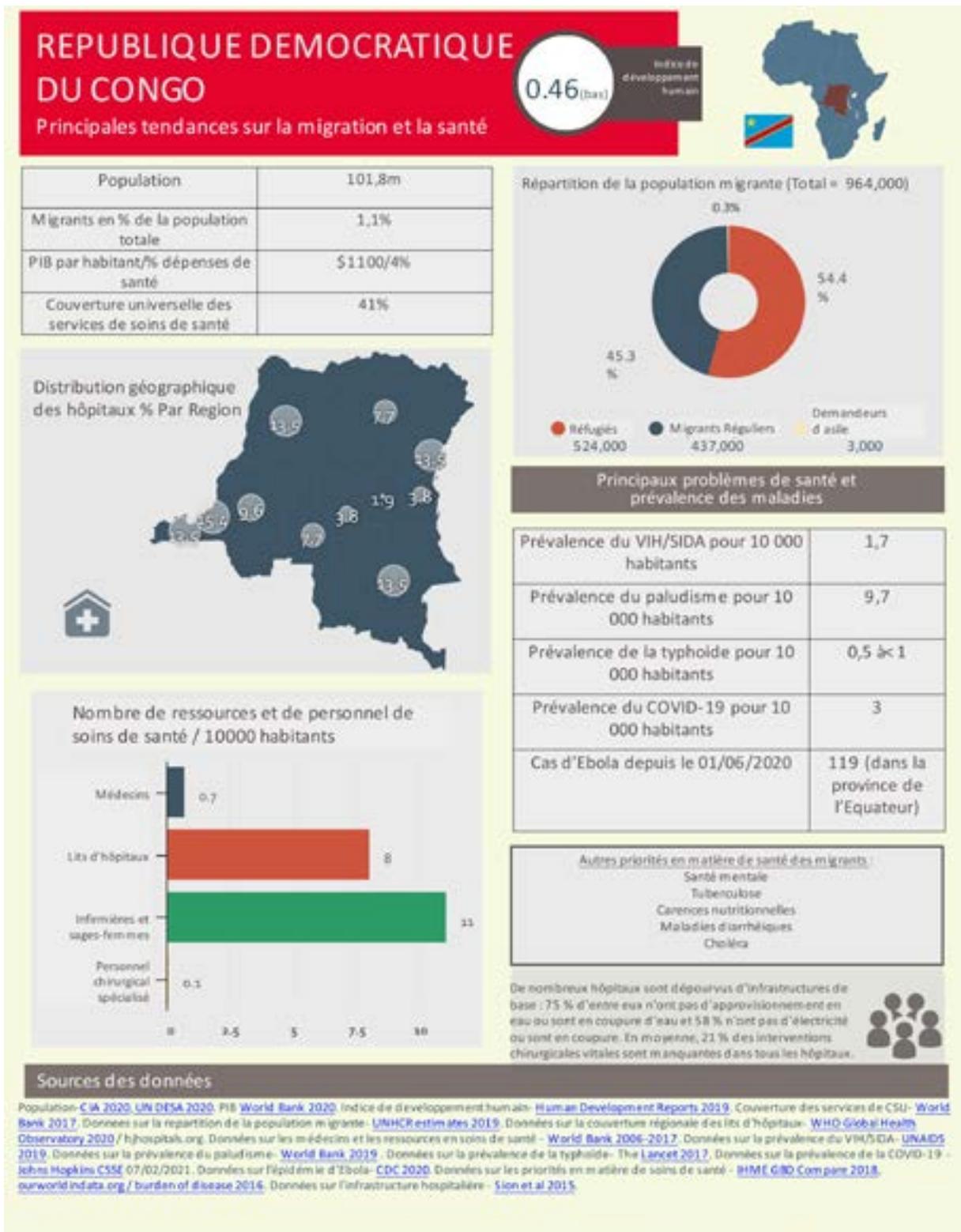


Figure 4: Infographie sur les principales tendances clés de la Migration et Santé - RDC. (Source: Illustration des auteurs)

4.1 Vue d'ensemble et contexte du pays

La République démocratique du Congo (RDC) est située au sud-est de l'Afrique centrale et compte une population d'environ 102 millions d'habitants (Central Intelligence Agency, 2020), ce qui en fait le pays le plus peuplé de la région. La plupart de ses 964 000 migrants viennent de République centrafricaine (RCA) (330 000), du Rwanda (250 000), d'Angola (180 000), du Soudan du Sud (90 000) et du Burundi (60 000) (Division de la population des Nations Unies, 2019). Cependant, il reste une incertitude considérable dans les statistiques car différentes agences des Nations Unies utilisent des chiffres différents (Schoumaker & Flahaux, 2016). De plus, les frontières de la RDC étant connues pour être très poreuses (Bedford, Akello, 2018), un passage non reconnu est susceptible d'augmenter significativement ces chiffres officiels (OIM, 2020b). La principale raison pour laquelle les gens migrent vers la RDC est l'insécurité dans les pays voisins tels que la RCA. Par conséquent, 530 000 migrants ont été désignés comme réfugiés en 2020 (HCR, 2020f). La RDC est toujours témoin de conflits internes en cours, qui obligent de nombreuses personnes et bien sûr aussi des migrants à continuer de se déplacer. Ce déplacement supplémentaire de personnes entrave les efforts des autorités pour renforcer les services publics (Bureau de la démocratie, des droits de l'homme et du travail, 2019).

La RDC a un PIB par habitant en PPA de 1 100 \$ qui, sur la base des revenus, en fait l'un des pays les plus pauvres du monde (Banque mondiale, 2019g). Le pilier le plus important de l'économie est le secteur minier et extractif, avec le cuivre et le cobalt étant les principales sources d'exportations. Le pays est secoué par des conflits omniprésents, et c'est l'une des raisons pour lesquelles de nombreuses organisations humanitaires sont actives dans le pays, fournissant de la nourriture et des services de santé aux personnes dans le besoin. L'espérance de vie à la naissance était de 60 ans en 2018, ce qui est juste en dessous de la moyenne en Afrique subsaharienne avec 61 ans (Banque mondiale, 2018c).

Le système de santé en RDC a une importante marge d'amélioration : le nombre de médecins (0,07 /10 000 habitants) représente un tiers de la moyenne de l'ASS, conséquence des faibles dépenses de santé du gouvernement (3 \$ par habitant et par an en PPP, (Banque mondiale, 2021a), et qui se reflète dans le score UHC de 0,41. Les maladies qui causent le plus de décès (DALYS) sont le paludisme (13 % des décès), les troubles du nouveau-né (11 %) et la diarrhée (6 %) (Institut for Health Metrics and Evaluation, 2019). Les dépenses de santé directes en 2017 étaient de 40 % (8 \$) par habitant, ce qui est susceptible de présenter un obstacle financier pour les groupes à faible revenu, auxquels les migrants, les personnes déplacées et d'autres groupes vulnérables (OMS 2018) (Banque mondiale, 2017c). L'aide au développement ajoute 7 \$ par habitant et l'assurance 1 \$, de sorte que les dépenses globales de santé par an sont de 19 \$ par personne (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2015).

En 2019, 7,7 millions de personnes étaient concernées (UNHCR, 2019b). Sur ce nombre total, 7 millions étaient des PDI et, par définition, cette recherche n'est pas abordée dans cette étude. Cependant, il n'est pas conseillé que les mesures ciblant la santé des migrants se concentrent uniquement sur les migrants transfrontaliers, car cela peut exclure les besoins du plus grand groupe de préoccupation. Plus de 2 m d'entre eux viennent de rentrer l'année dernière ; si cette tendance à la réinstallation se poursuit, les chiffres augmenteront encore tout au long de l'année suivante. Ainsi, les politiques et les programmes doivent reconnaître que les voies et parcours migratoires mixtes - en particulier dans les zones d'insécurité ou de conflit - peuvent rassembler à la fois des migrants internationaux et des PDI, il est donc conseillé de ne pas exclure les PDI des politiques et programmes de santé des migrants.

En ce qui concerne la démographie des réfugiés en RDC, 63 % d'entre eux sont des enfants (330 000), 19 % sont des femmes (100 000) et 2 % des personnes âgées (12 000). Ces chiffres seront réexaminés dans la section des groupes vulnérables (UNHCR, 2019b). En outre, 25 % des réfugiés vivent dans des camps établis officiellement dans des zones désignées, avec 73 % juste à l'extérieur de ces camps et 1 % dans les zones urbaines.

4.2 Politiques et programmes de migration et de santé

La Constitution de la RDC de 2005 garantit le droit à la santé, le droit à la vie, la dignité humaine et la non-discrimination à tous comprenant ainsi les migrants, au moins théoriquement (Art. 11 et Art. 16). Par ailleurs, le droit d'asile pour tous est reconnu, le droit à la santé et à la sécurité alimentaire est mentionné (Art. 33, Art. 47) et la prévention des épidémies est attribuée aux provinces (Art. 204) (République Démocratique du Congo, 2005). La Politique nationale de protection sociale de 2016 souligne ses principes d'universalité et mentionne en particulier les droits des migrants à la protection sociale. La politique vise à donner accès aux soins de santé et à la protection sociale (Politique Nationale de Protection Sociale, 2016). En outre, la

loi n°021/2002 : le statut des réfugiés en RD Congo a conduit à la création de la Commission nationale des réfugiés dont le mandat est de s'occuper, entre autres, des soins de santé, du logement et de l'éducation (République Démocratique du Congo, 2002)

Pour les travailleurs migrants, le décret n° 70/0010 régit les pourcentages d'étrangers autorisés à travailler dans certains secteurs, qui varient de 1 à 10 %. Un accent particulier est mis sur les zones minières car la résidence et la circulation dans ce secteur sont interdites par la loi n° 86/007 : Séjour et circulation des étrangers dans les zones minières (OIT, 1986).

4.3 Aperçu sur la préparation à une pandémie

La RDC a été continuellement confrontée à des maladies épidémiques telles que le virus Ebola, la rougeole, le choléra et maintenant le COVID-19. Comme le note l'ONG Malteser International, le système de santé déjà mis à rude épreuve est surchargé par tout événement épidémique, et les capacités de réponse efficace aux maladies ne sont pas suffisantes (Malteser International, 2020).

Néanmoins, la onzième épidémie d'Ebola a été déclarée terminée en novembre 2020. Pour cela, 40 000 personnes ont été vaccinées, malgré des défis logistiques, comme la nécessité de conserver le vaccin congelé à -80°C (OMS, 2020b). De telles réussites peuvent montrer que les actions directes, telles que la détection des épidémies et la réponse immédiate, peuvent fonctionner mieux que prévu.

Dans l'indice mondial de sécurité sanitaire, la RDC n'occupe que le 40e rang sur 54 pays africains (Indice mondial de sécurité sanitaire, 2020). Conformément à cet indicateur on trouve les épidémies récurrentes: en 2020, la RDC a été confrontée à une épidémie de rougeole, qui a commencé début 2019 et a été déclarée terminée en août 2020. Pendant cette période, plus de 380 000 cas de rougeole ont été signalés, parmi lesquels 7 000 enfants sont morts. Un programme de vaccination massive de plus de 5,7 millions d'enfants a permis de vaincre l'épidémie de rougeole (Ducombe & Gignoux, 2020).

L'expérience des pandémies du passé a peut-être aidé la RDC à se préparer pour contrer de nouvelles maladies. En ce qui concerne la COVID-19, le nombre total d'infections confirmées au 10 février 2021 s'élevait à environ 8 060, tandis que le nombre total de décès est estimé à environ 122 (Université Johns Hopkins, 2021a). Alors que le nombre de décès était élevé par rapport aux taux d'infection, le nombre de personnes infectées n'était pas si élevé. Des mesures telles que des couvre-feux nocturnes et une interdiction des rassemblements ont été mises en place lorsque les chiffres étaient encore faibles. Ainsi, la lutte en cours contre les épidémies récurrentes peut aider à renforcer la résilience face aux futures épidémies. Par ailleurs, l'incertitude persiste en raison des capacités de test. En janvier 2021, un test sur trois était positif (Ourworldindata, 2021), il est donc encore trop tôt pour effectuer une évaluation globale. Cependant, un système de santé numérique peut contribuer à une prévention plus précoce (Volbrecht, 2019).

Il n'y a aucune preuve que les migrants soient régulièrement inclus dans les plans de réponse à la pandémie. Par exemple, en juillet 2020, aucun cas positif de COVID-19 n'avait été confirmé parmi les migrants, les déplacés internes ou d'autres personnes relevant de la compétence du HCR, selon (UNHCR, 2019b). Cependant, il existe une incertitude considérable concernant ces données, notamment en raison de leur mobilité, de leur emplacement dans des zones rurales reculées et le faible nombre de tests, ce qui entraîne un potentiel élevé de cas non détectés.

4.4 Besoins de santé des groupes de migrants vulnérables

52 % des réfugiés en RDC sont des femmes. La violence sexuelle et sexiste est un problème majeur en RDC en général car les estimations de femmes qui ont été victimes de viol en RDC sont très élevées avec des études qui les estiment entre 1,69 m et 1,8 m (Peterman et al., 2011). Ces estimations ont été faites sur la base de l'enquête démographique et sanitaire de 2007, et à cette date, 30 millions de femmes vivaient en RDC, ce qui signifie qu'environ 6 % ont été victimes de viol. De plus, plus de 3 millions de personnes ont déclaré avoir été victimes de violence sexuelle par des partenaires intimes (ibid.). Ce problème est exacerbé parce que ces crimes sont plus souvent commis dans des régions présentant un certain degré d'insécurité juridique, précisément les régions vers lesquelles les migrants doivent souvent se déplacer en raison de leur situation difficile, un exemple étant le Nord-Kivu (ibid.). Par conséquent, l'action humanitaire se concentre sur la prévention et la réponse à la violence sexuelle et sexiste (par exemple, (Internal Medicine Associates World Health, 2017), (Panzi Foundation, 2020), 85 % des victimes centrafricaines ont reçu un suivi psychologique (UNHCR, 2019b) .

Les problèmes de santé reproductive sont également répandus en RDC. Avec 2 800 décès infantiles, 2 700 morts-nés et 473 décès maternels sur 100 000 naissances vivantes en 2017, ce domaine de la santé doit être amélioré. À titre de comparaison, le Kenya a enregistré 2 000 décès infantiles, 2 300 morts-nés et 342 décès maternels, soit environ 25 % en moins (Healthy Newborn Network, 2018).

Les personnes handicapées sont généralement confrontées à un plus grand nombre de défis. En RDC, on a observé qu'ils sont confrontés à un risque plus élevé à plusieurs égards, même dans les camps désignés : la distribution de nourriture peut être un problème car la mobilité est réduite et les gens n'atteignent pas les postes de distribution. Par conséquent, les services logistiques et les infrastructures inclusives au sein des camps peuvent réduire cette discrimination (CBM, 2014). Outre ces handicaps physiques, il ne faut pas oublier les troubles mentaux, qui sont liés au chômage pour une personne sur deux (On'okoko et al., 2010).

Suite à la différenciation par pays d'origine, les migrants du Burundi, de la RCA, du Soudan du Sud et les personnes déplacées sont parmi les plus vulnérables en RDC (UNHCR, 2019b). La vulnérabilité découle de la situation sécuritaire instable et de leur arrivée plus récente dans le pays, et l'adaptation qui est toujours en cours. La plupart des réfugiés d'autres pays, tels que l'Angola et le Rwanda, sont dans le pays depuis deux décennies maintenant, et le niveau d'assistance sanitaire fourni diminue à mesure que l'accent est mis sur leur intégration à long terme (par exemple, la fourniture d'une éducation) plutôt que l'action humanitaire à court terme (p. ex., fourniture de soins médicaux) (ibid.).

Un aperçu des réfugiés est présenté dans la figure 5 ci-dessous. Comme on peut s'y attendre, la plupart des camps et des zones d'installation se trouvent dans des zones frontalières.

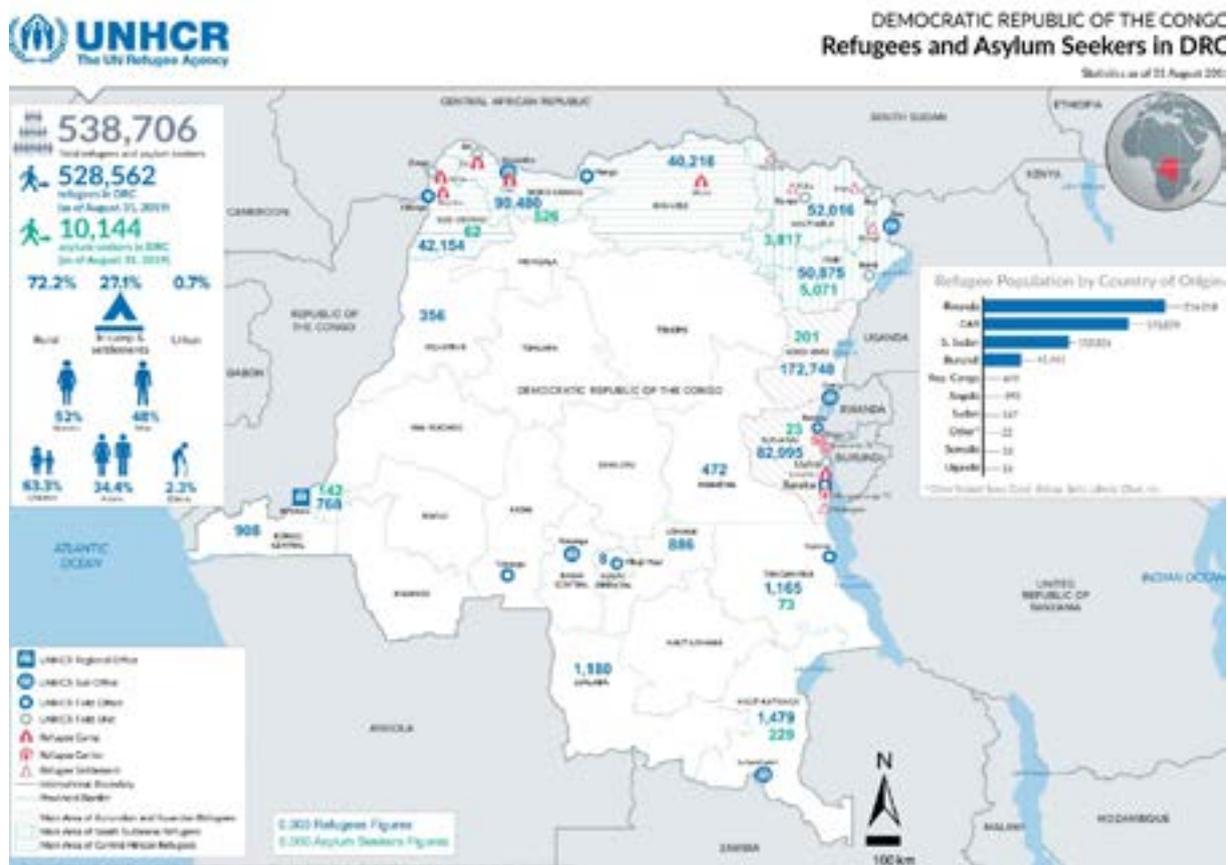


Figure 5: Population de réfugiés –RDC
(Source: UNHCR, 2019a)

Les Centrafricains résident principalement dans le nord-ouest de la RDC. 65 % des 170 000 migrants centrafricains vivent dans des zones rurales en dehors des camps, et il est plus difficile de leur fournir une aide humanitaire (UNHCR, 2019b). C'est pourquoi l'enregistrement non seulement des réfugiés mais aussi des nouveau-nés de migrants reste un problème et présente des défis supplémentaires pour améliorer les services de soins de santé à ces groupes. En outre, des activités de prévention et de réponse insuffisantes contre la violence sexuelle et sexiste existent en dehors des camps de réfugiés. Concernant les difficultés entre les différents sites d'hébergement, un responsable de l'ONU a mentionné:

« Vous savez, il existe différents rapports sur les personnes, les acteurs fournissant différents systèmes de migration et de santé.[...] C'est un secteur dans lequel il est difficile de trouver un moyen d'aider de manière systématique à mesurer l'impact de toute cette aide apportée et c'est principalement dans le cas des immigrés sans papiers ou se trouvant dans des situations informelles, alors que vous pouvez considérer les réfugiés et les personnes déplacées comme une forme de migrants ».

Les réfugiés du Soudan du Sud vivent principalement dans le nord-est de la RDC. 63 % des 90 000 migrants au total vivent dans leurs communautés d'accueil respectives plutôt que dans des camps. Cependant, le besoin supplémentaire de médicaments exerce une pression sur les centres de santé existants, de sorte que les soins de santé ne sont pas toujours garantis. De plus, le manque de logement peut entraîner des problèmes de santé puisque seuls 58 % d'entre eux disposent d'un logement adéquat. En outre, les camps existants sont surpeuplés, ce qui peut rendre difficile la lutte contre la COVID-19. Un autre défi est la fourniture des services d'éducation pour les enfants, qui n'est pas suffisante et peut diminuer le bien-être des enfants (UNHCR, 2019b).

48.000 réfugiés burundais se trouvent pour la plupart dans l'est de la RDC, dans la province du Sud-Kivu. En général, les processus de vérification étant lents, l'obtention ou le renouvellement d'une carte d'identité n'est pas simple pour ce groupe. Cela peut rendre difficile l'accès à l'assurance-maladie ou aux soins de santé. De plus, la qualité des services en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs (SDSR) doit être améliorée, par exemple par la formation du personnel médical. Enfin, l'approvisionnement en médicaments a été un défi en 2019 (UNHCR, 2019b).

Les déplacés internes se trouvent principalement dans la région centrale et orientale de la RDC, à savoir dans les provinces de l'Ituri, du Kivu, du Kasai. Ces personnes déplacées sont principalement originaires de ces régions mais ont quitté leurs lieux d'origine en raison de la violence. Les lieux et les nombres peuvent varier considérablement selon les conflits en cours. Début 2020, on estimait plus de 7 millions de déplacés internes (UNHCR, 2019b). De nombreuses vies des personnes déplacées sont vulnérables en raison des conflits. De plus, la surpopulation des centres de refuges ou des camps est un problème majeur. Les infrastructures sont rares et constituent un bon terrain pour des maladies telles que le choléra, Ebola ou COVID-19, qui peuvent rapidement se transformer en épidémie en raison de la forte densité de personnes. Pour les personnes déplacées, le risque de violence sexuelle et d'exploitation des femmes et des filles est accru, tandis que l'absence de tribunaux rend plus difficile la poursuite des criminels. De plus, les activités de prévention et de réponse sont rares dans les zones de conflit (UNHCR, 2019b).

En général, les personnes en situation de vulnérabilité sont mentionnées dans la Politique Nationale de Protection Sociale (Politique Nationale de Protection Sociale, 2016), la promotion de l'égalité des genres est répertoriée en particulier comme l'un des principes de base, bien qu'elle stipule que cela devrait être réalisé à travers le renforcement des capacités, sans autre précision. Sur la base des statistiques énumérées, les efforts peuvent être renforcés pour fournir des services de santé aux groupes vulnérables.

4.5 Évaluation de la politique

Les conflits internes de longue durée en RDC compliquent la prestation de services de santé aux migrants et aux citoyens. La santé des migrants est l'un des nombreux symptômes du conflit régional. Environ 25,5 millions de personnes sont définies comme étant "dans le besoin" en raison de cette crise humanitaire. Un peu plus de 2 millions d'entre eux sont bénéficiaires des plans de réponse internationaux (Humanitarian InSight, 2020). Cette part élevée par rapport à l'ensemble de la population suggère que les politiques rencontrent d'importants obstacles à leur mise en œuvre.

Le secteur de la santé en RDC est non réglementé à bien des égards, ce qui entraîne un sous-approvisionnement, en termes de qualité et de quantité, de biens et services (Kalisya et al 2015, MSF 2019). L'approvisionnement en médicaments est un enjeu clé en RDC, et leur circulation est en deçà des normes internationales (WHO 2015). Les entreprises pharmaceutiques mais aussi les cliniques de santé sont incontrôlées et sont parfois même ouvertes illégalement (SHOPS Plus 2019) ; par exemple, certaines cliniques ne sont pas connectées aux infrastructures de base, telles que les routes mais aussi le réseau téléphonique ou la connexion internet. De plus, la qualité du personnel n'est pas toujours constante au sein des prestataires de soins de santé non contrôlés, comme le note un responsable de l'ONU interrogé:

« Accompagner, la structure de santé dans l'implantation et éviter toute utilisation par d'autres qui ne sont pas des professionnels de santé pour faire le travail. Nous avons donc

besoin de renforcer le droit local en termes de politique. C'est le premier point que je peux recommander. La deuxième chose est, de les soutenir, de les accompagner en termes de formation, car ils ont besoin de formation pour améliorer la qualité des soins."

Par conséquent, il existe un écart entre les établissements de santé publics et privés (Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services, 2017).

Les mouvements de population créent des problèmes de santé publique dans les zones touchées par les conflits et les catastrophes, ce qui fragilise davantage les systèmes de santé locaux. Les plus touchés sont les réfugiés, les rapatriés, les déplacés internes et certaines parties des communautés d'accueil, en particulier les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et allaitantes et les personnes handicapées (UN OCHA, 2019, p. 69).

Les soins de santé primaires et les services de santé sexuelle et reproductive touchent plus de 90 % des personnes dans le besoin. Cependant, le manque de services de santé secondaires est évident, car seulement 15 % des 208 000 personnes dans le besoin en ont bénéficié, car le financement reste un problème (Humanitarian InSight, 2020). De plus, sur les 5 millions de personnes touchées par le choléra ou l'épidémie de rougeole, 25 % bénéficient de soins sectoriels (Humanitarian InSight, 2020). Des lacunes globales surviennent à plusieurs égards, tandis que les chiffres exacts sont susceptibles de changer (ibid.).

La Politique nationale de protection sociale reconnaît la vulnérabilité des femmes. Ainsi, la VBG est suivie dans certains cas et des soins médicaux sont fournis aux victimes, mais en 2020, seulement 16% des personnes dans le besoin ont été suivies. Ainsi, les efforts doivent également être accentués à cet égard (Humanitarian InSight, 2020). Les normes de santé et de sécurité spécifiées par la loi n°92/007 : Code du travail et autres droits des travailleurs migrants ne peuvent pas être suffisamment contrôlés, car seuls 200 inspecteurs du travail sont employés (Bureau de la démocratie, des droits de l'homme et du travail, 2019, p. 47). Selon la loi, face aux conditions de travail qui mettent en danger la santé et la sécurité des travailleurs, les inspecteurs doivent demander à l'employeur de remédier à la situation (article 96 : (1), cela ne peut être garanti. Cela peut se produire en particulier dans le secteur minier. Une solution possible a été mentionnée par une personne interrogée de l'UA NEPAD, pour engager les syndicats avec les décideurs:

« L'un des problèmes que nous avons notés était que les travailleurs eux-mêmes ne sont [pas] impliqués dans le processus d'élaboration des politiques et la communauté au sens large, la plupart du temps n'est pas impliquée lorsqu'il s'agit de la formulation des politiques et puisque nous travaillons avec les pays pour essayer de résoudre ce problème, [...] pour s'assurer que les syndicats s'impliquent pour mettre en place des comités dans les pays où nous travaillons »

4.6 Recommandations

Il est difficile d'offrir des soins de santé adéquats en RDC, et le système de santé du pays nécessite des investissements et un renforcement des capacités pour améliorer les résultats de santé pour tous les groupes de population, y compris les migrants et les réfugiés. Cette étude présente les recommandations suivantes concernant la migration et la santé en RDC:

- La qualité des établissements de santé pourrait être améliorée en offrant une formation au personnel ainsi que des examens réguliers permettant de déterminer si les établissements privés et publics répondent aux normes nécessaires
- Renforcer l'infrastructure hospitalière : tous les hôpitaux devraient être connectés aux réseaux de télécommunication
- L'accessibilité des établissements de santé doit être améliorée, y compris la mise en place des services de santé à proximité des routes migratoires importantes
- Améliorer la santé des migrants en particulier : le développement de cadres politiques plus efficaces, tels que le droit à un bilan de santé à l'arrivée, et une meilleure mise en œuvre des stratégies de santé existantes pour les groupes vulnérables, pourraient améliorer la situation globale de la santé des migrants.
- Les cadres politiques existants devraient être étendus grâce à une ratification des conventions internationales qui garantissent l'enregistrement des naissances pour tous, ce qui serait une étape utile pour améliorer l'accès des migrants et des réfugiés aux services de santé.

- Les mesures de sécurité et de santé au travail devraient être mises en place dans un processus participatif (par exemple, plaidoyer par les syndicats) et contrôlées (JLMP, 2020c)
- Le gouvernement devrait continuer à travailler avec des partenaires internationaux sur les normes sanitaires minimales pour tous et améliorer la prestation des services de santé pour les camps de réfugiés afin de s'y conformer. Le paquet de santé essentiel de l'OMS, comprenant des médicaments, des examens réguliers et un traitement en cas d'urgence (par exemple, les accidents), adapté aux différents contextes nationaux, pourrait être utilisé (OMS, 2008).
- Dans le contexte de la pandémie actuelle de COVID-19, il est nécessaire d'investir davantage dans les installations WASH, les fournitures médicales et le personnel pour les camps et les installations de réfugiés en RDC.
- La RDC a réussi jusqu'à présent à lutter contre des pandémies telles que le virus Ebola ou l'endiguement du COVID-19. La RDC pourrait s'appuyer sur son expérience des programmes de vaccination pour informer les États membres de l'UA en vue de l'élaboration d'un plan de vaccination contre la COVID-19.
- Des recherches supplémentaires sont nécessaires sur les besoins de santé des différents groupes de migrants en RDC, ainsi que sur la manière dont les migrants et les réfugiés peuvent être mieux inclus dans la planification de la préparation à une pandémie.

5 Maroc

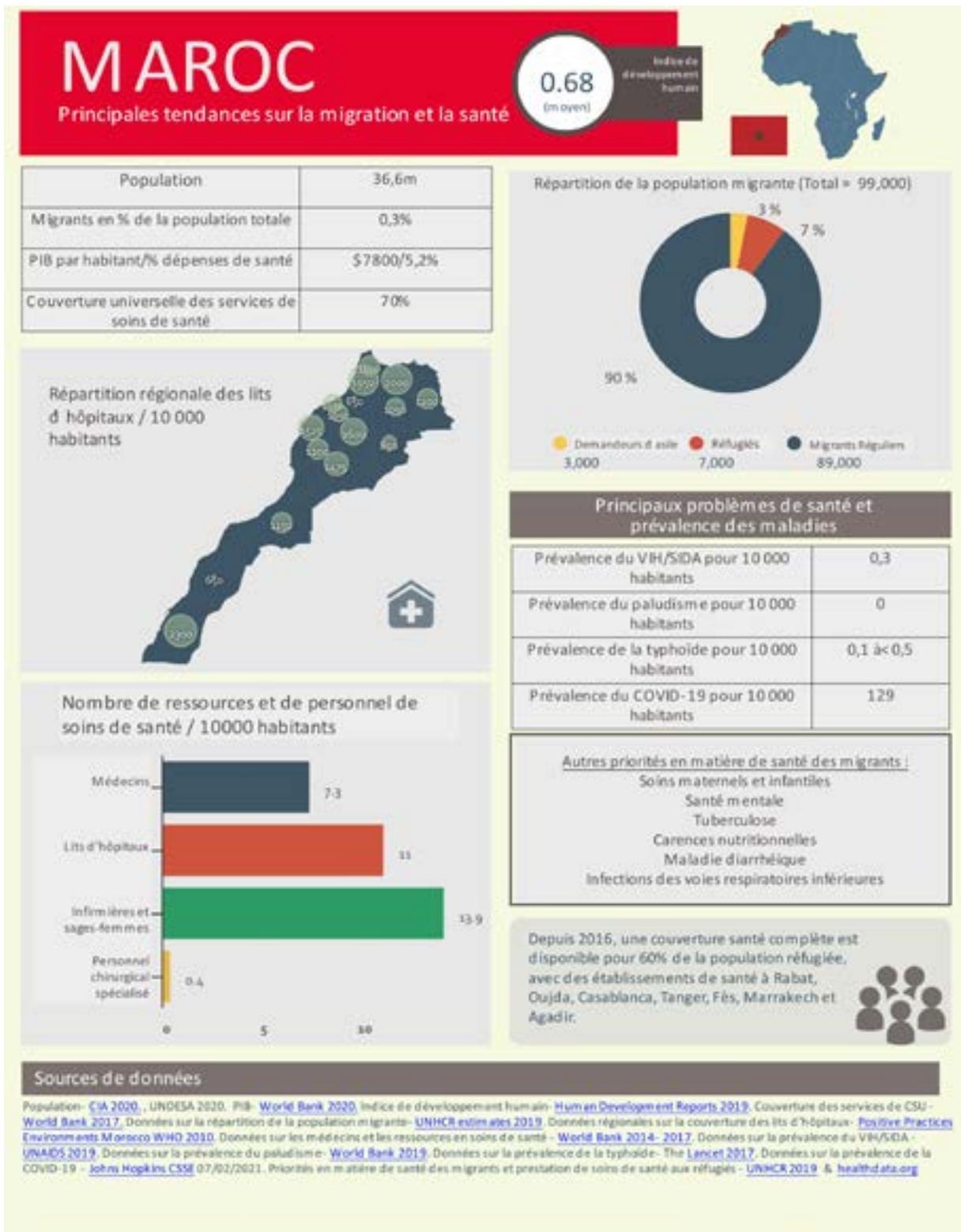


Figure 6 : Infographie sur les tendances principales en matière de migration et de santé - Maroc. . (Source : Illustration des auteurs)

5.1 Vue d'ensemble et contexte du pays

La Banque mondiale classe le Maroc parmi les pays à revenu moyen de la tranche inférieure, avec un PIB total d'environ 120 milliards de dollars en 2019 (Banque mondiale, 2020d). La population totale a été estimée à 36,5 millions d'habitants en 2019 (ibid) avec un PIB par habitant de 3 204 \$ PPA en 2019 (Banque mondiale, 2020b). Les secteurs des services, de l'industrie et de l'agriculture, représentent respectivement 56,5%, 29,5% et 14 % du PIB. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 76 ans (Banque mondiale, 2020c), tandis que le taux de mortalité infantile n'a cessé de diminuer au fil des ans pour atteindre environ 18,3 cas pour 1 000 naissances vivantes en 2019 (Banque mondiale, 2020e).

Le système de santé au Maroc se compose d'un secteur public ainsi que d'un secteur privé, ce dernier comprenant à la fois une branche à but non lucratif et une branche privée à but lucratif (H. Semlali, 2010). En 2017, le Maroc a consacré 5,2 % du PIB par habitant à la santé, ce qui correspond à la recommandation minimale de 5 % conseillée par l'OMS (OMS, 2003). Le total des dépenses de santé peut être divisé en dépenses publiques (42,9 %), privées (56,9 %) et externes (0,2 %). En moyenne, 53,9 % des dépenses totales de santé étaient des dépenses directes, c'est-à-dire des coûts pris en charge par les patients eux-mêmes pour bénéficier de services de santé. Le Maroc comptait environ 7,3 médecins et 13,9 infirmières et sages-femmes pour 10 000 habitants en 2017 (OMS, 2020d). Les maladies non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires, les néoplasmes et les troubles mentaux font partie des défis sanitaires les plus urgents au Maroc. En revanche, les problèmes de santé tels que la santé maternelle et néonatale, les infections respiratoires, y compris la tuberculose, les maladies entériques (causées par des aliments ou de l'eau contaminés) et d'autres maladies infectieuses ont connu une forte baisse au cours des dernières années (IHME, 2020d).

Contexte politique et aperçu des migrations

Des manifestations et une insurrection menés par des jeunes et réclamant un changement politique radical, un mouvement régional plus large qui sera connu dans le monde occidental sous le nom de « printemps arabe », se sont déclenchés pour la première fois en Tunisie en 2011, et ont également touché le Maroc. Bien que ce phénomène n'ait pas été aussi violent que dans certains pays voisins, le Maroc a vu des milliers de jeunes descendre dans la rue pour exiger de meilleures conditions de vie et de travail ainsi que de profondes réformes politiques (Sater, 2011). Certaines des causes profondes sous-jacentes, telles que le chômage élevé des jeunes et le manque d'opportunités économiques, peuvent également être considérées comme des moteurs majeurs de la migration, tant au niveau mondial qu'au niveau régional.

Plusieurs années auparavant, en 2003, une attaque terroriste avait secoué la ville de Casablanca coûtant la vie à 33 civils et à 12 kamikazes (BBC News, 2009). Cet attentat dévastateur a marqué un tournant dans la politique de sécurité nationale du Maroc et a eu des ramifications tangibles pour les migrants de la région. Par conséquent, le gouvernement a ordonné la mise en place de 8 000 gardes supplémentaires pour sécuriser davantage ses frontières, abandonnant ainsi son attitude plutôt tolérante envers les migrants issus de l'Afrique subsaharienne. En effet, bon nombre de ces derniers transitent par le Maroc pour se rendre en Europe (Ijzerman, 2020).

Le Maroc a été réadmis à l'UA en 2017 (Union africaine, 2020a) après 33 ans d'absence en raison de différends concernant la reconnaissance du Sahara occidental (cf. Hicks, 2017). Cette réadmission a été en partie attribuée à l'adoption de sa Stratégie nationale pour l'immigration et l'asile de 2013, saluée pour son approche cohérente et fondée sur les droits de l'homme, qui a jeté les bases de la régularisation d'un plus grand nombre de sans-papiers (cf. Crétois, 2016). Par la suite, près de 50 000 migrants en situation irrégulière, originaires, pour la plupart, de pays d'Afrique subsaharienne, ont été régularisés dans le cadre de deux campagnes de régularisation menées respectivement en 2014 et en 2017 (Mechai, 2018). Incidemment, une étude menée par l'Université de Rabat a révélé que plus de 67 % des 1 400 migrants interrogés qui avaient demandé une régularisation de leur statut ont en fait déclaré qu'ils avaient l'intention de rester au Maroc plutôt que de poursuivre leur voyage vers l'Europe (Mourji et al. 2016, p. 37).

L'adoption de la Stratégie nationale pour l'immigration et l'asile, ainsi que l'élaboration de nouveaux projets de loi et d'une nouvelle approche stratégique à l'égard des Marocains résidents à l'étranger (MRE), peut sans doute être considérée comme faisant partie d'un changement de cap dans la gestion des migrations au Maroc. Le Maroc a adopté une approche davantage fondée sur les droits de l'homme pour traiter les questions liées à la migration après qu'un rapport ait dénoncé la violation présumée des droits des migrants au Maroc (Conseil national des droits de l'homme, 2013).

Le Maroc joue un rôle important dans le processus de Rabat en assumant le rôle de partenaire stratégique clé des pays européens, notamment la France et l'Espagne, qui ont exhorté le pays d'Afrique du Nord à mettre en place des mesures pour gérer les flux de migrants subsahariens atteignant l'Europe (El Ghazouani, 2019b). Le Maroc a créé un Observatoire national des migrations au sein de la Direction de la migration et de la surveillance des frontières relevant du ministère de l'Intérieur en 2014, consolidant ainsi la base juridique de la relation UE-Maroc (ibid). L'Union africaine a également établi un Observatoire africain des migrations au Maroc en 2020 (Union africaine, 2020e). Dans son deuxième rapport sur la création de l'Observatoire, le roi Mohammed VI, en sa qualité de chef de file désigné des questions migratoires par l'UA, a souligné l'importance de placer l'Afrique au cœur de la mise en œuvre du Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières (PMM) (MAP Express, 2020).

Historiquement pays d'émigration et de transit, le Maroc est devenu de plus en plus un pays de destination ces dernières années, notamment pour les migrants originaires d'Afrique subsaharienne. On estime le nombre de migrants et de réfugiés enregistrés à 60 000 ou 70 000 (OIM, 2020j), auxquels s'ajoutent 20 000 personnes en mouvement sans statut officiel (OMS, 2016), et les chiffres devraient continuer à augmenter. Outre les migrants originaires d'Europe (les ressortissants espagnols et français représentant plus de 40 000 migrants sur les 100 000 signalés), la majorité des personnes originaires de pays africains sont algériens (14 200), tunisiens (2 700) et congolais (RDC) (2 000) (UN DESA, 2019a).

Le HCR fait état d'un total d'environ 12 000 personnes relevant de sa compétence, dont 7 600 réfugiés et 4 400 demandeurs d'asile. Ils sont originaires de Syrie (4 200), de Guinée (1 200) et du Cameroun (1 000) (HCR, 2020d). Selon le HCR, une augmentation de 30 % des nouveaux enregistrements dans 52 lieux différents au Maroc a été enregistrée en 2019 par rapport à l'année précédente, le nombre total de réfugiés représentés ayant augmenté de 12 % sur l'année (HCR, 2019d). Cette dispersion plus large pourrait permettre une intégration des migrants plus efficace que celle des grands complexes fermés, mais pose en même temps des défis en termes de sensibilisation efficace. Le HCR a d'ailleurs identifié quelques défis et cherche à les résoudre par l'expansion des interventions monétaires pour inclure les zones très éloignées (ibid).

Selon le Représentant permanent du Maroc à Genève, l'Ambassadeur Omar Zniber, la coopération entre le HCR et les autorités marocaines compétentes, en vertu des mesures de lutte contre le COVID-19, a ouvert la voie à un accès complet à la santé pour les réfugiés et les demandeurs d'asile, y compris l'accès à des services de soins de santé spécialisés grâce à un accord de partenariat conclu avec le Conseil national de l'Ordre des médecins (Royaume du Maroc, 2020).

5.2 Politiques et programmes de migration et de santé

Outre la Constitution de 2011 qui promet d'interdire toute forme de discrimination, qu'elle soit fondée sur l'appartenance à une région ou sur d'autres caractéristiques individuelles, le Maroc a défini plusieurs cadres politiques favorisant la prestation de soins de santé aux migrants. Ceux-ci sont conformes au projet de Plan d'action mondial pour la promotion de la santé des réfugiés et des migrants pour la période 2019-2023 (OMS, 2019) et correspondent essentiellement à la Stratégie nationale pour l'immigration et l'asile (2013). Cette stratégie vise à la fois à susciter une approche plus holistique parmi les organismes publics impliqués dans la promotion de la santé des migrants et à garantir que les migrants et les réfugiés ont accès aux soins de santé dans les mêmes conditions que les Marocains. Ce dernier point a été annoncé comme devant être approfondi dans un Plan stratégique national sur la santé et l'immigration (2019) qui a été révisé avec le soutien de l'OIM à la demande du ministère marocain de la Santé (OIM, 2019d).

Ces politiques et stratégies s'ajoutent au Règlement intérieur des hôpitaux (Royaume du Maroc, 2011b) qui stipule que les patients étrangers doivent être admis dans les hôpitaux, quelle que soit leur situation administrative et dans les mêmes conditions que les patients marocains. Le Maroc a été l'un des premiers pays à signer et à ratifier la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (ONU, 1990), qui stipule que « les travailleurs migrants bénéficient d'un traitement non moins favorable que celui qui s'applique aux ressortissants nationaux » en se référant à la santé liée au travail en général (Art. 24), aux soins d'urgence (Art. 28) et à l'accès aux régimes de sécurité sociale et de soins de santé (Art. 43 e). Le Plan national de 2025 de la santé comprend le pilier stratégique n°10 « Renforcer la promotion de la santé pour les populations à besoins spécifiques », dont l'action (47) consiste à « Lancer et mettre en œuvre la Stratégie nationale de santé des migrants » (Royaume du Maroc, s.d.).

Bien que l'adoption de nouvelles lois sur l'asile et la migration soit en attente, la Loi 02-03 relative à l'entrée et au séjour des étrangers au Royaume du Maroc (2003) continue de servir de document principal en matière d'immigration dans le pays, détaillant la manière dont les migrants peuvent acquérir un statut officiel dans le pays et exposant les directives légales et les droits des étrangers. Cependant, cette dernière ne traite pas directement des soins de santé des migrants. Cette loi fixe la manière dont les migrants peuvent obtenir une carte d'identité (article 16) qui, à son tour, détermine la mesure dans laquelle ils auront accès à différents services de soins de santé (Haden, 2020). Ceci est particulièrement pertinent en ce qui concerne les soins secondaires, car tous les migrants ont droit à des services de soins de santé primaires gratuits, même si certaines indications montrent que cette pratique n'est pas appliquée de façon systématique (cf. Plateforme Nationale Protection Migrants, 2017).

De même, les migrants sont inclus dans les programmes de santé ciblant le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et les campagnes de vaccination (ibid). De même, par le passé, le Maroc a affirmé sa volonté de mettre en place une procédure nationale d'asile par le biais d'une loi sur l'asile. Celle-ci n'a jamais été finalisée (cf. Royaume du Maroc, 2018 ; El Haïti, 2019).

En outre, des efforts ont été déployés pour sensibiliser les prestataires de services de soins de santé aux besoins particuliers des migrants, comme en témoigne une formation des professionnels de santé des établissements de soins de santé primaires de la région de Casablanca-Settat. Cette formation a été développée conjointement par le ministère de la Santé, l'École nationale de santé publique (ENSP) du Maroc et l'OIM (OIM, 2018b).

Selon le groupe d'experts en santé mondiale « Prevent Epidemics » (2020), qui collabore avec les gouvernements pour promouvoir la mise en œuvre de stratégies factuelles, la capacité du Maroc à répondre aux futures épidémies montre des possibilités d'amélioration, malgré la mise en place d'un plan d'action national pour lutter contre le COVID-19. Le groupe d'experts a identifié des lacunes dans le domaine de la résistance aux antimicrobiens, de la biosécurité, de la législation nationale et du financement. Dans le plan d'action national susmentionné (Royaume du Maroc, 2020a) qui a été élaboré par le ministère de la Santé, les migrants ne sont pas explicitement mentionnés. Cependant, le ministère indique ailleurs que les migrants et les réfugiés sont effectivement inclus dans le plan d'action national et fournit une ligne d'assistance téléphonique que tous les migrants et réfugiés sont invités à utiliser s'ils ont besoin d'informations ou s'ils présentent des symptômes (Royaume du Maroc, 2020b). D'autres implications liées à la pandémie actuelle, telles que l'accès effectif des migrants aux services de santé ou à d'autres mesures de soutien, ne sont pas précisées.

Au 10 février 2021, un total de 8 424 décès suite au COVID-19 a été signalé (Université Johns Hopkins, 2021b). Afin d'enrayer la propagation du virus (entre 2 000 et 4 000 infections quotidiennes confirmées ont été signalées au cours de la dernière semaine de novembre 2020) (IHME, 2020a), le gouvernement marocain a annoncé début décembre 2020 qu'il utiliserait le vaccin COVID-19 développé par le groupe pharmaceutique chinois Sinopharm dans le cadre de la campagne nationale de vaccination contre le COVID-19 qu'il a annoncée (Hatim, 2020). La campagne de vaccination, qui comprend des vaccins provenant des laboratoires Sinopharm et AstraZeneca, a commencé le 28 janvier 2021 (Rédaction AfricaNews, 2021). Interrogé sur les frais de vaccination, le ministre de la Santé, Khalid Aït Taleb, a annoncé en novembre 2020 que « le pays a fait tout son possible pour mettre [le vaccin] à la disposition de ses citoyens » (Telquel, 2020), ajoutant que ceux affiliés à l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) seront remboursés. Le régime d'assurance susmentionné couvre « toute personne exerçant une activité lucrative » (Royaume du Maroc, 2018a, p. 13), ce qui implique que toute personne exerçant un emploi (formel) devrait être couverte dans ce sens. Les personnes qui ne sont pas éligibles à ce régime de sécurité complet peuvent demander à être couvertes par le RAMED (Régime d'Assistance Médicale). Il semble que les personnes affiliées au RAMED seront également remboursées de leurs frais pour le vaccin anti-COVID-19 (Asmlal, 2020). En conclusion, les étrangers résidant légalement au Maroc devraient bénéficier de la vaccination gratuite contre le COVID-19, tandis que les personnes en situation irrégulière en seraient exclues (InfoMigrants, 2021).

Au niveau intergouvernemental, l'OIM, en coopération avec l'OMS, le HCR, l'UNICEF, traduit et diffuse les informations émanant du Ministère de la Santé. Ainsi, les informations portant sur les mesures de prévention du COVID-19 seront accessibles aux communautés de migrants. En outre, l'OIM examine l'impact du COVID-19 sur les migrants les plus vulnérables afin d'identifier et de répondre aux besoins spécifiques, tels que l'alimentation, le logement et l'hygiène (OIM, 2020e).

5.3 Les besoins sanitaires des groupes vulnérables de migrants

Outre l'article 26.7 / 26.8 de la Loi 02-03 relative à l'entrée et au séjour des étrangers au Royaume du Maroc qui interdit explicitement l'expulsion des non ressortissantes enceintes, la mesure dans laquelle les besoins (de santé) particuliers des migrantes peut être qualifiée comme étant assez faible (cf. El Ghazouani, 2019a). A titre d'exemple, la Stratégie nationale pour l'immigration et l'asile (2013), ne fait pas de distinction entre les migrants et les migrantes et ne reconnaît donc pas la vulnérabilité accrue des femmes, qui sont plus susceptibles d'être victimes de traite, d'agressions et de violences sexuelles (cf. MSF, 2010). Cela contrevient à d'importantes directives internationales pour la protection des femmes, telles que celles élaborées dans le cadre de la Conférence internationale sur la population et le développement. Son programme d'action de 2014 appelle tous les pays à « éliminer toutes les formes d'exploitation, d'abus, de harcèlement et de violence à l'égard des femmes » et en particulier de celles qui se trouvent dans en situation vulnérable comme c'est le cas des migrantes (UNFPA, 2014, Action 4.9). Toutefois, il convient de noter qu'en 2016, le Maroc a adopté la Loi n° 27.14 qui vise à lutter contre la traite des personnes. Par ailleurs, une commission nationale de lutte contre la traite a été créée en 2018 (Royaume du Maroc, 2016a).

Les besoins en matière de santé qui en découlent ne sont pas toujours pris en compte par les services, étant donné que les victimes d'exploitation sexuelle ou de violence ne sont pas suffisamment protégées par les autorités publiques. Ces victimes doivent donc compter sur l'assistance fournie par la société civile (cf. El Ghazouani, 2019a, van den Aamele et al. 2013), qui tend à être plus présente dans les zones urbaines tandis que l'offre de services dans les zones rurales est souvent moins bien établie (Réseau euro-méditerranéen des droits de l'homme, 2012). Ainsi, des actions de prévention complètes et à plusieurs niveaux contre la violence et l'exploitation sexuelles des migrantes pourraient conduire à une amélioration considérable de la sécurité des migrantes et des prestations de santé (Keynaert et al. 2014). Une meilleure coordination et un meilleur partage des informations entre les différentes agences ne feront que garantir l'identification et le traitement adéquat.

Il existe plusieurs organisations de la société civile qui défendent spécifiquement les droits des migrantes au Maroc, telles que l'Association des Femmes Immigrantes Subsahariennes au Maroc (AFSIM), le Comité des femmes et enfants victimes de l'immigration (COFESVIM) ou encore la Voix des Femmes Migrantes au Maroc (Royaume du Maroc, 2016b).

5.4 Évaluation des politiques

Malgré l'ancrage de la santé des migrants dans les documents stratégiques énumérés ci-dessus, la question demeure de savoir si (tous) les migrants sont effectivement en mesure d'accéder à des services de santé adéquats. L'indice de l'OIM de gouvernance migratoire pour l'année 2016 classe les droits des migrants au Maroc et indique la mesure dans laquelle les services de soins de santé sont accessibles. D'après cet indice, l'accès à ces services est « émergent ». Cela correspond à un score de 2 sur un maximum de 4 (OIM, 2016).⁶

Bien que tous les migrants aient le droit de bénéficier de soins de santé de base, de traitements en cas d'urgence (cf. Bentaleb, 2019) et de demander de l'aide aux organisations de la société civile (OIM, 2016), l'enregistrement officiel est une condition préalable pour accéder à des soins médicaux plus complets et, depuis 2015, pour être inscrit à des régimes de sécurité sanitaire tels que le RAMED (Royaume du Maroc, 2015). Néanmoins, il semble que la connaissance de l'existence de ces programmes parmi les migrants soit plutôt limitée (Mourji et al. 2016). Dans le cas des réfugiés dont l'inclusion dans le RAMED est en attente, le HCR est l'un des principaux acteurs fournissant une couverture médicale (HCR, 2020d).

Il existe également des croyances communes dans l'ensemble de la société marocaine liant l'arrivée de migrants subsahariens à la propagation de maladies, de la toxicomanie et de la prostitution (Ijzerman, 2020). Des initiatives telles que celle de la Fédération Anmar des communautés locales du nord du Maroc et d'Andalousie, qui vise à démystifier les stéréotypes sur les migrants (en situation irrégulière) par le biais de campagnes de sensibilisation, pourraient contribuer à remettre en question le discours dominant sur les migrants (Dumpis, 2021).

Les migrants résidant au Maroc, impliqués dans des activités formelles ou informelles, peuvent bénéficier d'une couverture par le biais d'un régime d'assurance similaire au RAMED, à condition d'avoir un statut

6. Selon le niveau de développement institutionnel global, les différentes sous-catégories : « naissant », « émergent », « développé » ou « mature ». (OIM, 2016)

de résident officiel (OIM, 2019c), tandis que selon le HCR, l'extension aux réfugiés est en attente depuis septembre 2020 (HCR, 2020d). Ces développements devraient être observés plus avant, notamment si l'on considère que dans son discours devant le Parlement le 09 octobre 2020, le Roi Mohammed VI a présenté un plan de grande envergure pour étendre les mesures de sécurité sociale notamment celles de la Couverture Maladie Universelle au profit de 22 millions d'individus supplémentaires d'ici la fin de l'année 2022 au plus tard (Royaume du Maroc, 2020c).

5.5 Coup de projecteur sur la coopération régionale pour promouvoir la santé des migrants

En février 2020, l'École nationale de santé publique (ENSP) du Maroc, en coopération avec le bureau de l'OIM au Maroc et avec le soutien de l'Agence marocaine de coopération internationale et du ministère finlandais des Affaires étrangères, a organisé la première école régionale d'hiver sur la santé sexuelle et reproductive, la santé mentale et le soutien psychosocial des migrants. L'initiative s'est associée au ministère marocain de la Santé (dont le Secrétaire Général a présidé l'événement), ainsi qu'au ministère des affaires étrangères et de la coopération internationale/ministère délégué des Marocains résidant à l'étranger et aux affaires de la migration. Cet événement était l'une des nombreuses activités menées suite à la signature en février 2018 d'un accord-cadre entre l'ENSP et le bureau de l'OIM au Maroc sur la promotion de la santé des migrants (ENSP, 2020).

L'école d'hiver s'inscrit dans le cadre du programme du bureau de l'OIM au Maroc « Promouvoir la santé et la protection des migrants vulnérables transitant par le Maroc, la Tunisie, la Libye, l'Égypte et le Yémen », qui a été mis au point en partenariat avec les ministères marocains de la Santé et de la Migration. En adoptant cette approche régionale, l'événement a facilité la collaboration transfrontalière et le partage d'informations entre les États membres, dans le but de reproduire les pratiques exemplaires à l'échelle régionale.



*Figure 7: Participants à l'ouverture de la première école régionale d'hiver.
(Source OIM (2020), crédit photo : ENSP)*

57 participants internationaux, dont des chercheurs, des professionnels de la santé, des organisations de la société civile (OSC), des travailleurs sociaux et des organisations internationales se sont réunis pour discuter et favoriser l'apprentissage mutuel dans le domaine de la santé (y compris la santé mentale) et de la protection (y compris psychosociale) des migrants, mais aussi pour garantir la durabilité des actions mises en œuvre dans les différents pays impliqués (OIM, 2020d). L'événement a été l'occasion pour les différentes parties prenantes d'échanger, de créer des réseaux intersectoriels, et de discuter des études récentes sur la santé des migrants. Les enseignements tirés du partage d'informations des différents États membres impliqués a permis la formulation de recommandations pour l'élaboration de politiques et la proposition d'interventions concrètes pour les prestataires de services qui travaillent directement avec ces groupes cibles (ENSP, 2020).

5.6 Recommandations

En vertu des recommandations déjà formulées par des universitaires et des organisations internationales, l'étude conclut que les recommandations suivantes auront un impact positif si elles sont mises en œuvre :

- Faire en sorte que les besoins de santé des migrants relèvent de la responsabilité conjointe des différents acteurs étatiques renforcera leur prise en compte dans l'ensemble des projets et des décisions dans les autres secteurs.
- Étendre la CSU, y compris l'extension des régimes d'assurance maladie aux migrants résidant au Maroc, quel que soit leur statut, adoptant ainsi un modèle de « socles de protection sociale ».
- Dispenser une formation spécialisée supplémentaire adaptée aux besoins spécifiques des migrants aux professionnels de la santé pourrait contribuer à améliorer davantage la qualité de la prestation des services de soins de santé sur le terrain, notamment dans le domaine de la santé mentale et du soutien psychosocial. Ceci permettra l'intégration des besoins des groupes de migrants particulièrement vulnérables, tels que les femmes et les enfants.
- Approfondir les partenariats existants et établir de nouveaux partenariats avec des organisations internationales et les réseaux de santé de la diaspora pourraient contribuer à renforcer les systèmes de santé et de surveillance des maladies, notamment dans les zones transfrontalières, par le biais du renforcement des capacités et de l'échange de compétences. Par exemple, le cadre de gestion de la santé, des frontières et de la mobilité de l'OIM, mis en œuvre avec succès dans les régions frontalières de la RDC (OIM, 2020f), pourrait être adapté au contexte marocain pour renforcer les capacités des travailleurs de première ligne, améliorant ainsi la surveillance, la recherche des contacts, le contrôle des flux et la promotion de l'hygiène.
- Accroître les efforts pour promouvoir l'élaboration et l'adoption de la politique annoncée en matière de migration et de santé, qui inclut la prise en charge des migrants par les régimes d'assurance maladie, ainsi que par la loi annoncée sur l'asile.
- Poursuivre les efforts en faveur de l'intégration des migrants internationaux et de la cohésion sociale, comme le démontre une initiative de la Fédération Anmar des communautés locales du nord du Maroc et de l'Andalousie. Les initiatives qui luttent contre les préjugés et les stéréotypes à l'égard des migrants, telles que l'initiative « Vivre Ensemble » lancée par l'Agence espagnole de coopération internationale pour le développement et soutenue par l'UE, doivent continuer à être soutenues et étendues.
- Continuer à favoriser la collaboration régionale pour promouvoir la santé des migrants, comme cela a été le cas avec l'École régionale d'hiver sur la santé et les droits sexuels et reproductifs et la santé mentale (notamment au vu de l'inactivité de l'UMA).
- Renforcer davantage la préparation aux pandémies et la réponse aux crises sanitaires d'urgence qui prennent globalement en compte les migrants.
- Améliorer davantage la collecte et l'analyse des données sur la migration et la santé grâce à la ventilation de données de qualité, notamment celle des indicateurs sur la migration dans le régime national d'assurance maladie obligatoire (AMO).
- Adopter les pratiques exemplaires en matière de surveillance épidémiologique en échangeant avec les autres États membres de l'Union

6 Kenya : les réfugiés

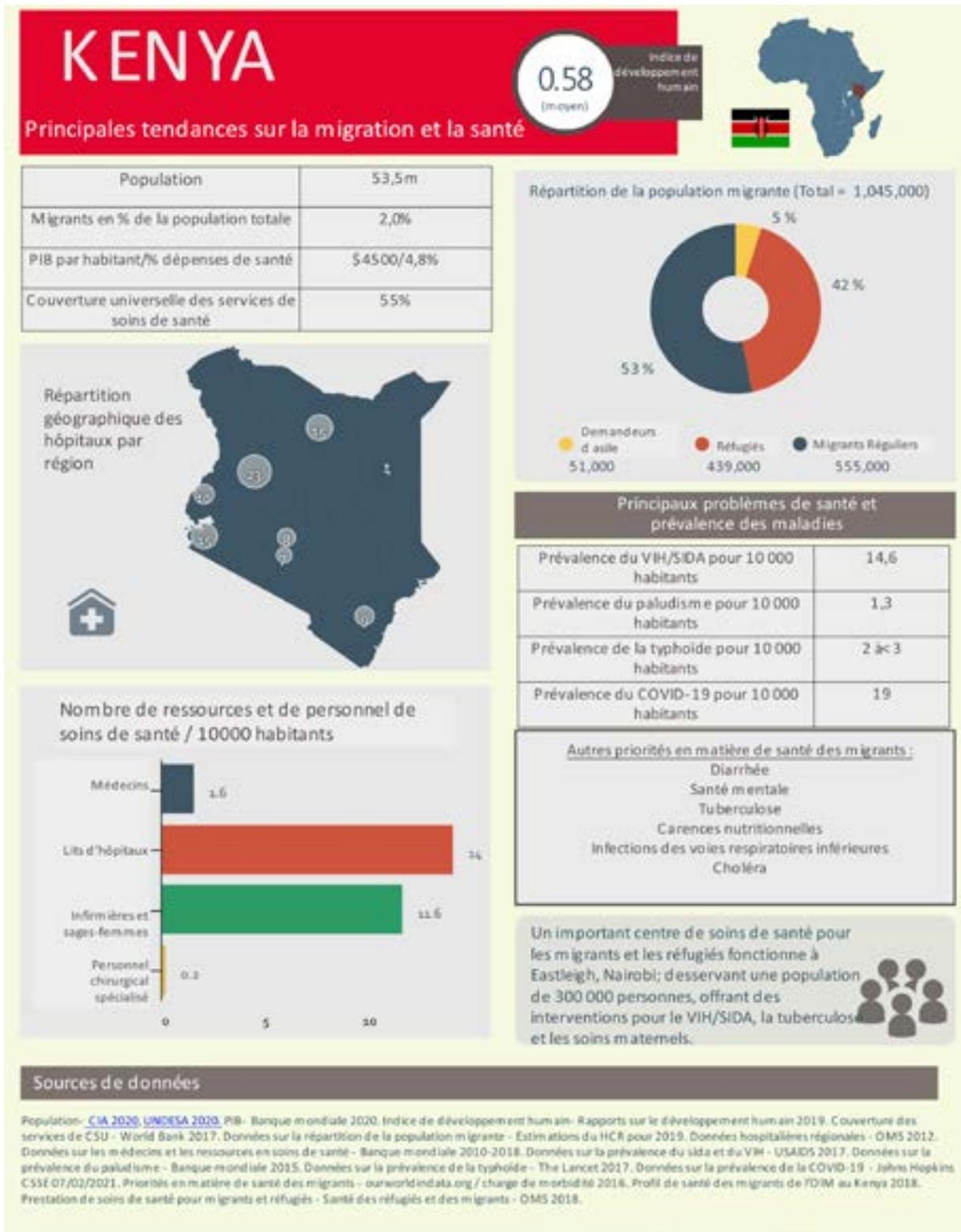


Figure 8 : Infographie des données principales sur la santé et la migration - Kenya.
(Source : Illustration des auteurs)

6.1 Contexte national

Le Kenya est principalement un pays de destination et de transit qui revêt une grande importance pour les mouvements migratoires dans la région. Outre les schémas classiques de migration des nomades et des pasteurs, et la position du Kenya en tant que pays de destination important pour la migration circulaire et à long terme pour la région, il constitue également un pays de transit et de destination pour la migration irrégulière. Par ailleurs, les déplacements forcés induits par les conflits, l'instabilité politique et les risques de catastrophes naturelles poussent les migrants à se rendre sur le territoire kenyan (Hargrave & Leach, 2020). Cependant, le Kenya a connu une migration nette moyenne de -50 000 personnes, ce qui signifie que plus de personnes quittent le pays chaque année qu'elles n'y entrent (Banque mondiale, 2019c). Ces chiffres sont bien évidemment des estimations qui doivent être traitées sous un angle critique, étant donné les importants mouvements de trafic et de traite humains vers l'intérieur et l'extérieur du pays.

Le pays a longtemps été un hôte pour les populations migrantes, et héberge actuellement environ 1 m de migrants ce qui représente environ 2 % de la population (Hargrave & Leach, 2020). Ces derniers sont principalement originaires de Somalie (450 000), d'Ouganda (310 000) et du Soudan du Sud (90 000) (Division de la population des Nations Unies, 2019). Près de 500 000 de ces migrants sont des réfugiés. 44 % (220 000) d'entre eux résident dans le complexe du camp de réfugiés de Dadaab, dans le nord-est du pays, 40 % (200 000) dans le complexe de Kakuma, dans le nord-ouest, et 16 % en zones urbaines, principalement à Nairobi (HCR, 2020a). Ces chiffres classe le Kenya quatorzième pays d'accueil de réfugiés dans le monde et cinquième en Afrique (Banque mondiale, 2019a). Les réfugiés proviennent principalement de la Somalie (53,7 %) et du Soudan du Sud (24,7 %) (Hargrave & Leach, 2020). Bien qu'il soit théoriquement possible pour toute personne entrant au Kenya d'obtenir un permis de travail, les barrières administratives, les coûts élevés et les exigences en matière de compétences en place limitent l'accès des réfugiés en particulier, mais aussi des autres migrants, au marché du travail formel. Ces circonstances poussent les migrants vers le travail informel et une situation irrégulière avec son lot de difficultés en matière d'accès aux soins de santé ou à un compte bancaire (Hargrave & Leach, 2020).

Le Kenya est également un pays de transit vers l'Afrique australe (en particulier l'Afrique du Sud), la péninsule arabique et l'Europe en raison de ses frontières longues et relativement peu contrôlées avec la Somalie, de ses bonnes connexions de transport terrestre et aérien et de ses réseaux de passeurs bien développés (Danish Refugee Council, 2016). Cependant, la migration volontaire à la recherche de meilleurs moyens de subsistance vers le Kenya est également un facteur déterminant. Si on compare le Kenya aux autres pays de la région de l'Afrique de l'Est, il atteint un indice de développement humain (IDH) plus élevé de 0,58 (Roser, 2019) et un PIB par habitant de 4 330 \$ PPA (parité de pouvoir d'achat) (Banque mondiale, 2019g). Cela attire les migrants de la région, qui choisissent de s'y installer plutôt que de transiter par le pays. L'économie kenyane est l'une des économies à la croissance la plus rapide en Afrique subsaharienne, avec une croissance du PIB de 5,7 % en 2019 (Banque mondiale, 2019f). La croissance économique du pays devrait passer à 1,5 % pour 2020, en raison du COVID-19 et d'une crise acridienne qui ont tous deux débuté début 2020 (Banque mondiale, 2019f). La reprise de l'économie kenyane est d'une importance capitale, notamment parce que l'industrie manufacturière et financière, ainsi que les technologies de l'information et de la communication, la construction et les transports, ont des effets d'entraînement non seulement sur les autres secteurs kenyans, mais aussi des répercussions sur les pays voisins (Santander, 2021).

La situation sécuritaire du pays est essentiellement déterminée par ses pays voisins. Les conflits dépassent la frontière : l'organisation terroriste somalienne Al-Shabaab opère également au Kenya. Leurs activités ont poussé le gouvernement kenyan à intervenir militairement en Somalie dès 2011 et à renforcer la réglementation sur les réfugiés (Hansen, 2020). Il a notamment annoncé la fermeture du complexe de Dadaab en 2016, car le gouvernement soupçonnait les membres de l'organisation d'opérer depuis les camps. Cette fermeture n'a jamais eu lieu (Amnesty International, 2019).

Les soins de santé sont assurés par les institutions publiques, les responsabilités étant réparties entre le gouvernement national et les comtés (Kenya Ministry of Health, 2015). Récemment, un nombre croissant d'établissements de santé privés ont vu le jour dans les zones urbaines (Allianz Care, 2020). Un grand nombre de migrants et de réfugiés, notamment dans les camps, bénéficient de soins de santé et d'un soutien dans d'autres domaines prodigués par des organisations internationales et des ONG. Le HCR codirige les deux complexes de camps de réfugiés, tandis que l'OIM assure la gestion d'un établissement de soins de santé à Nairobi (OIM, 2014 ; HCR, 2020c, 2020i). 70 % du système de soins de santé est financé par des fonds publics issus de taxes, de prêts gouvernementaux, de dons et de cotisations d'assurance obligatoires. Le reste (30 %) est financé par les contributions caritatives d'ONG, les cotisations de services privés et de plans

d'assurance. Toutefois, les causes de décès les plus fréquentes présentent un tableau différent. Selon le CDC, il s'agit plutôt de : maladies diarrhéiques ; du VIH/sida et de la tuberculose ; des maladies néonatales ; de maladies non transmissibles ; de la toxicomanie et des troubles mentaux (CDC, 2020).

Le fonds d'assurance public du Kenya (National Hospital Insurance Fund) qui fournit des soins de santé secondaires et tertiaires, traite 7 m de Kenyans sur les 51 m inscrits. L'une des priorités du système de soins de santé est de voir ce nombre passer à 21 millions d'ici 2022 (NHIF, 2021), en particulier en nombre de réfugiés, qui peuvent s'inscrire en tant que famille pour 5 dollars par mois. Des justificatifs doivent être fournis pour en bénéficier. Le HCR coopère avec les autorités du comté pour assurer une approche intégrée des soins de santé où les ressortissants et les migrants sont traités de la même manière (OMS, 2018f).

Quelques indicateurs essentiels permettent d'illustrer le système de soins de santé au Kenya. En 2017, le Kenya a dépensé 4,8 % du PIB p.c. pour la santé, ce qui correspond à 158 \$ p.c. PPA, ce qui est très proche de la recommandation de 5 % de l'OMS (OMS, 2003). Les dépenses totales de santé peuvent être réparties en dépenses publiques (42,7 %), privées (39,4 %) et externes (17,9 %) (OMS, 2018b). En moyenne, 24 % des dépenses totales de santé étaient à la charge des patients, c'est-à-dire des coûts pris en charge par les patients eux-mêmes pour bénéficier de services de santé. De par les dépenses en général, le Kenya est similaire aux autres pays de la région. Toutefois, la part des dépenses prise en charge par le gouvernement dépasse largement celle de la plupart des voisins du Kenya, à l'exception de la Tanzanie (43,2 %) (OMS, 2018b).

Le pays compte 1,6 médecins et 11,7 infirmières et sages-femmes pour 10 000 habitants (Banque mondiale, 2018b, 2018a). Si le nombre de médecins est faible par rapport aux pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), qui comptent en moyenne 29 médecins et 96 infirmiers, le Kenya dépasse la plupart de ses voisins pour cet indicateur, à l'exception du Soudan (2,6). Il en va de même pour le nombre d'infirmiers et de sages-femmes, à l'exception de l'Ouganda qui a une valeur plus élevée pour cet indicateur (14,7). Cependant, selon les données de la Banque mondiale, les chiffres du Kenya se situent dans la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne, qui est de 2,7 médecins et 7,2 infirmiers (Banque mondiale, 2018b, 2018a). Comme dans de nombreux autres pays, les professionnels de la santé sont concentrés dans les zones urbaines et les camps de réfugiés de Kakuma et Dadaab.

Les problèmes de santé les plus répandus suite à l'analyse de l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI)⁷ dans la population générale du Kenya sont : le VIH/sida ; les IST ; les troubles maternels et néonataux ; les infections respiratoires et la tuberculose ; les infections entériques ; les maladies cardiovasculaires ; ainsi que les maladies tropicales négligées et le paludisme (IHME, 2020c).

Selon Prevent Epidemics, le Kenya ne reçoit qu'un score de 50 sur 100 pour sa préparation aux épidémies (Prevent Epidemics, 2021). Bien que des progrès aient été réalisés, l'équipe mondiale d'experts de la santé met en garde contre un nombre élevé de décès potentiels et la propagation d'une épidémie éventuelle qui commencerait au Kenya et se propagerait au-delà de ses frontières. Bien que les points forts de son système de préparation soient la surveillance en temps réel et la vaccination contre les maladies connues, les principales lacunes se situent au niveau de la prise de contre-mesures médicales et de la pénurie de personnel médical. C'est pour cette raison que la pandémie actuelle de COVID-19 suscite tant d'inquiétude au Kenya. Au début du mois de février 2021, plus de 102 000 cas de COVID-19 ont été recensés au Kenya selon l'Université Johns Hopkins (Johns Hopkins University & Medicine, 2021c). Ce chiffre reste faible si on le compare à celui de nombreux autres pays dans le monde, mais est élevé par rapport à celui de ses voisins, l'Ouganda (40 000), la Somalie (5 000) et le Soudan du Sud (5 000). Seule l'Éthiopie compte un chiffre presque aussi élevé dans la région avec 144 000 cas (Johns Hopkins University & Medicine, 2021a).

L'exactitude de ces chiffres a tout de même fait l'objet d'un débat, car le nombre de tests effectués est bien plus faible que dans les pays à revenu élevé. À titre d'exemple, une étude récente sur la prévalence du COVID-19 au Soudan suggère que près de 38 % des habitants de Khartoum pourraient avoir contracté le virus, la plupart des cas n'ayant pas été détectés (Watson et al. 2020).

6.2 Politiques et programmes de migration et de santé

Jusqu'à récemment, le paysage politique du Kenya était constitué de politiques plutôt éparses et de peu de cadres généraux. Un exemple de réglementation des aspects concernant les réfugiés en particulier est la loi sur les réfugiés (2006b) pour la reconnaissance, la protection et la gestion des réfugiés. Cette loi ne

7. Une AVCI – une année de vie corrigée du facteur invalidité – « peut être considérée comme une année de vie "en bonne santé" perdue » (OMS, 2013, p. 4)

fait aucune mention de la santé. La loi sur l'enfance (2001) et son amendement, la politique nationale de l'enfance (2010b) englobent tous les enfants, y compris les migrants, et assurent leur protection sanitaire. Si toutes deux soulignent les droits de tous les enfants, la loi sur l'enfance ne mentionne pas explicitement les migrants et la politique nationale de l'enfance, quant à elle, ne concerne que les réfugiés. La loi sur la citoyenneté et l'immigration (2011) régit l'obtention d'un visa et le séjour sur le territoire. La loi sur la lutte contre la traite des personnes (2010a) prévoit une protection spéciale pour les femmes et les enfants et des sanctions plus strictes en cas d'atteinte à la santé des victimes. Toutes deux sont limitées à leur champ respectif.

Le Kenya a reconnu la nécessité d'une approche unifiée et intégrée de la migration et de la santé et a entrepris plusieurs actions dans ce sens. En 2011, la Consultation nationale sur la santé dans le contexte migratoire a réuni des organismes gouvernementaux, des organisations internationales et de la société civile « pour parvenir à un consensus sur la garantie de services de santé de qualité et équitables pour les migrants et les populations itinérantes au Kenya » (OIM, 2011, p. 1). Cette consultation a abouti à la création par le ministère de la Santé d'un groupe de travail technique en 2013 pour assurer la promotion d'un programme pour la santé des migrants et analyser les cadres politiques existants relatifs à la migration et à la santé (Odipo, 2018). En 2016, le gouvernement a lancé le Mécanisme national de coordination sur la migration (NCM), une plateforme inter-agences responsable de la gestion nationale de la migration. En 2017, le NCM a élaboré la première politique nationale unifiée du pays en matière de migration, comportant des directives détaillées en matière de gestion des migrations, conformément aux Objectifs de développement durable des Nations unies (OIM, 2018c).

Le projet de loi sur les réfugiés (2019), qui remplace la loi sur les réfugiés (2006a), fait écho à ce paysage politique de plus en plus intégré. En effet, tandis que le projet de loi sur les réfugiés de 2019 promet une protection et accorde une attention particulière aux besoins des femmes, des enfants, des personnes en situation de handicap et d'autres groupes vulnérables en matière de santé, la loi sur les réfugiés va plus loin en citant particulièrement les personnes ayant subi un traumatisme et en s'attardant sur les soins qui leur sont spécifiques. De plus, le projet de loi ajoute un examen de santé pour tous les réfugiés et demandeurs d'asile qui entrent sur le territoire kenyan afin d'enrayer la propagation des maladies contagieuses. Il stipule également l'égalité de traitement et l'intégration des réfugiés par le biais de la sensibilisation des communautés d'accueil à la présence et à la coexistence avec les réfugiés.

Un autre exemple de politiques qui ont été améliorées est la loi sur la santé (2017), car elle vise les droits à la santé de toutes les personnes au Kenya et est donc totalement inclusive. La politique de gestion de l'hygiène menstruelle (2019), qui inclut les migrants et surtout les réfugiés comme groupes cibles, constitue un autre exemple de politique d'inclusion et d'intégration. La politique nationale de migration à venir ainsi que la politique nationale de migration de main-d'œuvre en cours d'élaboration devraient continuer à assurer l'intégration des approches politiques du Kenya en matière de migration et de santé. Le grand nombre de migrants pose un « défi sanitaire national » au Kenya, élément reconnu dans la politique de santé du Kenya 2014-2030 (2014, p. 18).

Les migrants résidant au Kenya peuvent accéder aux soins de santé par différentes voies. Ceux qui résident officiellement au Kenya, c'est-à-dire ceux qui ont un statut légal ou sont enregistrés en tant que réfugiés, peuvent avoir accès au Fonds national d'assurance hospitalière (NHIF) (IIED, 2019 ; OMS, 2018d). Ce dernier fournit, sans restriction, des soins de santé secondaires et tertiaires à ceux qui y ont souscrit. Initialement, les étrangers n'étaient autorisés à y souscrire qu'en présentant un permis de travail ou un visa d'étudiant (ibid.). Les permis de travail étant quasiment inaccessibles aux réfugiés, ceux-ci ont été poussés vers les marchés du travail informels et ne bénéficient d'aucun soin de santé (Hargrave et al. 2020).

Cependant, depuis 2014, les migrants, en particulier les réfugiés, ont accès au fonds en versant 2 dollars par mois par personne ou 5 dollars par mois par famille. Il existe encore d'importants obstacles à l'accès à ces services. En réalité, les migrants sont souvent exclus faute de documents. Les migrants nouvellement arrivés en attente de certains documents sont exclus ; bon nombre de migrants ont dû attendre des années durant que leur demande soit traitée par les agences (IIED, 2019). Concernant les autres obstacles auxquels les migrants sont confrontés lorsqu'ils tentent d'accéder aux services de santé, il convient de faire une distinction importante selon l'emplacement géographique. Ceci concerne essentiellement les réfugiés.

En 2014, après une série d'attaques perpétrées au Kenya par l'organisation terroriste Al-Shabaab, les politiciens kenyans ont changé de cap dans leur politique d'accueil des réfugiés. Ceci émane de la crainte que les organisations terroristes puissent procéder au recrutement massif de réfugiés somaliens, voire, que des terroristes accèdent au territoire kenyan en se faisant passer pour des réfugiés. Les réfugiés ont donc dû s'installer dans des camps. Les deux plus grands sont le complexe de réfugiés de Dadaab et celui de Kakuma

qui accueillent respectivement 220 000 réfugiés et 200 000 réfugiés. Ces chiffres sont si élevés que le gouvernement kenyan compte sur l'aide importante du HCR pour la gestion des camps et leur soutien (HCR, 2020c, 2020i). Les deux camps accueillent un nombre de réfugiés supérieur à ce qui était prévu. Kakuma devait accueillir 58 000 réfugiés, tandis que le complexe de Dadaab a dû être élargi et doté de deux nouveaux emplacements dans le complexe après la crise de la Corne de l'Afrique en 2011. Ce dernier constitue l'un des plus grands complexes de ce type au monde (HCR, 2020b).⁸

Étant donné que les réfugiés au Kenya sont rarement en mesure d'obtenir un visa de travail et qu'ils ne peuvent pas devenir éleveur ou se lancer dans l'agriculture puisqu'ils ne peuvent pas posséder de terres, une économie informelle active s'est développée dans les camps avec la participation des communautés d'accueil. Cependant, les résidents continuent de dépendre essentiellement des dispositions du HCR. En outre, il est difficile de fournir des soins de santé adéquats en raison du grand nombre de migrants, d'où les épidémies récurrentes qui touchent les camps.

Bien que des progrès aient été réalisés en matière d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement, les maladies diarrhéiques restent une menace constante pour la santé des réfugiés. Le virus de l'hépatite E, le choléra et le poliovirus sauvage peuvent être attribués au manque d'assainissement dans les camps (Brown & Cetron, 2014 ; HCR, 2011 ; OMS, 2017). Le scorbut (une carence en micronutriments) a également été signalé dans l'un des camps (Ververs et al. 2019). En outre, la sécurité a été signalée comme un problème dans les camps, ce qui a entraîné des cas signalés de violence basée sur le genre. Bien qu'il existe des services pour les victimes de violence basée sur le genre, des obstacles tels que la stigmatisation, la crainte de violences futures, le refus d'accès par les gardes du camp, la crainte de la non-confidentialité et le manque de connaissances sur le service, entravent son utilisation (Muuu et al. 2020).

Une troisième population importante de réfugiés (60 000 personnes) est située à Nairobi. Il s'agit principalement de réfugiés somaliens qui résident dans une communauté appelée Eastleigh, où il existe déjà une importante diaspora de Somaliens. Plusieurs organisations onusiennes y sont actives, avec en tête, l'OIM, qui fournit des soins aux réfugiés et aux locaux dans un établissement modèle, le Eastleigh Community Wellness Centre (ECWC), en collaboration avec l'équipe de gestion sanitaire du sous-comté de Kamukunji (OMS, 2018f, p. 9). Michela Martini, spécialiste régionale de la santé des migrations pour l'Afrique de l'Est et la Corne de l'Afrique à l'OIM, explique l'approche des cliniques comme suit:

« L'élément intéressant est que nous fournissons des traitements et des services gratuitement. Et le deuxième élément est notre approche non discriminatoire. Nous ne demandons aucune pièce d'identité ni document. Selon les dernières données, la moitié des patients de la clinique sont des migrants tandis que l'autre moitié est des Kenyans. Je pense vraiment que c'est une approche intéressante, plus qu'intégrée. Et cela confirme et appuie davantage nos messages de plaidoyer qui consistent à améliorer les systèmes pour les migrants et à les maintenir pour la population elle-même, car nous ne voulons pas d'un système parallèle ».

Les soins de santé fournis englobent : le VIH ; les services de santé sexuelle et reproductive ; les services de santé maternelle et infantile ; la vaccination et le suivi de la croissance ; les services de nutrition ; la promotion de la santé par la mobilisation communautaire et la sensibilisation à la santé ; ainsi que les services d'interprétation pour la prévention des maladies. Les obstacles récurrents auxquels se heurtent les migrants pour accéder aux soins de santé en milieu rural sont en partie similaires à ceux que rencontrent les Kenyans : les longs délais d'attente ; le manque de disponibilité ; le coût des médicaments ; et le transport. Toutefois, les migrants en situation irrégulière sont les seuls à devoir faire face à un ensemble différent d'obstacles. Il s'agit, par exemple, de la menace de harcèlement en raison de l'absence de documents, de la peur de l'expulsion ou de sanctions sévères en cas d'absence de documents de résidence valides, de la discrimination réelle ou perçue, et des barrières linguistiques (Arnold et al., 2014).

6.3 Principales remarques et conclusions - collecte de données primaires

Le Kenya a accueilli d'importantes populations de migrants et de réfugiés avant même son indépendance en 1963, en raison de la stabilité politique et économique apparentes du pays par rapport à la plupart des pays

8. Le gouvernement kenyan a déjà annoncé son intention de fermer les camps dans le passé et a réitéré ses plans en mars 2021. (Al Jazeera, 2021)

voisins. C'est pourquoi, le HCR et l'OIM ont tous deux centré leurs opérations régionales dans le pays.⁹ Dans ce contexte, les camps de réfugiés de Kakuma et de Dadaab au Kenya restent parmi les plus grands camps de réfugiés au monde. Globalement, le pays suit une stratégie de cantonnement pour les réfugiés, mais les autorise à vivre parmi la population hôte dans certaines circonstances, ce qui se fait principalement à Nairobi. Comme nous l'avons souligné plus haut, le calendrier serré, les restrictions de voyage en raison du COVID-19 et les obstacles administratifs ont empêché les chercheurs partenaires d'accéder aux deux complexes situés respectivement à 600 km et 400 km de Nairobi. Les contraintes de temps les ont également conduits à se concentrer sur un échantillon autour du district d'Eastleigh de la capitale, épice de la présence des réfugiés au Kenya en dehors des camps du HCR. Avec le soutien du personnel de l'ECWC, un échantillon de 300 enquêtes a été constitué à cet endroit. Les personnes interrogées étaient des patients de la clinique de santé et des membres de leurs communautés. Le questionnaire utilisé se trouve à l'annexe V. Les caractéristiques de base de l'échantillon seront décrites ci-dessous. Il convient de souligner qu'aucune des questions n'a permis d'obtenir un ensemble complet de réponses de la part des répondants. Par conséquent, les pourcentages indiqués font référence au nombre de réponses obtenues.

Dans notre échantillon, la plupart des personnes interrogées ont un parcours similaire en termes de pays d'origine. Deux tiers d'entre eux (65 %) sont originaires de Somalie. Cette forte proportion reflète la composition du quartier, qui est dominé par une importante population somalienne. 20 % de l'échantillon est originaire d'Éthiopie, tandis que les 15 % restants se répartissent principalement entre ressortissants érythréens, tanzaniens, ougandais ou encore, soudanais, djiboutiens, libyens, bissau-guinéens ou sud-soudanais. En outre, l'échantillon se caractérise par une prédominance des femmes (69 %). Cela peut être un résultat de l'échantillonnage, tel que la disponibilité des femmes par rapport aux hommes. Une autre explication possible est que les 6 agents recenseurs du personnel des cliniques étaient toutes des femmes. Il s'agit néanmoins d'un ensemble de données intéressant permettant d'examiner les expériences des réfugiées en matière de santé et d'accès aux services de santé.

En ce qui concerne le statut de résidence, la plupart des personnes interrogées ont des documents temporaires, 76 % de l'échantillon total étant reconnu comme réfugié et 7 % de l'échantillon total étant demandeur d'asile. En outre, 11 % de l'échantillon ont répondu à la question en disant qu'ils étaient des citoyens. Ceci est curieux, car le processus de naturalisation au Kenya est plutôt ardu. Cependant, ce n'est pas totalement improbable compte tenu de la durée de séjour au Kenya des personnes de l'échantillon. Plus de la moitié des personnes interrogées (53 %) affirment être dans le pays depuis plus de cinq ans, tandis que 35 % ont résidé au Kenya pendant deux à cinq ans. Les personnes interrogées ont déclaré que les principales raisons les ayant poussées à migrer étaient une situation difficile, voire périlleuse, dans leur précédent pays de séjour, la volonté d'améliorer leur situation économique et le regroupement familial. D'autres raisons étaient l'éducation et la santé. L'enquête demandait d'indiquer la raison première, secondaire et tertiaire. Lorsqu'on les regroupe, la principale raison est l'amélioration de la situation économique, ce qui est assez surprenant, puisque plus de 80 % des personnes interrogées sont des réfugiés ou des demandeurs d'asile.

En ce qui concerne les qualifications scolaires, 38 % des personnes interrogées ont terminé l'école primaire, tandis qu'un quart d'entre eux n'ont pas terminé leur scolarité (27 %) ou ont terminé l'école secondaire (26 %). En ce qui concerne la situation professionnelle des personnes interrogées, plus de la moitié (52 %) sont des travailleurs indépendants, tandis que 28 % sont au chômage.

9 % travaillent à temps partiel, tandis que ceux qui ont un emploi à temps plein, ceux qui sont vraisemblablement salariés et ceux qui étudient représentent chacun 4 % de l'échantillon. Ce tableau de l'emploi n'est pas surprenant étant donné que 27 % des personnes interrogées n'ont pas suivi d'enseignement formel, 38 % ont suivi un enseignement primaire et 25 % un enseignement secondaire. Si l'on considère que les permis de travail exigent un haut degré de qualification et des frais, et qu'ils posent des obstacles administratifs, le nombre de personnes employées est naturellement faible. Pour des informations plus détaillées sur les variables descriptives de l'échantillon de l'enquête, veuillez consulter les tableaux 1 et 2 de l'annexe V.

9. Par ailleurs, le Kenya accueille le siège mondial du Programme des Nations unies pour l'environnement (PNUE) et du Programme des Nations unies pour les établissements humains (ONU-Habitat).

6.4 L'expérience des migrants en matière de santé et d'accès aux services de santé

Le sous-chapitre suivant examinera les besoins et les vulnérabilités en matière de santé et l'accès des migrants aux services de santé dans l'échantillon du Kenya.

Besoins et vulnérabilités des migrants en matière de santé

Dans ce sous-chapitre, les besoins de santé des migrants au Kenya seront analysés sur la base des résultats de l'enquête. Il a été demandé aux personnes interrogées dans le cadre de l'enquête kenyane si elles avaient rencontré des complications de santé depuis leur arrivée au Kenya. Dans ce groupe précis de personnes interrogées à Eastleigh, la majorité a répondu « non » (69 %). Celles qui ont répondu « oui » (89 personnes) ont été invitées à préciser leurs complications de santé et pouvaient répondre par plus d'une complication. Les résultats sont repris dans la figure 9 ci-dessous. Dans ce cas précis, la réponse la plus courante a été les maladies chroniques (obésité, diabète, hypertension, etc.) (63). Elle est suivie par les problèmes oculaires (15) et les maladies infectieuses (12), qui sont beaucoup moins nombreux. Les facteurs mineurs étaient les problèmes physiques (par exemple, les fractures) (7), les problèmes dermatologiques (6) et les problèmes dentaires (5). Les chiffres de la catégorie « autres » comprennent les problèmes de nutrition et les maladies sexuellement transmissibles (4 chacun), les problèmes de santé mentale (2) et les problèmes de santé reproductive (1).

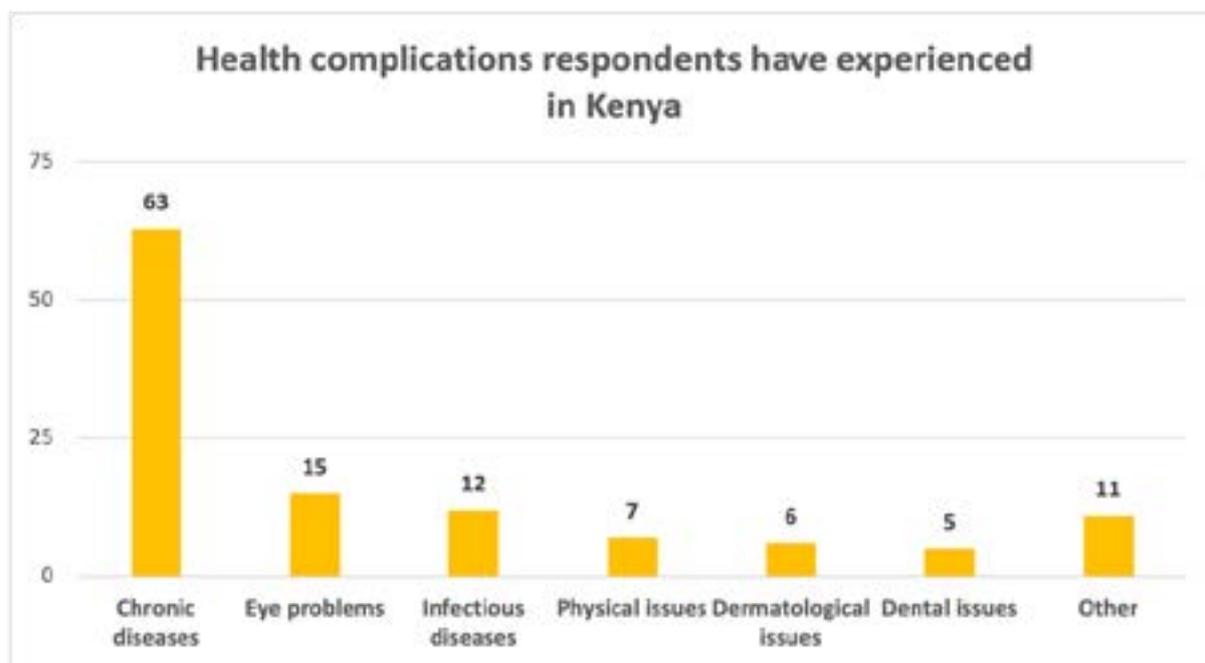


Figure 9 : Complications sanitaires rencontrées par les personnes interrogées au Kenya. 89 répondants ont nommé 119 complications dans la question à choix multiples. (Source : propres données)

La figure 10 présente la question à choix multiples suivante, à savoir, quelles sont les complications qui inquiètent le plus les personnes interrogées ? La réponse la plus fréquente est la pandémie de coronavirus (223). Avec une certaine distance, les maladies chroniques et infectieuses ont été nommées en deuxième et troisième position (108 et 103). Les maladies sexuellement transmissibles (71) venaient en quatrième position, tandis que la situation sanitaire de leurs enfants était également une préoccupation comparativement importante pour les personnes interrogées (34). D'autres complications ont été citées à une fréquence relativement limitée.

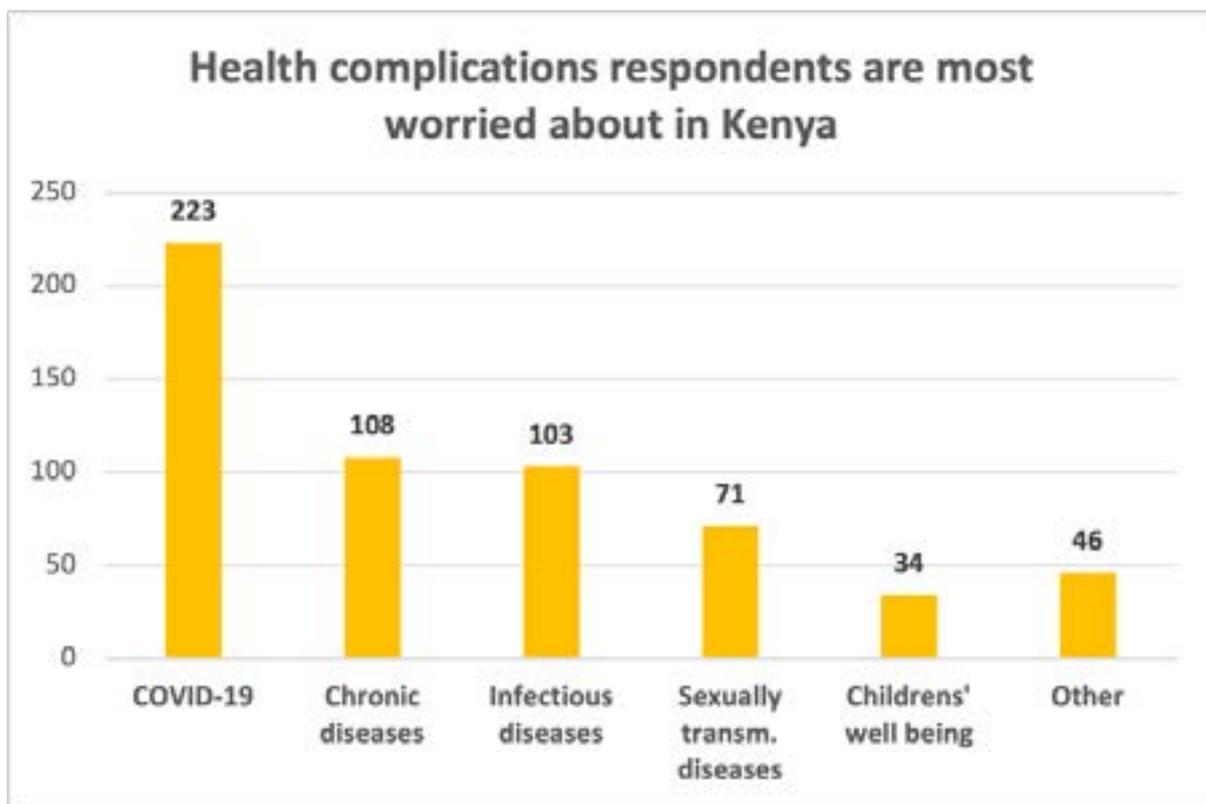


Figure 10 : Complications sanitaires qui inquiètent le plus les personnes interrogées au Kenya. 295 répondants ont cité 585 complications dans la question à choix multiples. (Source : propres données)

Les complications réellement vécues correspondent généralement aux inquiétudes exprimées. Les migrants sont donc conscients des complications de santé plus à même de les affecter. Une comparaison avec les complications qui affectent le plus la population kenyane, comme l'a indiqué l'EVCI dans le chapitre ci-dessus (IHME, 2020c), n'est guère possible puisque les personnes interrogées ont seulement indiqué les complications qui les affectaient sans en préciser la mesure. Cependant, sur la base de l'échantillon limité, certains signes indiquent que les maladies sexuellement transmissibles jouent un rôle plus important dans la population générale que dans l'échantillon de l'ECWC. Les troubles maternels et néonataux sont également sous-représentés dans l'échantillon, ce qui est surprenant, étant donné le grand nombre de femmes interrogées. Pour les autres maladies chroniques et infectieuses, des parallèles peuvent être établis entre l'échantillon et la population générale. Cela fait sens, car les personnes interrogées vivent au sein de la communauté d'accueil kenyane dans le district d'Eastleigh et sont beaucoup plus intégrées que la population de migrants, et surtout de réfugiés, vivant dans les camps.

Expérience des migrants en matière de système de soins de santé et d'accès aux services de santé

Comme le montre la figure 11, les personnes interrogées dans l'enquête ont une assez bonne opinion de leur propre accès aux services de santé au Kenya. Deux tiers d'entre elles (67 %) évaluent leur accès à 8 ou plus sur une échelle allant de 1 (fortes limitations) à 10 (parfaite santé). Le chapitre suivant servira à explorer certaines des raisons pour lesquelles les personnes interrogées sont satisfaites ou non en matière d'accès aux services de santé à Nairobi. En conséquence, l'aspect de la qualité de la prestation des services de santé est pris en compte. Les observations et les résultats qui suivent sont fortement influencés par la nature de l'ECWC. Les migrants, comme les locaux, sont traités sans avoir à fournir de documents et, généralement, sans frais. Par conséquent, les résultats ne doivent pas être généralisés à l'ensemble des réfugiés au Kenya, et se limiter au contexte de Nairobi, la capitale du Kenya, et sa périphérie.

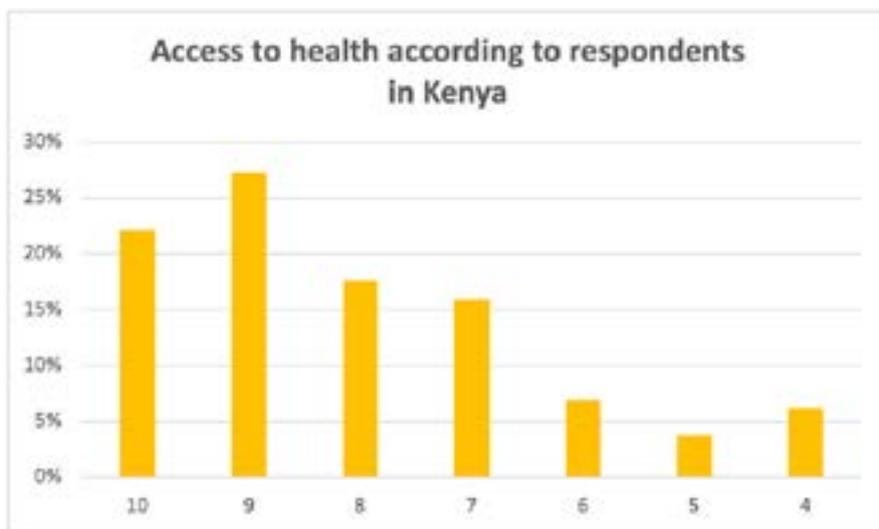


Figure 11 : Accès à la santé selon 289 personnes interrogées au Kenya sur une échelle de 0 à 10. (Source : propres données)

Sur les 281 personnes interrogées qui ont cherché à bénéficier de soins de santé, 72 % ont fréquenté un établissement de santé public ou sollicité d'autres soins primaires, les femmes étant légèrement plus susceptibles de chercher à obtenir des soins publics que les hommes (74 % contre 67 %) (Voir le tableau 4 de l'annexe V). Les données montrent que la principale source de soins de santé pour toutes les personnes interrogées était l'établissement public, ce qui n'est guère surprenant puisqu'Eastleigh est un centre de santé public. Cependant, les communautés de réfugiés les plus importantes comptent des personnes ayant les moyens d'utiliser des alternatives aux établissements publics, c'est-à-dire les prestataires privés, auxquels 67 % des 185 Somaliens interrogés et 69 % des 55 Éthiopiens interrogés ont eu recours. Comme mentionné ci-dessus, ces deux groupes de ressortissants dominent l'échantillon (80 %). Les alternatives principales en matière de soins de santé sont les ONG et les pharmacies.

77 % de l'échantillon déclare n'avoir jamais rencontré de restrictions en matière d'accès aux services de santé. Alors que 7 % déclarent n'avoir jamais essayé, seuls 15 % de l'échantillon, soit 45 personnes interrogées, ont fait face à des restrictions. Les multiples réponses apportées sont illustrées dans la figure 12.

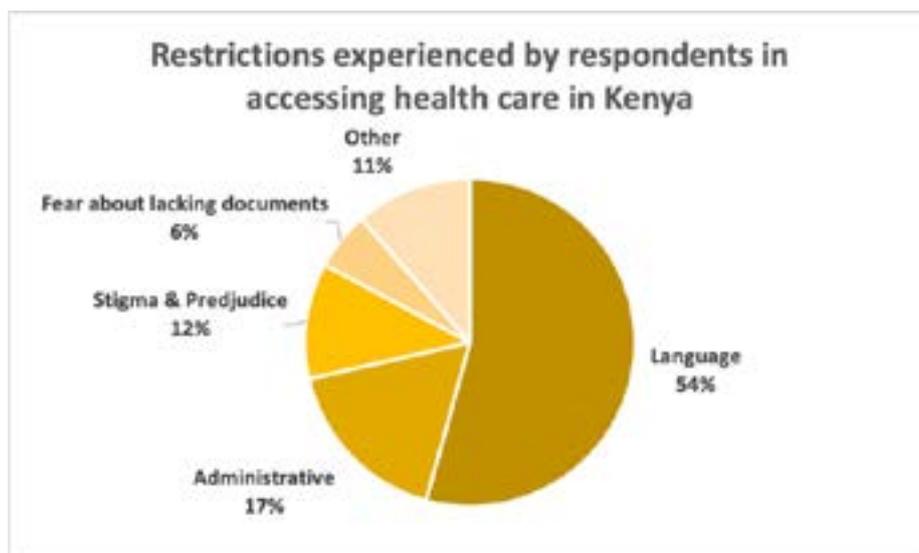


Figure 12 : Restrictions rencontrées par les personnes interrogées pour accéder aux soins de santé au Kenya. 45 répondants ont mentionné 70 restrictions dans la question à choix multiples. (Source : propres données)

La majorité des restrictions rencontrées sont dues à la barrière linguistique. La langue était le problème pour 54 % de toutes les restrictions nommées. Le problème de la langue - la lingua franca étant principalement le kiswahili - est curieux : le kiswahili est une langue que l'on apprend assez facilement dans les rues de Nairobi, par le biais d'interactions sur les marchés, dans les transports publics, dans les médias, etc. Ce problème

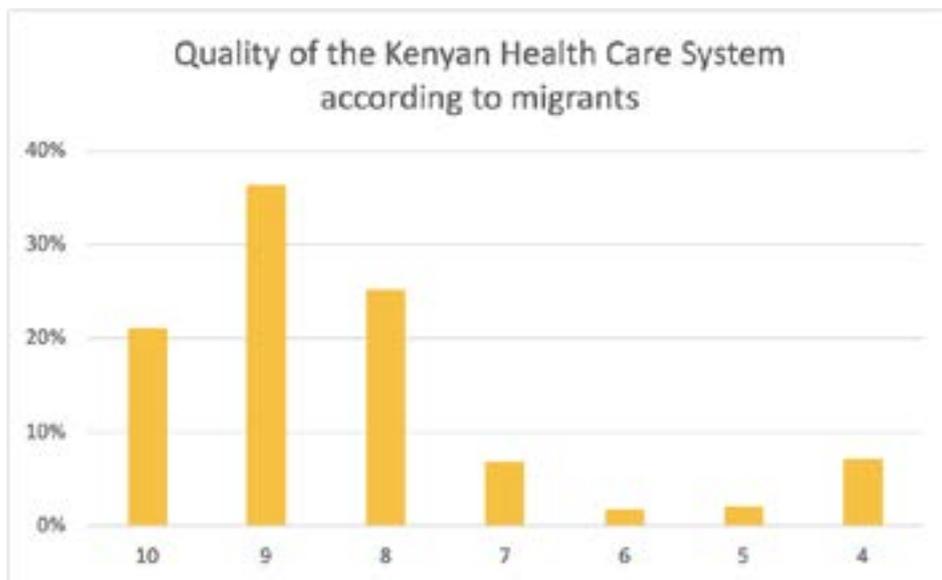
de langue est particulièrement marqué chez les jeunes migrants/réfugiés. En outre, le fait que près de 80 % des personnes interrogées vivent au Kenya depuis au moins deux ans souligne l'insularité intentionnelle ou involontaire de certaines communautés de migrants et de réfugiés.

Sur les 16 personnes interrogées qui ont tenté de surmonter la barrière linguistique, 9 - en majorité des femmes - ont appris la langue et 7 ont recours à un interprète. Bien que certaines personnes interrogées aient suggéré que l'ostracisme et les préjugés constituaient un obstacle à leur accès à la santé, ces adversités ont rarement été citées parmi les obstacles. D'autres réponses incluent les obstacles administratifs (17 %), la stigmatisation (12 %) et la peur d'être sans papiers (6 %). La section « autre » comprend les obligations professionnelles, les restrictions religieuses et culturelles, l'absence de médicaments ou une grève du personnel des établissements de santé. Comme mentionné, les services prodigués à Eastleigh sont généralement gratuits. Lorsqu'elles ont contacté des prestataires privés, les personnes interrogées ont déclaré avoir payé elles-mêmes, tandis que les établissements d'autres ONG proposent leurs services gratuitement. Un petit nombre des personnes interrogées ayant eu un accès limité aux soins a préféré se rendre dans une pharmacie et acheter des médicaments. Le groupe interrogé a rarement eu recours aux herboristes ou autres guérisseurs traditionnels, à l'exception d'un nombre très limité d'individus.

La question de l'accès à la santé est également liée un manque d'information sur le système de santé. En raison de l'ancienneté des communautés de migrants à Nairobi, il n'est pas surprenant que la plupart des personnes interrogées dans le cadre de cette question à choix multiples aient désigné les amis et la famille comme leur source d'information (89 %). Les ONG, les pharmaciens et les professionnels du système public ont également été cités. Les volontaires de santé communautaire constituent également une importante source d'information pour les migrants (CHW Central, 2021). Ces volontaires sont responsables non seulement de l'information sur le système de santé, mais aussi de l'information de leur communauté (généralement 10 volontaires pour 5 000 habitants, ce qui constitue une unité de santé communautaire) sur les mesures de santé de base qu'ils peuvent prendre pour se protéger et aussi pour effectuer des traitements de base pour les complications de santé courantes. Ils sont à leur tour supervisés et formés par des agents de vulgarisation en santé communautaire, qui sont employés par le gouvernement.

Ces derniers peuvent fournir davantage de services ou même orienter les personnes vers des établissements de santé spécialisés. Ce programme kenyan a été couronné de succès, même si, fin 2019, seules 6 000 des 10 000 unités de santé communautaire prévues étaient en place. Le travail de ces unités a porté ses fruits. Les districts dotés d'unités de santé communautaire ont de meilleurs scores en matière de vaccination des enfants, de soins maternels, de traitement préventif du paludisme et plus encore. Étant donné que seuls 14 districts sur 47 versent une prime variable à leurs agents de santé communautaire, le nombre d'unités pourrait facilement être augmenté si davantage de districts encourageaient le programme.

Lorsque les personnes ont été interrogées sur leurs sources d'information préférées, elles ont déclaré préférer les centres de services de santé primaires (54 %) aux amis, à la famille et à leur réseau personnel (23 %). Il s'agit d'un revirement par rapport aux canaux d'information actuels, où le réseau personnel était prédominant, et où seule une personne interrogée sur dix déclarait être informée par les professionnels du système public. Dans une moindre mesure, les pharmacies et la communauté religieuse sont également consultées en cas de besoin d'information. En effet, à la question de savoir à quelle source les personnes interrogées préféreraient obtenir des informations sur les systèmes de santé, 54 % ont choisi les établissements publics, tandis que 23 % ont opté pour la famille et les amis. Cependant, d'autres ont cité les communautés religieuses, les sites web gouvernementaux et les pharmacies comme sources alternatives. Outre les circonstances de l'accès, ses obstacles et la fourniture limitée d'informations, l'enquête a également demandé aux migrants d'évaluer la qualité du système de santé kenyan. Les résultats sont présentés dans la figure 13. Ils montrent que 82 % des personnes interrogées approuvent la qualité du système, en lui attribuant une note de 8 à 10 points sur une échelle de 1 à 10, tandis qu'aucun n'a répondu par un score inférieur à 4. Cela témoigne de l'approche du Centre d'Eastleigh, mais cela peut être un cas d'échantillon biaisé, comme mentionné précédemment. Les personnes interrogées sont celles qui sont déjà en contact ou proches des bonnes installations gérées par l'OIM, ce qui ne peut être considéré comme représentatif du système de l'ensemble du pays.



FFigure 13 : Qualité du système de soins de santé kenyan selon 295 personnes interrogées au Kenya, sur une échelle de 1 à 10. (Source : propres données)

Pour voir quel résultat le système de santé kenyan a sur la population migrante de Nairobi, l'enquête comprenait une question très intéressante concernant l'auto-évaluation de la santé des migrants. Comme cette étude ne dispose d'aucune mesure technique de l'état de santé des migrants et des réfugiés, elle s'appuie donc sur leur propre évaluation avec une échelle allant de 1 à 10 (1 correspondant à un très mauvais état de santé, et 10 à une parfaite santé). Cette évaluation devait être faite en trois temps : avant le voyage vers le Kenya, à l'arrivée au Kenya et à l'heure actuelle. La figure 14 illustre les réponses. Ces résultats sont intéressants, car les besoins et les vulnérabilités des migrants sont combinés avec l'accès au système de santé et sa qualité. Les chiffres suggèrent que la proportion de réfugiés en relativement mauvaise santé – score de 4 et 5 - a une estimation réduite de l'état de santé actuel par rapport à celui au départ du pays d'origine et à l'arrivée au Kenya. Le tableau est quelque peu ambigu pour les scores de 6, 7 et 8. Alors que la part des personnes interrogées ayant obtenu le score de 9 a considérablement diminué, passant de 40 % à 26 %, celle des personnes interrogées ayant obtenu le score de 10 a doublé, passant de 16 % à 38 %. Globalement, les chiffres indiquent que la santé des personnes interrogées s'est améliorée après leur migration. Comme nous l'avons vu précédemment, la plupart des migrants utilisent les services de santé publique. Étant donné que ces établissements publics mettent en œuvre les politiques et programmes de santé kenyans, il serait juste de conclure que ceux-ci ont contribué à l'amélioration de l'état de santé des migrants et des réfugiés.

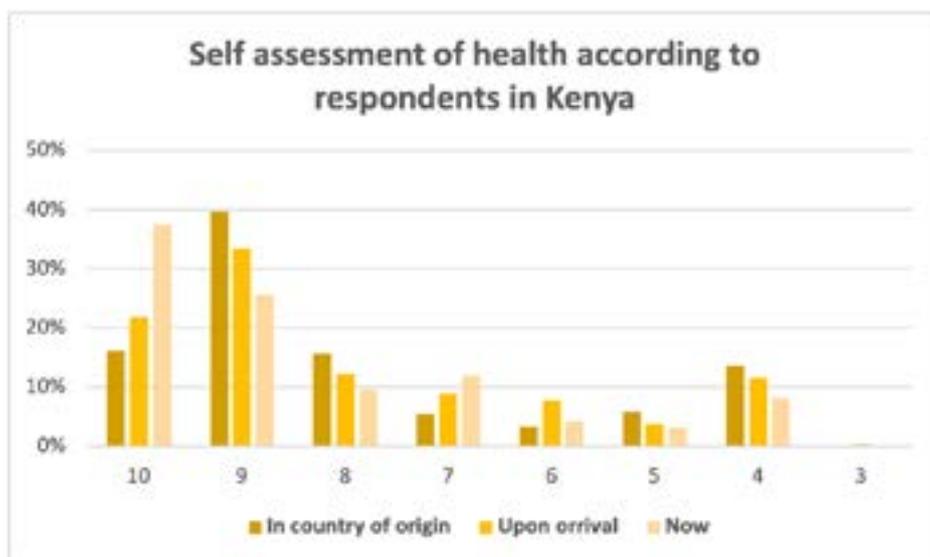


Figure 14: Auto-évaluation de la santé selon 293 répondants au Kenya sur une échelle de 1 à 10. (Source : propres données)

Si l'on examine l'auto-évaluation moyenne de l'état de santé, on ne constate qu'une augmentation marginale de la moyenne de l'état de santé dans le pays d'origine, qui est de 7,9 (7,87), à l'arrivée au Kenya, qui est également de 7,9 (7,92). L'évaluation initiale élevée de l'état de santé pourrait s'expliquer par « l'effet du migrant en bonne santé », c'est-à-dire que les personnes en mauvaise santé ou âgées sont moins susceptibles de décider d'entreprendre un voyage épuisant contrairement aux personnes plus jeunes et en bonne santé. Une autre raison de la constance de l'évaluation est le réseau initial et les informations sur le système de santé au Kenya, qui favoriseraient des résultats stables en matière de santé. Cependant, avec le temps, l'auto-évaluation augmente pour atteindre un score plus élevé que la situation sanitaire initiale, avec une évaluation moyenne de la santé de 8,4 au moment où les personnes interrogées ont répondu à l'enquête. La tendance à l'augmentation de l'auto-évaluation de la santé se vérifie également en incluant l'Afrique du Sud et le Nigeria. Sur l'ensemble de l'échantillon, les scores de santé moyens passent de 8,0 avant la migration à 8,8 au moment de l'enquête (voir le tableau 3 de l'annexe V).

Une ventilation plus poussée des données montre également que l'auto-évaluation des migrants s'améliore à mesure qu'ils passent plus de temps au Kenya. L'étude a considéré les trois moments pour trois groupes différents. Ceux qui sont au Kenya depuis un à deux ans (30) présentent une augmentation de leur auto-évaluation moyenne de la santé de 0,3 (avant 7,1, à l'arrivée 7,3, maintenant 7,4). Les personnes ayant séjourné au Kenya entre deux et cinq ans (104) affichent une augmentation de leur auto-évaluation moyenne de la santé de 0,5 (avant 7,9, à l'arrivée 8,0, maintenant 8,4). Enfin, ceux qui sont au Kenya depuis plus de cinq ans (157) affichent une augmentation de leur auto-évaluation moyenne de la santé de 0,6 (avant 8,0, à l'arrivée 8,0, maintenant 8,6). Comme seules deux personnes interrogées sont au Kenya depuis moins d'un an, nous les avons exclues. Les données montrent également que l'amélioration moyenne globale de la santé augmente avec le temps que les personnes interrogées ont passé au Kenya. Cela est dû aux dispositions positives à long terme en matière de santé dans le pays.

Cela peut s'expliquer, d'une part, par de meilleures conditions de vie au Kenya que dans la plupart des pays voisins et, d'autre part, par une bonne prestation médicale dans le pays. Une autre explication possible est la caractéristique particulière de ce groupe de migrants, qui vivent dans la capitale du pays au sein de leurs propres communautés et non isolés dans des camps. Les personnes interrogées sont dans le pays depuis assez longtemps (80 % sont dans le pays depuis plus de deux ans) et ont généralement accès à un réseau permanent de compatriotes (somalien) et nombreux sont ceux qui travaillent pour générer des revenus, ce qui peut également contribuer à améliorer les conditions de santé de ceux qui peuvent se le permettre..

6.5 Point sur l'impact de COVID-19

Comme indiqué précédemment, Eastleigh est un quartier commercial et résidentiel à forte densité de population, dont la population diurne est plusieurs fois supérieure à la population nocturne/résidentielle. Eastleigh abrite un centre commercial lucratif responsable de nombreuses importations d'articles ménagers en raison des liens étroits entre les commerçants somaliens et ceux des États du Golfe. Ces mêmes articles sont distribués à Nairobi, au Kenya voire au-delà. Lors du déclenchement de la pandémie de COVID-19 en mars 2020, les conditions existantes ont fait d'Eastleigh un quartier à haut risque de transmission, avec une marge de manœuvre modeste pour adhérer aux mesures de confinement de la pandémie de santé publique. Comme indiqué plus haut, les services d'approvisionnement en eau et d'assainissement posaient problème, de même que la distance sociale due à la promiscuité, ce qui compromettait l'efficacité des masques. Ainsi, Eastleigh a fini par rester sous confinement, même après la levée de la fermeture initiale par le gouvernement de quatre comtés, dont Nairobi. Ainsi, l'importante population de migrants et de réfugiés d'Eastleigh a souffert de manière disproportionnée - même si ce n'était pas intentionnel - des mesures mises en place par le gouvernement pour lutter contre la pandémie.

6.6 Besoins de santé des groupes vulnérables de migrants

Les migrants, en particulier ceux qui se trouvent dans une situation similaire à celle des réfugiés, sont soumis à de multiples vulnérabilités. Le HCR (2017) ne reconnaît que la vulnérabilité situationnelle et la vulnérabilité individuelle.

La vulnérabilité situationnelle, c'est-à-dire les circonstances de la migration, est la menace et l'exploitation par d'autres personnes (par exemple, les combattants, les populations xénophobes, les passeurs, les fonctionnaires corrompus, les trafiquants, etc.) et les voyages ou transports peu sûrs et sujets à des accidents (véhicules anciens ou inadaptes, conditions climatiques difficiles, etc.) D'autres facteurs sont l'absence d'un

réseau de soutien, une langue inconnue et une situation difficile en matière de documentation. Bien sûr, cette vulnérabilité n'est pas exclusive aux migrants transfrontaliers, mais ceux-ci sont plus à même d'en souffrir. La vulnérabilité individuelle est le résultat des caractéristiques des migrants individuels dans des circonstances données. Cette combinaison peut aboutir à une situation de risque plus exposée pour certains migrants comme les enfants, surtout lorsqu'ils ne sont pas accompagnés, les femmes, les personnes âgées, ou les personnes vivant avec un handicap ou ayant des besoins médicaux.

Si on se penche sur la composition de l'échantillon, dont 70 % des personnes interrogées sont des femmes, l'examen des résultats ventilés par sexe peut donner un aperçu de la situation de l'un des groupes cibles les plus importants dans le cadre de la coopération internationale. Lors de l'examen des données, l'étude fera référence, par souci de simplicité, aux femmes ou aux femmes au Kenya. De manière surprenante, les résultats de l'enquête dépeignent un tableau dans lequel peu de différences existent entre les femmes et les hommes interrogés.

Les femmes de l'échantillon kenyan ont une opinion tout aussi élevée de la qualité et de l'accessibilité du système de soins de santé du pays que leurs homologues masculins (8,3 et 8,0). En moyenne, leur auto-évaluation de la santé dépasse celle de leurs homologues masculins avant le voyage de migration (8,0 contre 7,6) et légèrement à l'arrivée (8,1 contre 7,7) et est la même à l'évaluation au moment présent (8,4) (voir le tableau 3 de l'annexe V). Les femmes, tout comme les hommes, migrent principalement en raison de situations difficiles et critiques dans leur pays d'origine, suivies par l'objectif d'améliorer leur situation économique et pour des raisons de regroupement familial. Là encore, il n'y a pas de grande différence. Il n'existe que quelques particularités dans les complications de santé spécifiques rapportées par les femmes. Les femmes sont, par exemple, plus susceptibles de signaler des complications de santé liées à leurs yeux.

En ce qui concerne les préoccupations des migrants interrogés, les femmes sont relativement moins inquiètes concernant les maladies et infections sexuellement transmissibles que leurs homologues masculins, avec respectivement seulement 19 % contre 36 % chez les hommes. On ne sait pas encore si cela est dû à des pratiques différentes ou à la stigmatisation entourant une éventuelle déclaration sur cette question ou à d'autres raisons. Une complication de santé qui concerne davantage les femmes que leurs homologues masculins est le COVID-19 (78 % contre 70 %).

Un autre sujet sur lequel les femmes ont une opinion différente des hommes est l'établissement auprès duquel elles cherchent de l'aide lorsqu'elles ont des problèmes de santé. Les hommes consultent plus souvent les établissements privés (39 % contre 50 %) et les pharmacies (26 % contre 33 %), tandis que les femmes préfèrent nettement consulter les ONG (34 % contre 29 %), ainsi que les amis et la famille (6 % contre 1 %) (voir le tableau 4 de l'annexe V). Dans le même ordre d'idées, la question à choix multiple de savoir qui devrait payer pour les services a donné lieu à un résultat plutôt suspect. Bien que les hommes se rendent plus souvent dans des établissements privés et des pharmacies, ils sont presque deux fois moins susceptibles de devoir payer eux-mêmes pour ces services (66 % contre 36 %). De manière presque complémentaire, les hommes déclarent beaucoup plus souvent que le gouvernement paie leurs factures (35 % contre 55 %). La moitié des deux sous-groupes déclare que les ONG ont déjà payé pour leurs soins. Bien que certaines restrictions d'accès soient légèrement plus présentes (par exemple, religieuses, linguistiques), les femmes ont moins de difficultés administratives (24 % contre 36 %).

L'écart entre les soins proposés et les besoins des migrants constitue malheureusement un désavantage important. Seules 52 % des migrantes affirment que tous leurs besoins sont couverts par les services de santé, contre 72 % des hommes. Il s'agit d'un écart considérable. Si l'on se réfère aux entretiens avec les informateurs clés et aux discussions avec un groupe témoin, on peut supposer que cela est dû aux services et aux problèmes liés à la santé des femmes et aux dispositions relatives à la santé maternelle et néonatale. Un exemple est le programme « Linda mama » qui est strictement réservé aux ressortissants kenyans. En revanche, une seule personne interrogée a déclaré avoir eu des problèmes de santé reproductive.

L'absence de grande disparité de l'auto-évaluation d'une bonne santé entre les hommes et les femmes interrogées peut s'expliquer par l'ECWC, qui fournit des services de santé à tous, quel que soit le sexe, le statut, ou la nationalité. Une autre explication possible pourrait être la solidarité au sein des communautés de migrants que l'on peut constater ici. Effectivement, les femmes interrogées sollicitent souvent leurs amis et leur famille pour obtenir de l'aide. Cela va dans le sens d'un modèle sur les déterminants de la vulnérabilité de l'OIM (2019b, pp. 3-8) qui identifie des facteurs individuels, structurels, communautaires, ainsi que des facteurs liés au ménage et à la famille pour déterminer la vulnérabilité finale d'un migrant.

Ces facteurs de vulnérabilité peuvent atténuer ou intensifier les vulnérabilités situationnelles et individuelles du modèle du HCR. Dans le cas de notre échantillon, il n'est pas improbable que le fort soutien de leur

communauté, ainsi que les facteurs familiaux et domestiques, puissent équilibrer les déterminants de la vulnérabilité individuelle auxquels les femmes sont confrontées. Parmi les exemples qui illustrent cette suggestion de facteurs familiaux, citons le fait que les femmes, qui présentent une proportion plus élevée de chômeurs que les hommes, sont soutenues par leur réseau personnel lorsqu'elles paient elles-mêmes les services.

Le centre d'Eastleigh constitue un facteur communautaire puisqu'il fournit des soins de santé accessibles à tous. Les politiques de migration et de santé qui se développent positivement au Kenya, quant à elles, constituent un facteur de soutien structurel potentiel. Cependant, étant donné le cas particulier d'Eastleigh, où les soins de santé sont principalement dispensés par l'OIM, ce facteur ne devrait pas être le plus important. C'est un argument supplémentaire pour permettre l'intégration et la participation économique de ce groupe de migrants. On peut en conclure qu'il s'agit d'un argument supplémentaire en faveur de l'intégration des migrants au sein de la population locale et qui leur permet de subvenir à leurs besoins et à ceux de leur communauté grâce à l'emploi.

6.7 Exemples de bonnes pratiques et domaines à améliorer

Dans le chapitre sur l'expérience des migrants dans le système de santé kenyan, l'accès et la qualité du système ont déjà été abordés. Dans l'ensemble, les migrants ont attesté d'une bonne qualité, plus de 80 % d'entre eux ayant attribué un score de 8 ou plus. Cependant, 20 % des personnes interrogées ne sont pas aussi satisfaites de la qualité. Ce chapitre abordera tant les aspects qui bénéficient d'une bonne mise en œuvre et ceux qui peuvent être améliorés. Les personnes interrogées à l'enquête ont évoqué l'accès au traitement sans documentation comme étant l'un des aspects qu'elles apprécient le plus.

Bien que le statut des migrants et des réfugiés soit clair dans les deux principaux complexes de camps de Dadaab et de Kakuma et qu'ils n'aient donc pas besoin de présenter de documents pour avoir accès aux services de santé, la situation dans le sous-ensemble de Nairobi est tout autre. Si la crainte du harcèlement policier et de l'expulsion en raison de problèmes de papiers n'est pas aussi forte que dans d'autres pays, c'est un sujet qui est revenu à plusieurs reprises. Ceci empêche les réfugiés d'accéder aux soins de santé. En particulier lorsque les réfugiés vivent parmi la population d'accueil. La santé devient alors un facteur essentiel de la situation sanitaire globale.

Par conséquent, l'approche de la clinique de l'OIM, qui ne nécessite aucun document, profite également aux Kenyans. En outre, l'approche intégrée des services aux migrants et aux populations d'accueil est un pas important vers l'intégration et la coexistence pacifique des deux groupes de population. Cependant, les prestataires de services ont souligné qu'il existe des obstacles à l'orientation des migrants vers des établissements de soins plus spécialisés s'ils ne peuvent pas fournir de documents. Il est donc important que le gouvernement kenyan redouble d'efforts pour fournir les documents nécessaires à tous les migrants et ce, en temps voulu. Cela suppose, bien entendu, que les migrants fassent également des efforts pour obtenir leurs documents.

Un autre aspect bien développé est le large éventail de services médicaux proposés et la qualité des médicaments dans l'ECWC. Les patients se félicitent du fait que la plupart de leurs problèmes peuvent être résolus. De plus, ils sont heureux que ces services soient gratuits et donc accessibles à tous, quelle que soit leur situation financière. Plusieurs migrants ont particulièrement mis en avant le personnel de santé dans leurs éloges:

« [La qualité générale des soins] est bonne, les médecins sont qualifiés, ils prennent leur temps avec vous pour vous poser des questions et vous donner de bons médicaments »

Cette citation provient d'une personne qui a fait l'expérience de normes très différentes dans son pays d'origine et qui était donc très heureuse de l'offre au Kenya.

Outre la gratuité des services offerts par l'ECWC, le Kenya prend des décisions positives pour la sécurité sociale des migrants. L'ouverture de son fonds d'assurance publique (National Health Insurance Fund) aux familles de migrants pour un montant réduit (5 dollars par mois) est une étape essentielle pour intégrer davantage les migrants dans son système de soins de santé. Compte tenu du grand nombre de migrants au Kenya (1,3 million), ils constituent un groupe clé dans la tentative de couvrir 21 millions des 51 millions d'habitants du Kenya par une assurance d'ici 2022. Le régime prévoit des soins secondaires et tertiaires. Ici, la question de la documentation et du temps nécessaire pour l'obtenir est un facteur inhibiteur une fois de plus.

Un autre point fort du système de santé kenyan est le programme des volontaires de santé communautaire. Au sein de leurs unités de santé communautaire de 5 000 habitants, 10 volontaires consultent la population sur des questions de santé de base et lui fournissent des services de base et des informations sur le système de santé kenyan. Les volontaires sont à leur tour supervisés et formés par des agents de vulgarisation en santé communautaire - des employés du gouvernement qui peuvent fournir des soins supplémentaires et également orienter les patients vers d'autres unités de santé. Le programme s'adresse à tous les habitants de leur communauté, qu'ils soient nationaux ou migrants. Il a été démontré que les districts qui mettent en œuvre le programme présentent de meilleurs indicateurs de santé publique (CHW Central, 2021).

Ces bonnes pratiques au Kenya contribuent non seulement à améliorer la santé dans le pays et en particulier dans la communauté d'Eastleigh, mais aussi à renforcer la confiance des migrants dans le système. Cette confiance, qui s'est construite au fil des années et des séances individuelles, se répand maintenant dans les communautés de migrants. Toutes les personnes impliquées devraient apprécier cette confiance, car elle peut amener de plus en plus de migrants à consulter leurs praticiens de santé et ainsi contribuer aux efforts du gouvernement kenyan et de ses partenaires internationaux et locaux pour améliorer la santé de tous au Kenya.

En même temps, l'étude a également trouvé des points à améliorer dans le système de santé. Compte tenu du contexte de la forte pression des migrants qui arrivent au Kenya et des pressions actuelles sur le système de santé kenyan, nous allons suggérer des améliorations réalistes.

Une première recommandation concerne les particularités du Centre d'Eastleigh, actuellement financé par l'OIM et géré par ses ONG partenaires. En l'état actuel des choses, les services de santé fournis sont financés par des donateurs et ne sont donc pas autosuffisants.

Le gouvernement du Kenya s'efforce d'intégrer ce centre, qui fournit des services à une population vulnérable composée de Kenyans et de migrants, dans son propre système de santé. Cela enverrait un signal très fort et renforcerait l'engagement du Kenya en faveur de la santé des migrants. Ce faisant, il serait souhaitable de maintenir l'approche non discriminatoire et gratuite de la clinique, car elle dessert une région qui connaît des difficultés financières particulières.

Si la plupart des personnes interrogées sont satisfaites de la qualité du système kenyan, elles ont également noté que la quantité des prestations est insuffisante. Cela concerne les effectifs du personnel de santé et le nombre d'installations. Le nombre insuffisant de ces deux éléments entraîne de longues files d'attente pour accéder aux services, ce qui a été signalé par de nombreux migrants. Ils ont également souligné la distance assez importante entre les installations. Ce point est certainement amplifié par les grèves récurrentes des travailleurs qui réclament le paiement de leurs salaires en temps voulu et les heures d'ouverture des cliniques, qui ne s'étendent pas au week-end.

Parfois, la réaction du « personnel irrespectueux » rend difficile la relation entre les patients et les prestataires. Cela a également été reflété dans certains des entretiens avec des informateurs clés des prestataires de services. Ces frictions sont problématiques pour deux raisons. D'une part, elles influencent négativement la qualité des soins et donc l'état de santé des patients. D'autre part, elles favorisent la méfiance et les émotions négatives liées à l'établissement et au système de santé, que les individus peuvent partager pour influencer leur communauté, ce qui a un impact négatif considérable.

En outre, « plus de médicaments » et « plus de services » était également une proposition répétée. En combinaison avec les explications des entretiens avec les informateurs clés avec les migrants, nous avons été informés que les stocks de médicaments des cliniques peuvent s'épuiser. Cela peut également faire référence à l'expansion de certains programmes de médicaments comme « Linda mama » (du swahili kulinda, « garder, défendre et surveiller »). Il s'agit d'un programme pour les futures mères au sein du NHIF qui fournit des services de santé maternelle et néonatale. Malheureusement, ce programme n'est accessible qu'aux ressortissantes kenyanes. D'autres services dont on a besoin mais qui ne sont pas suffisamment fournis selon les migrants interrogés sont des spécialistes comme les dentistes ou les ophtalmologues. Ici, le défi consiste à trouver du personnel qualifié et les appareils spécialisés coûteux nécessaires à ces services. Un autre type de service très demandé est celui des experts en santé mentale. Comme dans tous les autres contextes et pays, les migrants et les prestataires de services parlent d'expériences traumatisantes et de la nécessité de les traiter.

Bien que le programme CHV soit bien accueilli par les migrants, il y a toujours des demandes pour plus d'informations de la part du gouvernement. Il ne s'agit pas seulement d'informations sur le système de santé, mais aussi d'éducation civique, c'est-à-dire les droits et les devoirs des migrants au Kenya. Cela peut limiter l'exploitation par les prestataires de soins de santé, la police et d'autres personnes en position

d'autorité. Cela plaide en faveur d'une extension du programme CHV susmentionné à Eastleigh.

Un facteur qui n'est pas directement lié au secteur de la santé concerne le quartier d'Eastleigh. Il s'agit d'un quartier commercial et résidentiel à forte densité de population abritant des structures formelles et informelles. Il n'est donc pas surprenant que de nombreuses personnes interrogées proposent de prêter attention à l'environnement et à la propreté du quartier, notamment à la gestion des eaux usées et des déchets. Une amélioration de ces conditions aura certainement des retombées positives sur la santé des résidents.

6.8 Kenya - Conclusion et recommandations

Au vu des informations que l'étude a compilées, de son examen à distance de la politique menée et des instruments quantitatifs et qualitatifs de l'enquête, des entretiens avec les informateurs clés et des discussions de groupe témoin effectués sur le terrain, plusieurs résultats émergent. Ce chapitre tirera des conclusions sur la base de celles-ci et formulera des recommandations en matière de mesures supplémentaires à prendre.

Il est évident que le Kenya doit faire face à un grand nombre de migrants dans le pays, ce qui représente un défi et une responsabilité énormes. Le gouvernement du Kenya prend des mesures pour améliorer régulièrement les dispositions en matière de santé pour les migrants. L'intégration croissante de la migration et de la santé dans les politiques, la consultation nationale sur la santé des migrants et l'ouverture du fonds d'assurance national aux migrants témoignent de l'engagement du gouvernement. Les nombreuses bonnes pratiques constituent une base solide pour la poursuite des efforts. La population migrante de Nairobi, jusqu'à présent peu étudiée, a fait l'objet d'une attention particulière dans cette étude. S'il serait fallacieux de généraliser à partir de ce groupe distinct, alors que la plupart des migrants en situation de réfugiés résident dans les complexes de camps des zones rurales, cette sous-population ouvre la possibilité d'une considération particulière. Il s'agit de la plus grande population du pays qui vit parmi les locaux et permet donc à l'étude d'observer les possibilités d'intégration des migrants et des réfugiés au Kenya.

Dans cette optique, les recommandations suivantes sont formulées pour le gouvernement du Kenya. Il devrait:

- Continuer à intégrer les migrants dans leurs mesures visant à améliorer la politique de santé de tous au Kenya.
- Permettre des voies de régularisation pour tous les migrants dans le pays, en particulier ceux qui n'ont pas cherché à s'enregistrer dans les camps.
- poursuivre ses avancées en matière d'intégration de l'assurance maladie à toutes les personnes à risque, tout comme il l'a fait en ouvrant le NHIF aux réfugiés à des frais réduits.
- Étendre son programme existant de volontaires de la santé communautaire afin d'atteindre l'objectif de 10 000 unités de santé communautaire qu'il s'est fixé. Le fait d'aider les districts à verser des primes d'incitation aux volontaires pourrait accélérer considérablement cet effort.
- Étendre davantage l'intégration de la prestation de services et de l'hébergement des populations locales et des réfugiés, conformément à ses dispositions en matière de sécurité, comme il le fait avec le centre de bien-être communautaire d'Eastleigh et la colonie intégrée de Kalobeyei. Tous deux ont donné des résultats prometteurs et pourraient être étendus.
- Compte tenu de la situation à Eastleigh, les migrants restent au Kenya pendant plusieurs années et disposent de réseaux permanents de leur communauté nationale. Les approches sanitaires devraient inclure ces communautés, s'appuyer sur la confiance déjà acquise et mettre en œuvre des stratégies à long terme.
- Afin d'atténuer plusieurs problèmes de documentation qui se sont révélés être des obstacles aux besoins de santé des migrants et surtout des réfugiés, le gouvernement pourrait augmenter sa capacité administrative à cet égard. Cela peut améliorer la situation sanitaire des migrants en ce qui concerne, par exemple, l'inscription au NHIF ou l'orientation vers des établissements de santé spécialisés et, de ce fait, profiter également à la population locale dans les contextes où ces deux éléments cohabitent.
- Les personnes interrogées dans le cadre de l'enquête, des entretiens avec les informateurs clés et des discussions de groupe témoin ont proposé l'utilisation de services numériques dans les prestations

de santé pour surmonter les obstacles à l'accès, comme l'identification électronique et l'orientation vers des établissements plus spécialisés.

- Dans le cas d'une approche d'installation de plus en plus intégrée plutôt que l'approche actuelle par campement, le personnel de santé doit être formé pour être en mesure de répondre aux migrants et à leur ensemble particulier de besoins sanitaires. L'embauche de personnel originaire des pays d'origine des réfugiés ou l'embauche de davantage de traducteurs peuvent également contribuer à aplanir les frictions dans la prestation de services aux migrants et aux réfugiés.
- Afin d'adresser continuellement les migrants et les réfugiés avec des politiques et des mesures, le gouvernement peut poursuivre et étendre ses efforts pour inclure les groupes cibles dans les consultations sur les politiques de migration et de santé et leur formulation. De cette façon, les politiques peuvent devenir plus rentables et efficaces, ce qui permet d'économiser des ressources précieuses ou de produire un meilleur résultat.
- Le gouvernement devrait encourager une plus grande intégration des migrants et des réfugiés à plus long terme en les orientant vers des cours de langue kiswahili et par le biais de programmes favorisant l'interaction avec d'autres groupes.
- Le gouvernement, les organisations internationales et les autres prestataires de santé devraient sensibiliser les migrants aux risques potentiels qu'ils encourent en faisant appel à des guérisseurs « traditionnels ».
- Le gouvernement et les organisations internationales devraient collaborer avec les centres universitaires du Kenya pour entreprendre de nouvelles recherches sur les besoins des migrants et des réfugiés, en particulier les réfugiés dans les camps et les migrants en situation irrégulière dans d'autres parties du pays.
- Le gouvernement devrait maintenir ses efforts pour lutter contre la corruption parmi les fonctionnaires et les agents de santé, car les migrants en situation irrégulière, en particulier, peuvent être particulièrement vulnérables.
- Le gouvernement et les prestataires de santé devraient améliorer la santé mentale et les services psychosociaux proposés aux réfugiés et aux demandeurs d'asile.
- Les services de santé ciblant les migrants devraient offrir un éventail plus large de services, comme l'accès aux radiographies ou aux soins dentaires.

7 Nigeria : les travailleurs migrants

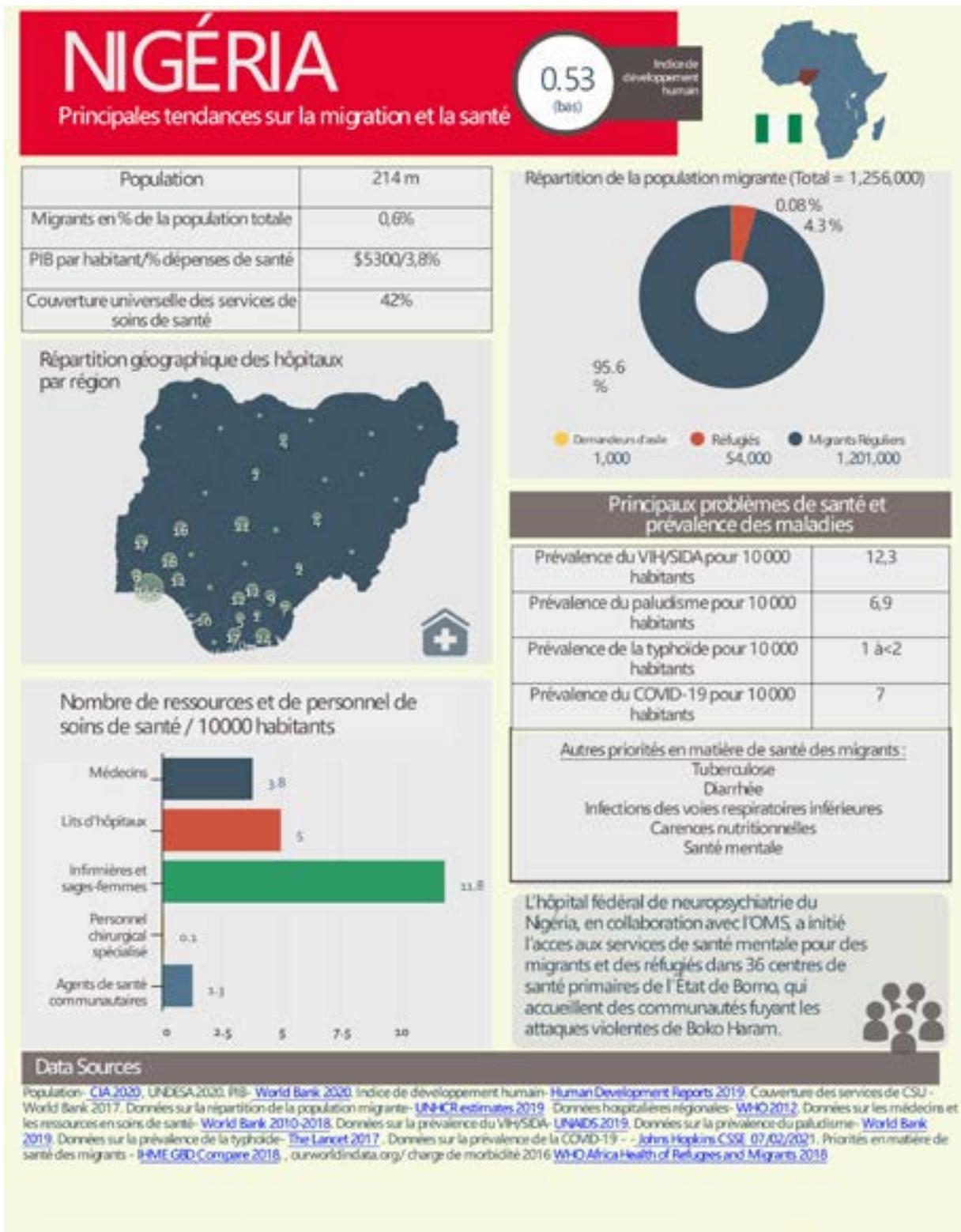


Figure 15 : Infographie des données principales sur la migration et la santé - Nigeria.
(Source : Illustration des auteurs)

7.1 Contexte national

Le Nigeria continue de connaître une forte migration interne et externe en raison de sa population, de son climat économique, ainsi que de la porosité de ses frontières. L'OIM estime le taux de migration net du pays entre 2015 et 2020 à -0,3 migrant pour 1 000 habitants (OIM, 2021b). Avec un PIB par habitant (PPA) s'élevant à environ 5 400 dollars en 2019 (Banque mondiale, 2021b), le Nigeria reste sur la liste du CAD de l'OCDE des bénéficiaires de l'aide publique au développement classés dans la catégorie des « pays à revenu intermédiaire inférieur » (OCDE, 2020a). Dans le même temps, le Nigeria reste l'une des cinq plus grandes économies africaines, aux côtés de l'Algérie, de l'Égypte, du Maroc et de l'Afrique du Sud (BAD, 2020, p. 16). En outre, le Nigeria est le plus grand exportateur de pétrole d'Afrique, et le pétrole brut est en tête des biens exportés par le Nigeria, représentant environ 75 % de l'exportation globale du pays en 2018 (The Observatory of Economic Complexity, 2020). Le plus grand secteur de l'économie nigériane reste la production agricole (26,1 %), suivie du commerce (12,8 %) et des télécommunications et services d'information (7,8 %) (National Bureau of Statistics Nigeria, 2020, p. 93).

La situation intérieure du Nigeria reste tendue. L'insurrection de Boko Haram dans le nord-est du pays est un facteur important de conflit et d'instabilité. Au cours des dix dernières années, elle a provoqué d'importants déplacements forcés à l'intérieur du pays, avec environ 8 millions de Nigériens déplacés dans les trois États du nord-est du pays, dont 80 % de femmes et d'enfants. En outre, 226 000 autres Nigériens ont traversé la frontière avec le Cameroun en quête de sécurité (Conseil norvégien pour les réfugiés, 2019 ; OIM, 2019c, p. 65). Une autre source de conflit et de déplacement sont les tensions croissantes entre les Peuls, un peuple pastoral semi-nomade, et d'autres groupes ethniques, causées à la fois par l'insurrection et la dégradation de l'environnement dans la région plus large du Sahel (Amnesty International, 2018). Au niveau de la gouvernance, la structure fédérale du Nigeria accorde aux différents États un degré d'autonomie assez élevé pour interpréter et mettre en œuvre les politiques nationales au niveau des États. Cela peut également être une source de tension entre les États fédéraux et le gouvernement central.

Abritant plus de la moitié de la population totale de la CEDEAO, le Nigeria est un important pays de destination, en particulier pour les travailleurs migrants d'autres pays de la région, le Bénin, le Ghana, le Mali, le Togo et le Niger étant les principaux pays d'origine des migrants (Division de la population des Nations Unies, 2019). La population immigrée du Nigeria s'élève à 1,3 m, ce qui fait que le pays abrite la deuxième plus grande population immigrée de toute la région de la CEDEAO (après la Côte d'Ivoire avec 2,5 m d'immigrés) (UN DESA, 2019a). Si l'on considère que le Nigeria compte un peu plus de 200 millions d'habitants (Banque mondiale, 2019e), la part des immigrants représente 0,6 à 0,7 % de la population totale. Cependant, le nombre absolu important reflète les progrès de la CEDEAO vers l'intégration socio-économique de la région, et la facilitation de la libre circulation des capitaux, des services et des personnes. Parmi les principaux facteurs qui attirent les migrants au Nigeria figurent son dynamisme économique, l'absence d'obligation de visa pour les citoyens de la CEDEAO ainsi que la porosité des frontières (OIM, 2015a, p. 28). En même temps, c'est un pays d'origine important pour la migration régulière et surtout irrégulière vers le nord (ibid.).

En octobre 2020, la population totale de réfugiés et de demandeurs d'asile au Nigeria était de près de 65 700 personnes (1 700 demandeurs d'asile et 64 000 réfugiés), le Cameroun étant de loin le principal pays d'origine (61 800), plus un millier de personnes environ en provenance de la RCA et 800 de la RDC. La plupart des réfugiés urbains résidaient à Abuja (600), dans l'État de Lagos au Sud-Ouest (2 700) et dans l'État de Kano au Nord du pays (500) (HCR, 2020h). En outre, le pays compte près de 2,7 millions de personnes déplacées à l'intérieur du pays, résidant principalement dans le Nord-Est (HCR, 2020e).

La majorité des immigrants au Nigéria sont des travailleurs migrants (République fédérale du Nigéria, 2015, p. 55 ; OIM, 2015a, p. 27), dont un grand nombre sont employés comme ouvriers dans l'agriculture, la sylviculture et la pêche, opérateurs d'usine et de machine, employés de bureau ainsi que travailleurs dans les services et la vente (CUA et JLMP, 2020, pp. 44-45).

Au cours de la dernière décennie, la charge globale de morbidité du Nigéria n'a cessé de diminuer (IHME, 2018b). Selon l'évaluation de la charge de morbidité de 2019, mesurée en AVCI, certains des principaux problèmes de santé de la population générale du Nigéria étaient les troubles maternels et néonataux, les infections entériques, les infections respiratoires et la tuberculose, ainsi que les maladies tropicales négligées (MTN) et le paludisme (IHME, 2020). Malheureusement, il n'existe pratiquement aucune donnée sur les besoins en matière de santé et la prévalence des problèmes de santé au sein des différents groupes de migrants, en particulier chez les migrants en situation régulière et les travailleurs migrants, ce à quoi cette étude vise à répondre.

Selon l'enquête démographique et sanitaire de 2018, un enfant nigérian sur huit ne survit pas jusqu'à son cinquième anniversaire (National Population Commission Nigeria, 2019), tandis que le taux de mortalité infantile du Nigeria est estimé à 74 décès pour 1 000 naissances vivantes. Le taux de mortalité maternelle est d'environ 800 pour 100 000 naissances vivantes et un total de 58 000 décès maternels en 2015, ce qui en fait le pays où se produisent près de 20 % de tous les décès maternels mondiaux (OMS et al. 2015). Cela pourrait être, en partie, attribué au fait que seulement 61 % des femmes enceintes ont accès aux services prénatals (Fagbamigbe & Idemudia, 2015).

En ce qui concerne la pandémie actuelle de COVID-19, le nombre total d'infections confirmées au 10 février 2021 s'élevait à environ 141 000, tandis que le nombre total de décès est estimé à environ 1 700 (Johns Hopkins University, 2021c). La capacité globale de préparation à la pandémie du Nigeria a augmenté au cours des trois dernières années, comme le montre une évaluation externe conjointe (JEE) menée par Resolve to Save Lives, le NCDC et d'autres évaluateurs externes. Selon Resolve to Save Lives (2020), les domaines dans lesquels il est possible d'améliorer davantage la préparation du Nigeria à une pandémie comprennent des aspects de la législation, de la politique et du financement.

Environ 3,8 % du PIB du Nigeria est investi dans le secteur de la santé (Varrella, 2020). Selon le Nigerian Health Facility Registry (République fédérale du Nigeria, 2021), il existe un peu plus de 40 000 hôpitaux et cliniques opérationnels au Nigeria, dont 73 % sont publics et 27 % privés. Environ 85 % des établissements de santé enregistrés sont des établissements de soins de santé primaires, 14 % des établissements de soins de santé secondaires, tandis que moins de 1 % sont des établissements de soins de santé tertiaires. Les dépenses publiques en matière de santé sont inférieures aux contributions privées (Varrella, 2020). En 2017, les dépenses personnelles en pourcentage des dépenses courantes de santé s'élevaient à 77 %. Il s'agit du chiffre le plus élevé de toute la région de la CEDEAO (OMS, 2020e). En 2017, chaque personne a dépensé 60 \$ pour sa santé et 11 \$ ont été dépensés par le gouvernement (IHME, 2020b). En 2019, les ressources allouées aux soins de santé ont représenté jusqu'à 6 % des dépenses globales des ménages nigériens en moyenne, alors que dans les zones rurales, les chiffres étaient plus élevés (Varrella, 2020). En 2018, environ 97 % des Nigériens n'avaient pas d'assurance maladie, tandis que l'assurance de ceux qui étaient assurés était principalement couverte par l'employeur (ibid).

En 2018, le Nigeria avait la deuxième plus forte densité de médecins en Afrique de l'Ouest, avec environ 3,8 pour 10 000 habitants (OMS, 2020d), mais un besoin encore plus élevé a été documenté (Varrella, 2020). Dans ce contexte, la fuite des cerveaux des professionnels de la santé est un défi important. Ogaboh et al. (2020) rapportent que « [p]lus de la moitié des médecins nigériens vivaient et exerçaient à l'étranger ». En 2017, l'institut de sondage nigérian, NOI Polls, en partenariat avec Nigerian Health Watch, a constaté que la plupart des médecins cherchent à travailler à l'étranger. « La tendance des médecins à migrer vers d'autres pays n'a jamais été aussi forte », a déclaré Chike Nwangwu, responsable de NOI Polls, à Al Jazeera à Abuja. « Notre enquête [...] a montré que 88 % des médecins envisagent des opportunités de travail à l'étranger ». Les raisons invoquées pour émigrer comprennent de meilleures installations et un meilleur environnement de travail, des salaires plus élevés, une progression de carrière et une meilleure qualité de vie (Abang, 2019).

7.2 Migration et politiques et programmes de santé

La Constitution nigérienne (1999) ne garantit pas explicitement le droit à la santé, même si l'article 173.d souligne que les politiques de l'État doivent viser à fournir « des installations médicales et sanitaires adéquates pour toutes les personnes ». Bien qu'elle ne mentionne pas spécifiquement les travailleurs migrants, la Constitution expose plusieurs principes de la politique de l'État concernant les personnes employées, sans les limiter aux ressortissants. Elle mentionne, par exemple, que « la santé, la sécurité et le bien-être de toutes les personnes employées » doivent être « sauvegardés et ne pas être mis en danger ou faire l'objet d'abus » (article 173.c). En outre, elle mentionne la nécessité d'une protection contre l'exploitation, notamment des groupes particulièrement vulnérables comme les enfants ou les jeunes.

Parmi les acteurs centraux travaillant dans le domaine de la migration de main-d'œuvre et de la santé des travailleurs migrants au Nigéria, on trouve différents organismes gouvernementaux tels que le ministère fédéral de l'Intérieur et son service d'immigration du Nigéria, qui est responsable de l'entrée et du séjour des étrangers, le ministère fédéral du Travail et de l'Emploi et le ministère des Affaires étrangères (Devillard et al. 2015, p. 260). L'effort conjoint du gouvernement fédéral et de l'OIM a abouti à la création d'un centre d'évaluation de la santé des migrants (MHAC) au Nigéria, qui vise à promouvoir la santé des migrants par des interventions préventives et curatives.

En outre, le ministère fédéral de la Santé et le Centre nigérian de contrôle des maladies (NCDC), en tant que principaux organismes responsables du contrôle et de la prévention des maladies transmissibles et de la protection de la sécurité et de la santé publiques, jouent un rôle important dans la gouvernance des questions de santé, y compris les soins de santé des migrants (travailleurs).

L'OIM et l'OIT sont également des organisations internationales clés dans le domaine de la migration qui soutiennent le gouvernement nigérian par le biais du renforcement des capacités, de l'assistance technique sur les questions de migration, des services de conseil, ainsi que dans les mesures de lutte contre la traite et dans la promotion de la bonne gouvernance de la migration (de travail) (OIT, 2016 ; OIM, 2018a). Alors que 4 prestataires de services de santé sur les 5 interrogés dans le cadre de cette enquête ont déclaré qu'il n'existe pas, à leur connaissance, de financement international pour la fourniture de soins de santé aux migrants au Nigéria, le soutien des organisations internationales a consisté en des conseils techniques sur la formulation de politiques pertinentes telles que la politique nationale de migration (NMP) de 2015 et la politique nationale sur la migration de travail (2014).

La première joue un rôle crucial dans la gouvernance des migrations au Nigeria et couvre un large éventail de questions telles que la migration et le développement, la gestion des frontières, l'apatridie et la gestion de l'information. Dans ce document, le terme « migrant » est utilisé dans un sens plus général, tout en faisant la distinction entre différents sous-groupes. La santé des migrants est traitée comme l'une des nombreuses questions transversales, comme en témoigne l'un des objectifs du NMP qui vise à « faciliter l'accès des migrants aux services de santé au même titre que celui des Nigériens » (p.60). Un autre objectif stipule que les personnes souhaitant entrer au Nigeria doivent respecter les normes nationales de santé (p.60), sans définir ce que cela implique. Parmi d'autres domaines, le NMP accorde une attention particulière à la migration de la main-d'œuvre en tant que domaine important d'intervention politique (sections 4.7.1 et 4.7.2). L'un des objectifs de la politique est de promouvoir la « migration organisée de la main-d'œuvre » (p. 55), tant pour les travailleurs étrangers qui viennent au Nigeria que pour les Nigériens qui se rendent dans des pays étrangers pour y travailler. La nécessité de « promouvoir et renforcer les approches sexospécifiques des politiques et des activités relatives à la migration de la main-d'œuvre » (p. 56) est spécifiquement mentionnée, reflétant l'importance croissante de la féminisation de la migration pour l'emploi (cf. Pophiwa, 2014).

Les soins de santé des travailleurs migrants sont également abordés dans la politique nationale de 2014 sur la migration de la main-d'œuvre (NPLM), dont l'un des objectifs est la protection des travailleurs migrants et la promotion de leur bien-être et de celui de leur famille (p. 6). Les objectifs spécifiques contribuant à la réalisation de cet objectif comprennent la promotion du droit à un travail décent et l'accès à la protection sociale, la garantie de l'égalité de traitement et de la non-discrimination pour tous les travailleurs, ainsi que des normes de travail et un code d'éthique pour l'emploi des travailleurs migrants (p. 6). Le NPLM utilise un langage inclusif et souligne explicitement que les droits humains des travailleurs migrants doivent être promus et protégés quel que soit leur statut (p.9), ce qui implique que les migrants en situation régulière ou irrégulière sont concernés.

En outre, elle souligne les besoins de protection particuliers des personnes vulnérables telles que les travailleuses migrantes, bien que sa mise en œuvre effective puisse varier, comme le suggère une évaluation récente de la protection des femmes migrantes au Nigeria (OIT, 2020, p. 48). La promotion d'un « processus ordonné et équitable de migration de main-d'œuvre » (p. 9) et, par conséquent, la résolution des « problèmes de migration irrégulière » (p. 11) sont énumérées sous la rubrique « bonne gouvernance en matière de migration de main-d'œuvre » qui constitue un autre des objectifs généraux du NPLM (République fédérale du Nigéria, 2014b). Le Nigeria a ratifié plusieurs documents internationaux fondamentaux sur la migration de main-d'œuvre, tels que la Convention n°97 de l'OIT sur les migrations pour l'emploi de 1949 (OIT, 1952) et la Convention internationale des Nations Unies sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille de 1990. Toutefois, comme le souligne le NPLM, il reste encore du travail à faire pour intégrer les normes internationales formulées par ces traités dans la législation nationale (p. 4).

En ce qui concerne la sécurité sociale, le cadre législatif actuel ne garantit pas explicitement l'accès des travailleurs migrants à l'assurance et aux compensations en cas de maladie professionnelle, d'accident ou de décès. Néanmoins, le langage utilisé dans des documents tels que la loi de 2010 sur l'indemnisation des employés n'est pas restrictif, et l'inclusion des travailleurs migrants peut être interprétée comme acquise. Comme aucune exclusion fondée sur la citoyenneté ou le statut de résidence n'est faite, l'accès des travailleurs migrants - occupés de manière formelle et informelle - aux dispositions de sécurité sociale articulées dans cette loi peut être interprété comme implicite (Taran & Youtz, 2015, p. 15).

Plusieurs des migrants interrogés ont déclaré n'avoir aucune expérience de l'utilisation du système national d'assurance maladie, tandis que d'autres sont couverts par des plans d'assurance maladie par le biais de leurs

employeurs sous la forme d'organisations de gestion de la santé. Par conséquent, la mesure dans laquelle les travailleurs migrants peuvent bénéficier du régime national d'assurance maladie du Nigéria (NHIS), si ce n'est directement par le biais de leur régime d'emploi, semble dépendre de leur capacité à le payer. Comme le note un prestataire de services interrogé:

« [...] au Nigeria, le système d'assurance est très, très médiocre. Je suis un citoyen et un médecin. Je ne suis donc affilié à aucune assurance. Je n'ai aucune couverture d'assurance. Sans parler d'un migrant qui vient d'arriver. Donc si vous voulez avoir un système d'assurance qui donne normalement la priorité à la façon dont vous êtes traité, c'est généralement l'assurance maladie qui le fait pour vous. Donc si un migrant a une assurance maladie au Nigeria, il est plus probable qu'il aura un meilleur accès aux soins de santé que moi ou que n'importe quel citoyen et vice versa »

Le NHIS a lancé un programme intitulé « Group Individual and Family Social Health Insurance Programme » (GIFSHIP). Alors qu'un représentant du gouvernement interrogé dans le cadre de cette étude a indiqué que le GIFSHIP, dans une tentative d'étendre la portée de la couverture des soins de santé vers une couverture universelle, pourrait être ouvert aux migrants au Nigeria, le communiqué de presse du ministère de la Santé (2020) indique que le programme « [...] offre aux citoyens la possibilité de participer et de bénéficier d'une assurance santé en souscrivant à des paiements de primes abordables [...] », ce qui implique que la citoyenneté nigériane est une condition préalable pour être inscrit au programme.

Contrairement aux politiques et législations en matière d'emploi, les politiques et cadres juridiques nigériens en matière de santé ne traitent pas explicitement des migrants. Par exemple, la politique nationale de santé de 2016, dont l'objectif global est de renforcer le système de santé nigérien afin de fournir des services de santé de qualité, efficaces, équitables, accessibles, abordables, acceptables et complets à tous les Nigériens (article 3.3), utilise une terminologie qui exclut les étrangers. Le Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/sida 2017-2021 utilise indifféremment le terme exclusif de « Nigériens » et les termes inclusifs de « populations » ou de « personnes » vivant avec le VIH, sans toutefois aborder explicitement les migrants. Un langage similaire est utilisé dans la Loi nationale sur la santé de 2014 qui parle de « Nigériens » et de « personnes vivant au Nigeria » ou de « personnes du Nigeria » (République fédérale du Nigeria, 2014a).

Le Nigeria dispose d'un cadre politique complet sur la préparation aux épidémies, composé de lignes directrices et de plans élaborés à la fois pour des maladies particulières et pour la réponse générique aux épidémies. Pourtant, dans la plupart des cas, les migrants ou les réfugiés ne sont pas spécifiquement mentionnés, par exemple dans le Plan d'action national pour la sécurité sanitaire de 2018 (2018-2022), le Plan national de développement stratégique de la santé II (2018-2022) ou le Plan stratégique unique de la santé de 2019 (2019-2023). Dans le même temps, certaines politiques de préparation et de réponse à des maladies particulières mentionnent explicitement les migrants et les réfugiés en tant que populations vulnérables. Des politiques telles que le Plan national de préparation et de réponse à la pandémie de grippe du Nigéria de 2013 ou les directives nationales pour la préparation et la réponse à la fièvre jaune de 2019 soulignent qu'il faut élaborer des plans spéciaux pour identifier et atteindre les migrants et les populations déplacées, ainsi que pour répondre à leurs besoins spécifiques. Le projet « COVID-19 Preparedness & Response » du Nigeria cible à la fois les réfugiés et les travailleurs migrants en tant que groupes vulnérables ou défavorisés (Banque mondiale, 2020f).

Au cours de la recherche, nous avons examiné plusieurs évaluations académiques et non académiques de la mise en œuvre des politiques existantes, bien que l'étendue des publications secondaires sur la gouvernance de la migration et de la santé au Nigeria soit limitée. Comme le soulignent de nombreux auteurs, le domaine des soins de santé mentale peut encore être amélioré. La charge de morbidité liée aux troubles mentaux et à la consommation de substances, mesurée en AVCI par an, était estimée à 2,6 millions en 2016 (Our World in Data, 2021). Ce nombre important était couvert par 250 psychiatres et 200 autres stagiaires en psychiatrie, ce qui est insuffisant pour répondre aux besoins de la population en matière de soins de santé mentale, y compris ceux des migrants (Association of Psychiatrists of Nigeria, 2021). On peut supposer que ces aspects représentent également des défis pour d'autres groupes de migrants connaissant des problèmes de santé mentale, notamment les travailleurs migrants, car le manque de professionnels de la santé mentale peut être considéré comme un problème généralisé du système de santé nigérien (Adepoju, 2020a).

Certaines études soulignent que l'accès à des informations (exactes) est un obstacle pour que les migrants bénéficient de soins de santé adéquats. Okanlawon et al. (2010), par exemple, ont identifié un niveau alarmant de désinformation et/ou de manque d'éducation sur l'utilisation des contraceptifs parmi les jeunes du camp de réfugiés d'Oru. Plus récemment, le HCR a identifié des problèmes similaires dans sa récente évaluation

de l'impact socio-économique de la pandémie de COVID-19 chez les personnes relevant de sa compétence (HCR, 2020d. pp. 11-12).

7.3 Principales observations et conclusions - collecte de données primaires

Les conclusions pour le Nigeria sont tirées de l'enquête quantitative déployée et des entretiens avec des informateurs clés et des discussions de groupe témoin qui ont été menés au Nigeria. Les personnes interrogées ont été choisies de façon aléatoire parmi les trois catégories concernées par la recherche : les travailleurs migrants, les fonctionnaires et les prestataires de services. Les personnes interrogées dans le cadre de l'enquête comprenaient des travailleurs migrants de l'ensemble du territoire nigérian, le personnel des ambassades étrangères et les communautés de migrants. Les ambassades ont également été utilisées comme point de collecte des données et de diffusion de l'enquête. Comme indiqué au chapitre 2, les travailleurs migrants en situation régulière ont été sélectionnés en raison de l'importance de la migration régulière dans l'espace CEDEAO.

Les personnes interrogées dans le cadre des entretiens avec les informateurs clés sont issues d'agences gouvernementales travaillant sur les migrants et la migration, de prestataires de services travaillant avec les migrants et de travailleurs migrants issus de différents secteurs au Nigeria. Les personnes interrogées dans le cadre des entretiens avec les prestataires de services de santé sont issues des hôpitaux publics d'Iseyin, d'Iwere ile et d'Ejioku (toutes des villes frontalières de l'État d'Oyo, au Nigeria) et d'un responsable du Nigeria Health Watch à Abuja, au Nigeria. Les travailleurs migrants sont des travailleurs indépendants et des employés d'institutions privées à Lagos, Port Harcourt et Abuja, au Nigeria. Les fonctionnaires interrogés proviennent de la Commission nigériane pour les réfugiés, du Service d'immigration du Nigeria et du National Health Insurance Scheme (NHIS). Le travail sur le terrain a été en grande partie limité à Lagos en raison des restrictions de voyage liées à la pandémie de COVID-19, des problèmes de sécurité et des contraintes de temps et autres.

L'enquête a été complétée par un total de 360 personnes interrogées, dont 355 réponses répondaient aux critères d'éligibilité pour l'inclusion. Environ un tiers des personnes interrogées étaient des femmes (36 %). Un peu moins de la moitié des personnes interrogées vivaient au Nigeria depuis moins de deux ans et l'autre moitié depuis plus de deux ans. Parmi ceux qui ont indiqué leur pays de naissance (171 sur 355), de nombreuses personnes interrogées (39 %) ont déclaré être nées au Nigeria. Ce résultat est légèrement surprenant dans la mesure où l'échantillon cible était composé de travailleurs migrants ayant traversé une frontière internationale. Cependant, les connotations culturelles de résidence et d'origine se reflètent dans le fait de répondre aux questions. Certaines des personnes qui ont répondu à l'enquête considèrent que la maison est le lieu où se trouvent leurs parents, leurs épouses ou leurs enfants. Comme les migrants et les pasteurs, qui étaient largement représentés dans l'échantillon, ne se déplacent pas nécessairement avec leur famille, des questions telles que "où habitez-vous ?" auraient pu être trompeuses. En outre, les personnes mariées à un Nigérian se considèrent souvent comme des Nigériens, quel que soit leur lieu de naissance.

Outre le Nigeria, la plupart des personnes qui ont révélé leur pays de naissance étaient originaires du Cameroun (20 %), du Ghana (17 %), du Togo et du Gabon (12 % chacun). En ce qui concerne les documents, 23 % ont déclaré ne pas avoir de documents légaux (par exemple, une demande de statut de réfugié ou un document de travail a été refusé), 22 % avaient des documents temporaires, soit en tant que réfugiés reconnus, soit en tant que demandeurs d'asile. Par ailleurs, 21 % ont déclaré avoir des documents temporaires liés à un séjour éducatif, tandis que 17 % détenaient des documents permanents sous la forme d'un permis de travail illimité. Enfin, 10 % ont déclaré détenir la citoyenneté, ce qui peut s'expliquer, en partie, par les explications données ci-dessus concernant le pays d'origine des personnes interrogées. Pour des informations plus détaillées sur les variables descriptives de l'échantillon de l'enquête, veuillez consulter les tableaux 1 et 2 de l'annexe V.

Parmi les facteurs importants de la décision de venir au Nigéria figurent l'amélioration de leur situation économique, une situation critique dans le pays d'origine, l'éducation et le regroupement familial. La perspective de bénéficier de soins de santé de qualité a également été citée comme un facteur de motivation.

7.4 L'expérience des migrants en matière de santé et d'accès aux services de santé

Besoins et vulnérabilités des migrants en matière de soins de santé

Les problèmes de santé des migrants en situation régulière (et dans une moindre mesure des réfugiés et des personnes déplacées) au Nigeria sont similaires à ceux de la population nigériane en général, en partie parce que les migrants et les citoyens partagent la même population de médecins, le même nombre de lits d'hôpitaux, les mêmes installations sanitaires, les mêmes systèmes de gestion des catastrophes, le même système d'évacuation des déchets solides et des eaux usées, l'approvisionnement en eau, la même pollution atmosphérique ou sonore, les mêmes radiations et dégradations environnementales. Les données recueillies révèlent que les besoins en soins de santé des migrants au Nigeria ne sont pas liés à des complications sanitaires spécifiques : 84 % des migrants interrogés ont indiqué qu'ils n'avaient eu aucune complication de santé depuis qu'ils avaient quitté leur pays d'origine pour le Nigeria (voir le tableau 6 de l'annexe V).

Parmi ceux qui ont connu des complications sanitaires, les problèmes de santé les plus courants sont physiques : les fractures dues à des blessures accidentelles ; le paludisme. Des problèmes de santé mentale et des maladies chroniques (obésité, diabète, hypertension) peuvent être liés au mode de vie et aux habitudes alimentaires. Les autres besoins en matière de soins de santé pour ce groupe comprennent les problèmes de santé reproductive (par exemple, pendant la grossesse ou les menstruations, etc.), les problèmes oculaires et les problèmes liés à la santé nutritionnelle.

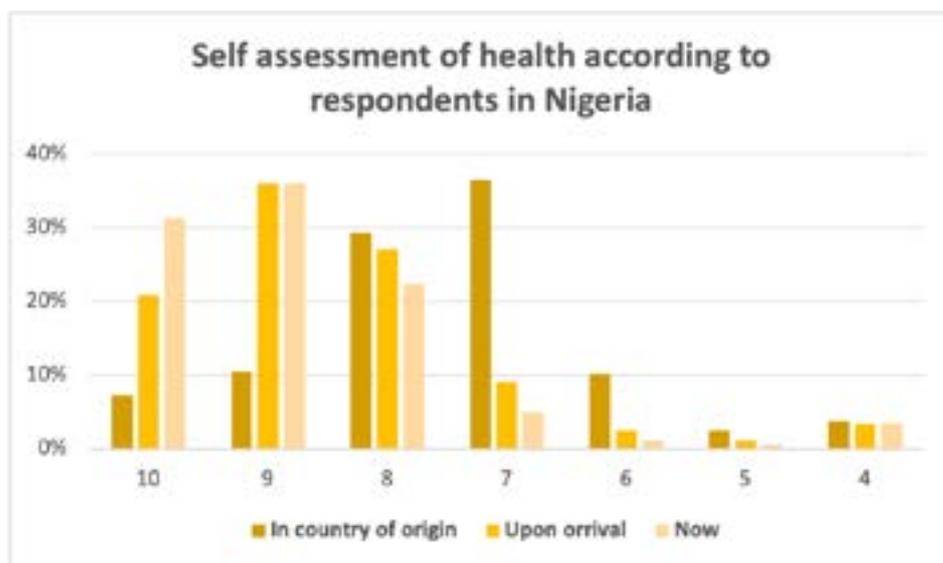


Figure 16 : Auto-évaluation de la santé selon 354 répondants au Nigeria sur une échelle de 1 à 10. (Source : propres données)

En outre, les résultats de l'enquête ont montré qu'en moyenne, l'état de santé tel que perçu par les personnes interrogées était meilleur au moment de répondre au questionnaire que dans le pays d'origine, et plus élevé qu'à l'arrivée au Nigeria, d'ailleurs (figure 16). Cela correspond aux résultats rapportés par les chercheurs partenaires dans les deux autres pays de l'étude. Par ailleurs, l'état de santé auto-évalué des personnes nées au Togo était significativement plus faible que celui des personnes interrogées nées au Nigeria, au Ghana, au Gabon ou au Cameroun (ces pays étant les principaux pays d'origine de l'échantillon). Cependant, la taille relativement faible de l'échantillon, 20 personnes ayant déclaré être nées au Togo, pose un problème quant à la fiabilité de ce résultat.

L'enquête a demandé à 350 personnes au Nigeria, dans le cadre de questions à choix multiples, quelles étaient les complications de santé qui les inquiétaient le plus. La plus grande préoccupation des personnes interrogées était la santé mentale, citée par 135 d'entre eux. Le COVID-19 était une autre préoccupation dominante (76). La nutrition (60), les problèmes dermatologiques (59), le bien-être de leurs enfants (48), les problèmes oculaires (31) et les maladies chroniques (27) étaient également des préoccupations importantes dans l'échantillon, mais avec une prévalence moindre (voir figure 17). Ce résultat est particulièrement intéressant dans la mesure où il diffère des résultats du Kenya et de l'Afrique du Sud, où les préoccupations

concernant le COVID-19 étaient les plus fréquemment exprimées. Cela pourrait s'expliquer, en partie, par le niveau élevé d'agitation que les migrants ont connu au Nigeria par rapport à leur pays d'origine. Certains considèrent que ce mode de vie et d'activité très actif au Nigeria est stressant et épuisant mentalement, induisant ainsi un stress tel qu'il peut conduire au développement de troubles affectifs tels que la dépression. Une autre raison de ce résultat pourrait être l'incidence relativement faible de COVID-19 au Nigeria, ce qui est développé plus en détail dans la section de discussion de ce rapport.

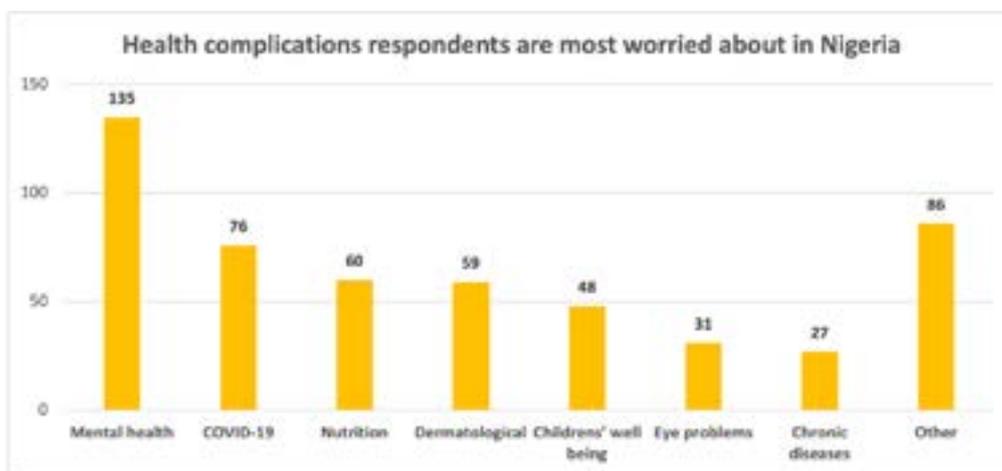


Figure 17 : Les complications sanitaires qui inquiètent le plus les personnes interrogées au Nigeria. 350 répondants ont nommé 522 complications dans la question à choix multiples. (Source : propres données)

Les migrants se sont également inquiétés de l'augmentation du prix des denrées alimentaires et du coût de la vie en général, compte tenu de la pandémie de COVID-19. En outre, certains migrants ont indiqué qu'ils se sentaient vulnérables au virus COVID-19 en raison de l'attitude nonchalante des citoyens à l'égard de la prise de mesures de précaution au milieu de la deuxième vague du virus.

Dans une large mesure, la vulnérabilité des migrants aux problèmes de santé peut être considérée comme assez similaire à celle des citoyens nigériens. Les prestataires de services et les représentants du gouvernement interrogés ont soulevé ce point à plusieurs reprises en se basant sur leur expérience du traitement des migrants, qui partagent généralement les mêmes installations sanitaires et le même personnel de santé que les citoyens. Cependant, la différence dans le niveau de vulnérabilité aux problèmes de santé d'un citoyen et d'un migrant dépend également de la disponibilité des informations sur les services de soins de santé. Tandis qu'un citoyen peut trouver très facile de savoir où accéder aux soins de santé, les migrants, surtout s'ils viennent tout juste d'arriver, peuvent avoir plus de mal à savoir quel établissement de santé visiter en raison de l'absence d'informations sur les services de santé dans des plateformes facilement accessibles.

Cela se reflète également dans la façon dont les personnes interrogées ont déclaré avoir reçu des informations sur le système de santé. 26 % ont indiqué qu'ils ne savaient pas (encore) comment fonctionne le système de santé nigérian. Ceux qui le comprenaient ont indiqué avoir obtenu ces informations principalement par le biais de réseaux informels tels que les amis et la famille, ce qui a été déclaré par 74 % des personnes interrogées. En comparaison, les autres sources d'information importantes comprenaient les agents de santé ou d'autres employés du secteur public (42 %), Internet (22 %) et les ONG (7 %). L'importance élevée des réseaux informels d'amis et de la famille pourrait s'expliquer, en partie, par le fait que la langue constitue une barrière pour de nombreuses personnes, ce qui inclut également le manque d'informations disponibles dans différentes langues (voir le tableau 7 de l'annexe V).

Lorsqu'on leur demande comment ils aimeraient obtenir des informations, les réseaux personnels et les centres de santé primaire sont les options préférées (nommés par un peu plus de 60 % de l'échantillon chacun), tandis que les communautés religieuses et les pharmacies ont été nommées par un peu plus de 30 % des personnes interrogées.

Expérience des migrants en matière de système de soins de santé et d'accès aux services de santé

En ce qui concerne les restrictions d'accès aux services de santé, l'enquête a montré que sur les 350 personnes interrogées, 66 % ont rencontré des problèmes lorsqu'elles ont essayé d'accéder aux services de

santé, 27 % n'ont pas essayé jusqu'à présent et seulement 7 % ont déclaré avoir rencontré des difficultés pour le faire (voir le tableau 7 de l'annexe V), ce qui se reflète également dans le fait qu'en moyenne, les personnes interrogées ont évalué l'accessibilité générale des services de santé à 8,5 sur 10 (voir le tableau 3 de l'annexe V). Ceux qui ont rencontré des obstacles les ont principalement attribués aux barrières linguistiques, à la distance géographique et à des raisons administratives (voir le tableau 7 de l'annexe V). Un autre problème fréquemment soulevé est celui de la stigmatisation et de la xénophobie que les migrants subissent lorsqu'ils tentent d'accéder aux services de santé. Ceci a également été reconnu par un fonctionnaire du gouvernement lors d'un entretien:

« Les Nigériens mettent en quelque sorte les [migrants] sur la touche lorsqu'il s'agit d'accéder aux soins de santé, parce que dans une large mesure, vous voulez prendre soin de vous, de vos compatriotes, et ils disent : « Hé, restez sur le côté, laissez-moi m'occuper des Nigériens qui sont ici ». Ils sont donc confrontés à beaucoup de stigmatisation et de discrimination »

Les moyens financiers disponibles jouent également un rôle important dans la détermination du type de services de santé auxquels il est possible d'accéder. Au cours d'un entretien, un migrant a fait remarquer que les soins de santé sont disponibles au Nigeria si l'on peut se les payer. La personne interrogée a fait remarquer que bien qu'elle puisse se permettre d'utiliser les services de santé au Nigeria grâce à la couverture des organisations de gestion de la santé en place sur son lieu de travail actuel, certains de ses amis migrants se plaignent toujours du prix des soins de santé au Nigeria.

Lorsqu'on leur demande où ils cherchent de l'aide lorsqu'ils rencontrent des problèmes de santé, les centres de santé publics et autres établissements de santé primaire sont cités par la moitié des personnes interrogées, tandis que les établissements privés sont utilisés par presque la même proportion de personnes (45 %). Les amis et les réseaux privés jouent également un rôle important à cet égard et sont cités par 43 % des personnes interrogées. Le soutien de la médecine non conventionnelle, comme les guérisseurs traditionnels ou le soutien des communautés religieuses, a été sollicité par 29 % des personnes interrogées. Par ailleurs, les pharmacies (23 %) et l'internet (9 %) semblent être des points de contact pertinents, tandis que les ONG ne semblent pas jouer un rôle significatif à cet égard (2 %) (voir le tableau 4 de l'annexe V).

Lorsqu'ils ne peuvent accéder aux services de santé, les résultats de l'enquête ont révélé que de nombreuses personnes interrogées auront plutôt recours à la médecine traditionnelle, aux traitements à base de plantes et aux pharmacies. Bien que cette tendance nécessite une enquête plus approfondie, les explications potentielles pourraient être que les personnes utilisent la médecine traditionnelle parce qu'elles ne disposent pas des informations nécessaires sur le fonctionnement du système de santé. Ou, à l'inverse, certaines personnes pourraient préférer utiliser des formes de médecine traditionnelle et donc ne pas chercher à s'informer ou être très peu exposées au système de santé moderne. Le prix et la disponibilité peuvent également être des facteurs importants, comme l'a souligné une personne interrogée:

« Les médicaments traditionnels sont abordables pour les plus pauvres, contrairement à la médecine occidentale, qui nécessite une prescription médicale. La plupart du temps, c'est assez cher quand on peut se faire soigner, donc la médecine traditionnelle est le service de santé de base accessible à l'homme pauvre »

En outre, la recherche a révélé que les migrants qui recherchent des soins de santé mentale ont parfois du mal à savoir dans quel établissement de santé se rendre. Par exemple, l'une des migrantes qui a pris part à la discussion de groupe témoin a indiqué qu'elle avait des difficultés à trouver un spécialiste de la santé mentale. Elle a raconté que même certains de ses amis nigériens n'ont pas pu lui recommander quelqu'un, et qu'elle n'était pas prête à se rendre dans un établissement de santé ordinaire en raison du caractère sensible de la question.

Néanmoins, de manière générale, les personnes interrogées ont affirmé que leur expérience des services de santé au Nigeria a été positive, évaluant leur qualité à 8,5 en moyenne sur une échelle de 1 à 10 (voir le tableau 3 de l'annexe V). L'une des personnes interrogées dans le cadre d'un entretien des informateurs clés a indiqué qu'elle donnerait une note de 9 sur 10 à son expérience générale en matière d'accès aux services de santé au Nigeria, par rapport à son pays d'origine, auquel elle donnerait une note de 5 sur 10, mais certaines personnes ont estimé que la qualité des services de santé disponibles au Nigeria était inférieure à celle de leur pays d'origine.

Impact de la pandémie de COVID-19

La pandémie de COVID-19 a mis à l'épreuve les efforts du gouvernement pour répondre aux besoins sanitaires des migrants et des ressortissants, même si le Nigeria s'en est mieux sorti que la plupart des pays où des cas de la maladie ont été signalés. Un facteur clé dans le parcours de réponse à la pandémie du Nigeria est l'approche du gouvernement au niveau national et sous-national, y compris la création d'une synergie avec les agences de santé internationales, les ambassades et les associations de migrants pour lutter contre la pandémie.

Un migrant interrogé sur l'impact de COVID-19 a déclaré:

« Juste l'éventail des services de santé auxquels vous pouvez avoir accès. Il y a eu une réduction, bien que ce ne soit pas un changement majeur, du nombre de services que mon HMO pouvait couvrir, donc en ce moment il y a une réduction de ce qui est pris en charge [...] »

Dans un autre entretien, une personne interrogée a noté qu'en plus des campagnes de sensibilisation sur la distanciation sociale et la désinfection des mains, le système de soins de santé au Nigéria dispose d'installations de soins de santé modernes et de travailleurs qui font de leur mieux pour maintenir une bonne culture médicale. Si les prestataires de services et les représentants du gouvernement ont clairement indiqué qu'en règle générale, les migrants devraient pouvoir accéder aux mêmes prestations de soins de santé que les citoyens, ils ont souligné l'importance d'un bon dossier médical, en particulier pour les personnes qui arrivent au Nigeria depuis l'étranger:

« Et dans certains cas, comme celui du COVID-19, cela devient une préoccupation majeure. Il faut donc demander si quelqu'un a déjà voyagé ou si la personne vient juste d'arriver dans le pays, donc dans des cas comme celui de la pandémie, il faut savoir si le patient ou l'individu vient de voyager ou s'il vient fréquemment dans le pays. »

7.5 Besoins de santé des groupes vulnérables de migrants

Les femmes sont susceptibles d'avoir des besoins sanitaires différents de ceux des hommes, ce qui devient particulièrement évident lorsqu'on applique une perspective intersectionnelle. Cela se reflète, par exemple, dans le fait que la majorité des prestataires de services qui ont pris part aux entretiens avec les informateurs clés et aux discussions de groupe témoin ont répondu que les problèmes de santé reproductive sont l'une des raisons les plus fréquentes qui amènent les migrantes dans leurs établissements. Lorsque les besoins en matière de soins de santé, tels que les soins sexuels et reproductifs, ne sont pas suffisamment disponibles ou accessibles, le risque de mortalité et morbidité maternelles, d'infections sexuellement transmissibles et de grossesses non planifiées augmente. En outre, certaines des migrantes interrogées au Nigéria ont déclaré être fréquemment confrontées à des défis liés à l'accès à l'éducation, notamment en matière de santé maternelle, néonatale et infantile, de santé sexuelle et reproductive, et à la prestation efficace de services dans ce domaine:

« Les principaux obstacles auxquels j'ai été confrontée étaient la difficulté d'accéder au centre de soins de santé parce qu'il était très loin, très loin de chez moi. C'était très, très loin. Et parce qu'il était loin de chez moi, j'ai trouvé très difficile d'accéder aux services prénataux quand j'étais enceinte et pendant mon accouchement. Donc, quand j'étais enceinte, il était difficile d'aller à l'hôpital. J'ai dû faire appel aux femmes de la communauté qui aident les gens à accoucher ».

Les migrantes interrogées sur la qualité et l'accessibilité en général ont donné des notes légèrement inférieures à celles de leurs homologues masculins. Toutefois, les données ne suggèrent pas que les femmes attribuent la difficulté d'accès à leur sexe. Un autre résultat de l'étude montre que les femmes ont évalué leur état de santé de manière significativement moins bonne que les hommes depuis qu'elles sont au Nigeria. Des besoins de soins supplémentaires pourraient éventuellement expliquer cela. Il serait judicieux d'effectuer des recherches plus approfondies dans ce sens.

Un autre aspect est que les femmes expriment plus souvent que les hommes des inquiétudes quant aux problèmes de santé potentiels, notamment en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive, y compris les IST. Cette appréhension accrue des risques potentiels pour la santé peut s'expliquer par le fait que les migrantes ont tendance à être mieux informées que les hommes sur le système de santé au Nigeria. Ces

informations sont, de manière disproportionnée, plus souvent générées par des réseaux informels pour les femmes.

7.6 Exemples de bonnes pratiques et domaines à améliorer

Avec la création de centres d'évaluation de la santé des migrants (MHAC) dans plusieurs pays, notamment en Afrique du Sud, au Kenya, en RDC et au Nigéria, les gouvernements nationaux, en coopération avec l'OIM, évaluent les migrants pour s'assurer qu'ils sont aptes à voyager en toute sécurité et dans la dignité. Les MHAC effectuent des évaluations sanitaires pour diverses catégories de migrants, y compris les réfugiés qui se réinstallent, les travailleurs migrants et les personnes déplacées, soit avant la préparation du départ, soit au moment de l'embarquement. L'objectif des évaluations sanitaires est d'identifier et de traiter les conditions de santé et de sécurité publiques, ainsi que les conditions ayant un impact sur les services sanitaires et sociaux. Certaines des dispositions relatives à la santé comprennent le dépistage et le traitement des conditions médicales qui présentent un risque pour la santé publique, comme la tuberculose, le VIH et les IST, la vaccination contre les maladies évitables, la prophylaxie contre le paludisme, la tuberculose et les infections opportunistes chez les personnes immunodéprimées, etc. En 2019, 429 000 évaluations sanitaires ont été réalisées par l'intermédiaire des MHAC dans le monde, et environ 140 000 sur le continent africain (102 000 migrants qui se déplacent sur une base volontaire et 38 000 réfugiés). Parmi les principaux pays de destination figuraient les États-Unis d'Amérique, le Royaume-Uni, l'Australie, le Canada ainsi que des pays européens comme la France, l'Allemagne, l'Irlande, le Portugal et l'Espagne (OIM, 2020 i). La propagation du virus Ebola au Nigéria qui a commencé par un voyageur du Libéria est la parfaite illustration de la nécessité d'une collaboration régionale et internationale plus étroite à cet égard.

En examinant la surveillance des maladies transfrontalières dans le cadre de la présente étude, quatre informateurs clés migrants ont révélé qu'ils n'avaient pas subi de bilan de santé à leur arrivée au Nigeria et qu'ils n'avaient reçu aucune information sur les services de soins de santé. Cette constatation est quelque peu inquiétante, étant donné que les quatre informateurs clés migrants ne sont pas des migrants en situation irrégulière et possèdent les documents nécessaires. Cependant, alors que l'OIM au Nigeria fait des efforts pour soutenir l'évaluation de la santé des rapatriés et des immigrants nigériens, cela aurait un impact positif sur la santé des migrants et des citoyens nigériens si l'OIM ou d'autres organismes soutenaient également les évaluations de la santé des migrants. L'importance de la surveillance des maladies transfrontalières a été largement partagée par les professionnels de la santé, comme l'illustre cette déclaration lorsqu'on leur demande d'indiquer le problème le plus urgent concernant la santé des migrants au Nigeria:

« Je pense que ce que je dirais, c'est que tout migrant qui entre dans le pays devrait faire l'objet d'un dépistage adéquat, ce qu'ils font je crois, et lorsque tout migrant entre dans le pays. »

Une autre problématique fréquemment soulevée est la nécessité pour le système de santé nigérian d'améliorer la sensibilisation aux soins de santé dans les zones rurales. Comme l'a dit un migrant interrogé:

« La disponibilité des soins de santé et la sensibilisation à l'importance de la médecine dans les zones rurales seront meilleures car l'homme du village est le dernier à penser à un hôpital. Il leur faut donc du temps pour savoir ce qui ne va pas chez eux. Mais avec une sensibilisation adéquate et l'envoi de personnel médical dans les communautés rurales, je pense que le secteur médical s'en trouvera amélioré »

Cela peut également être lié au déséquilibre de l'offre médicale dans les zones non urbaines et aux difficultés de recrutement et de rétention du personnel dans ces zones.

En outre, la même personne interrogée a indiqué que le Nigeria devrait améliorer ses services de soins de santé d'urgence et fournir une ligne téléphonique d'urgence fonctionnelle. Tout en comparant la réponse aux urgences dans son pays à celle du Nigeria, il a noté qu'au Bénin, au moindre cas d'urgence, l'équipe réagit immédiatement. Cet aspect a été considéré comme un problème particulier à Lagos, car les embouteillages peuvent rendre difficile l'accès aux soins médicaux en temps voulu.

Une autre personne interrogée a souligné la nécessité d'améliorer l'accès aux soins de santé pour les migrants en subventionnant les frais des services de soins de santé. Cette personne, qui avait accès aux soins de santé grâce à une assurance fournie par son employeur, a énoncé les restrictions subies par ses compatriotes migrants qui doivent payer des sommes exorbitantes parce qu'ils ne sont pas des citoyens nigériens. Ce constat est conforme aux résultats de l'enquête, qui montrent que sur les 24 personnes interrogées qui

ont accepté de divulguer cette information, 20 ont déclaré avoir payé elles-mêmes les services médicaux, tandis que l'assurance n'a couvert les coûts (partiels) que de 4 personnes. Il convient toutefois de faire une distinction entre le paiement des services fournis dans un cadre privé par opposition aux établissements de santé publics, un point de vue partagé par un informateur clé migrant:

« Je dirais que l'accessibilité aux soins de santé [est un point fort du système de santé nigérian], mais pour être honnête, cela dépend de qui peut se le permettre. Donc je pense que c'est vraiment injuste... si vous ne pouvez pas vous payer des soins de santé décentes, à moins que vous alliez dans les hôpitaux publics, qui, vous savez, dans de nombreux cas sont vraiment mal financés, ils n'ont pas de matériel[...] ».

En ce qui concerne le financement de la santé, la réponse générale des personnes interrogées dans le cadre de cette étude est que les organisations internationales ont tendance à ne pas financer directement la fourniture de soins de santé aux migrants au Nigeria. Lorsqu'on leur a demandé s'ils recevaient une aide financière des organisations internationales, seul 1 prestataire de services sur 5 a répondu que les organisations internationales contribuaient à financer l'offre de soins de santé pour les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur du pays. En revanche, les 4 autres ont répondu qu'il n'y a pas de financement international pour les soins de santé des migrants au Nigeria. Cependant, cela ne donne pas une image complète de la situation, car plusieurs personnes interrogées ont souligné les partenariats existants et prévus, notamment avec l'OIM, l'UNICEF, l'OMS, l'USAID et d'autres organisations internationales et ONG. En ce qui concerne le financement externe des établissements de soins de santé, un prestataire de services a reconnu que:

« Il y a des organisations non gouvernementales qui s'impliquent dans la santé. Dans ma propre structure, nous ne recevons pas de fonds, mais dans d'autres structures, elles peuvent en recevoir. Par exemple, il y a des maladies pour lesquelles certaines ONG fournissent régulièrement des médicaments. Nous ne pouvons pas ignorer cela, donc cela existe, mais dans mon propre établissement, cela n'existe pas. »

Plusieurs informateurs clés du gouvernement ont également souligné la nécessité de politiques spécifiques consacrées à la santé des migrants. Ils ont fait valoir que de telles politiques fourniraient le cadre politique d'un plan de mesures réalisables qui contribueraient à améliorer la qualité de la santé des migrants dans le pays.

Interrogés sur les aspects positifs du système de santé au Nigeria, les migrants ont cité l'efficacité générale, un personnel qualifié, des procédures normalisées, un bon équipement, la disponibilité des services (si l'on peut se le permettre), peu de discrimination et un grand nombre d'installations. En général, les migrants interrogés ont évalué le système de santé nigérian plutôt favorablement:

« Sur une échelle de 1 à 10, je donnerais un 9 [au système de santé nigérian]. Et c'est excellent parce qu'il y a plus de médecins spécialistes auxquels vous pouvez avoir accès, et ils sont facilement disponibles car vous n'avez pas besoin de parcourir de longues distances pour accéder aux soins de santé »

Outre les nombreux aspects positifs, les migrants ont également identifié plusieurs points permettant d'améliorer leur propre situation sanitaire au Nigeria. Selon les personnes interrogées, une réduction des frais de service et l'inclusion des migrants dans les régimes d'assurance maladie ouvriraient la voie à de meilleurs résultats en matière de santé. Il est intéressant de noter que les migrants ont également suggéré d'augmenter la rémunération des prestataires de services, ce qui pourrait correspondre à un appel à l'extension des services fournis aux zones rurales, un aspect de l'accessibilité des services qui préoccupe également les migrants. En outre, les migrants considèrent que davantage d'informations sur la manière de se protéger des maladies infectieuses comme le COVID-19 est bénéfique pour leur propre bien-être. Enfin, les migrants ont souligné la nécessité de mettre un terme à toute forme de discrimination, dont certains ont fait les frais aux mains des prestataires de services nigériens.

7.7 Conclusion et recommandations

En général, les prestataires de services de santé et les représentants du gouvernement étaient unanimes dans leurs réponses : les dispositions en matière de soins de santé prévues pour les Nigériens s'appliquent également aux migrants, car le gouvernement applique une politique non discriminatoire en matière de soins

de santé, comme l'illustre un prestataire de services de santé:

« Il n'y a pas de ségrégation. Nous traitons tout le monde sur un pied d'égalité. En tant que médecin, de par vos qualifications, vous avez en fait prêté serment de traiter tous ceux qui se présentent à vous, sans distinction de sexe, de religion, d'âge ou d'origine ethnique. »

Les aspects qui empêchent la fourniture de soins de santé adéquats à toutes les personnes résidant au Nigeria, qu'il s'agisse de migrants ou de citoyens, comprennent le financement inadéquat du secteur de la santé dans le pays, la fuite croissante des cerveaux avec la migration des professionnels de la santé hors du pays. Les migrants peuvent être confrontés à des obstacles supplémentaires tels que des difficultés avec les langues locales, la stigmatisation et la discrimination, et une couverture sociale limitée.

D'après l'enquête et les entretiens avec les informateurs clés, le Nigeria pourrait promouvoir davantage le bien-être des migrants en introduisant des cadres institutionnels plus complets, spécifiquement adaptés aux besoins sanitaires des migrants. Cela implique également de faciliter l'inclusion des migrants dans le NHIS, comme le souligne un prestataire de services de santé:

« Toute personne autorisée à entrer au Nigeria devrait bénéficier d'une assurance maladie, ce qui réduirait considérablement la morbidité liée aux traitements médicaux au Nigeria. Nous avons besoin d'une assurance, il devrait y avoir une assurance qui couvre tous ceux qui viennent ici, il devrait y avoir un moyen de les faire payer pour cela, évidemment. Mais c'est la chose la plus importante, la plus importante que le gouvernement doit mettre en place ».

- Pour renforcer les efforts nationaux, il convient de s'attacher davantage à combler les lacunes en matière de communication entre les acteurs principaux du secteur de la santé et les migrants, ce qui contribuera grandement à instaurer la confiance entre les deux parties. En outre, les politiques ultérieures pour les migrants devraient inclure des domaines visant à améliorer leur accès à la santé et à réduire les obstacles signalés.
- Suite aux données collectées et analysées par le groupe de chercheurs, cette étude formule les recommandations suivantes pour le Nigeria :
- L'offre de soins de santé devrait être étendue afin de fournir un accès équitable et universel à la demande pour chaque personne vivant au Nigeria (c.f. OMS, 2019)
- Le NHIS devrait inclure tant les migrants que les ressortissants, conformément à la protection sociale continentale et à la sécurité sociale.
- Des mesures telles que des horaires de travail flexibles, des salaires compétitifs et des stratégies de développement personnel devraient être mises en place pour améliorer le recrutement et la rétention des agents de santé qualifiés, en particulier pour assurer la rétention dans les zones rurales ou éloignées.
- L'allocation de ressources plus importantes au secteur de la santé et la libéralisation de ce secteur sont deux approches fondamentales pour surmonter le défi de l'insuffisance des installations sanitaires au Nigeria.
- Le gouvernement et les partenaires internationaux devraient fournir une évaluation sanitaire complète (ainsi que des programmes d'éducation pour les migrants) afin de limiter la propagation des maladies transmissibles par la migration. Ces programmes d'évaluation sanitaire pourraient être lancés sous la forme d'un protocole d'accord obligeant les migrants transfrontaliers à fournir des certificats d'évaluation sanitaire autorisés à leur arrivée au Nigeria.
- L'accès à des soins de santé abordables est limité par un manque d'installations et d'offres. Les gouvernements, les partenaires internationaux et le secteur privé devraient investir dans la construction d'installations supplémentaires, notamment en dehors des centres urbains.
- Une culture de suivi et d'évaluation continus des programmes de santé devrait être encouragée afin d'améliorer l'utilisation efficace des ressources canalisées vers les soins de santé. Cela permettrait également de fournir des données importantes susceptibles d'améliorer le processus de planification et de mise en œuvre des programmes et interventions de santé ultérieurs ciblant les migrants dans le pays.

8 Afrique du Sud : les migrants en situation irrégulière

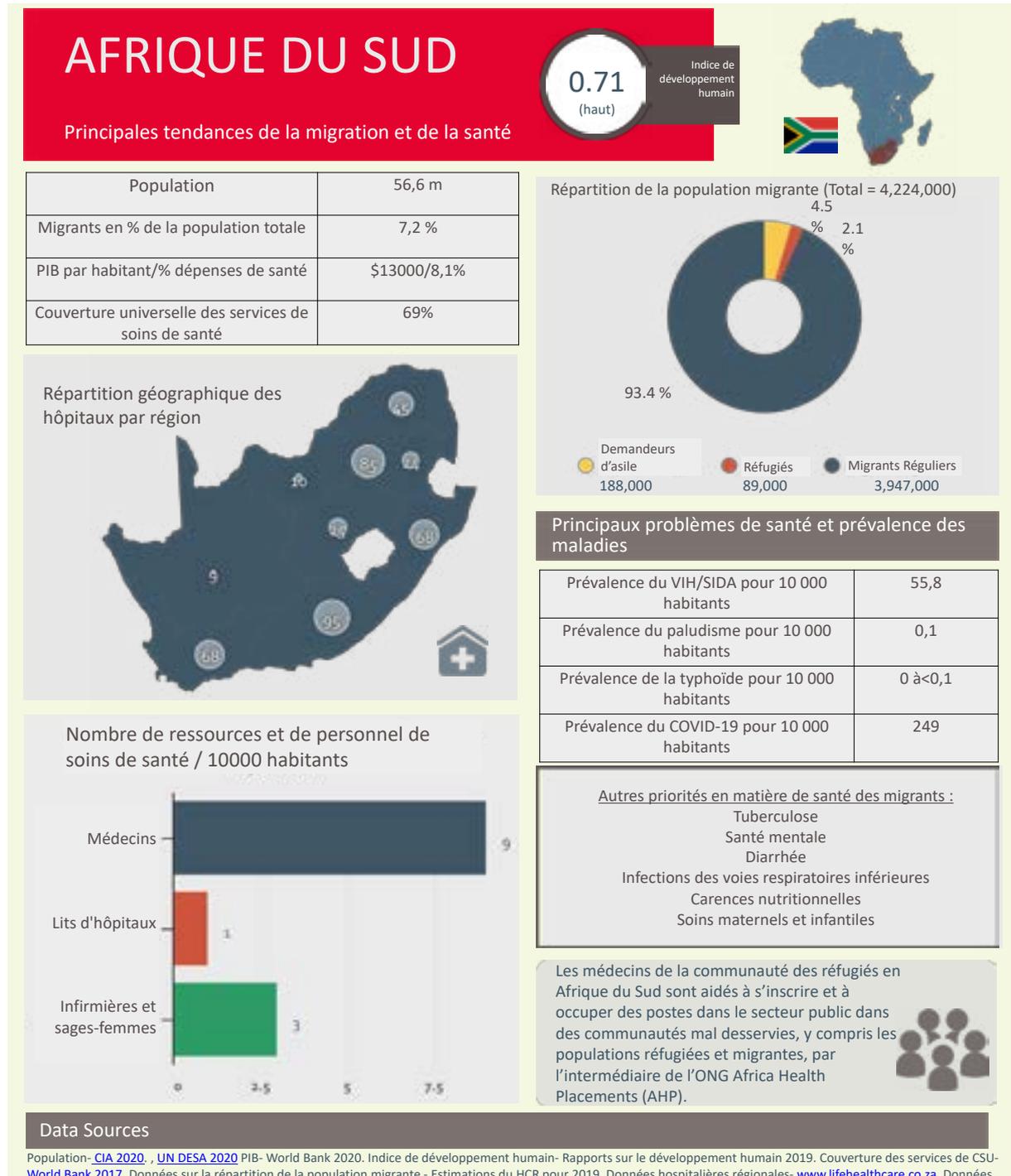


Figure 18 : Infographie des données principales sur la migration et la santé - Afrique du Sud.

Source : Illustration des auteurs

8.1 Contexte national

L'Afrique du Sud a un PIB par habitant relativement élevé par rapport aux autres pays d'Afrique, ses 13 000 \$ PPA (Banque mondiale, 2019g). Le pays est actuellement la deuxième plus grande économie du continent, après le Nigeria (FMI, 2020). Cependant, l'Afrique du Sud reste sur la liste du CAD de l'OCDE des bénéficiaires de l'aide publique au développement, étant classée dans la catégorie des « pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure » (OCDE, 2020b), et elle est toujours accablée par un taux relativement élevé de pauvreté, de chômage¹⁰ (28,5 % (Banque mondiale, 2020g)) et de fortes inégalités de revenus (coefficient de Gini en 2014 : 63 (Banque mondiale, 2015)). Les 10 % les plus riches de la population détenaient environ 71 % de la richesse nette en 2015, tandis que les 60 % les plus pauvres en détenaient respectivement 7 % (Banque mondiale, 2019d). Le pays se caractérise par ce qui est considéré comme une économie mixte, les principaux secteurs économiques étant : l'exploitation minière, l'agriculture et la pêche, la fabrication et l'assemblage de véhicules ou la transformation des aliments. Il a été prouvé que ces secteurs attirent plus de migrants en situation irrégulière que d'autres (par exemple, (OIM, 2020b, p. 29), (Long, Crisp, 2011)). En outre, les chiffres de l'OIT montrent que l'emploi informel représente un tiers de l'emploi non agricole total ((Rogan, 2018)).

En raison de sa richesse relative et de sa stabilité économique et politique perçue, l'Afrique du Sud joue un rôle clé en matière de migration sur le continent et connaît des niveaux élevés de migration mixte (régulière et irrégulière) (Freedman et al. 2020), principalement en provenance des pays voisins, de la Corne de l'Afrique et de l'Afrique de l'Ouest (OIM, 2018d). Outre le nombre élevé de réfugiés, de migrants en situation irrégulière et régulière (travailleurs), c'est aussi un pays d'origine, de transit et de destination pour les personnes victimes de la traite à des fins de travail forcé et d'exploitation sexuelle (OIM, 2003). Enfin, le pays a été une destination pour les flux de voyages médicaux motivés par le manque d'accès aux soins de santé de base dans les pays d'origine ou par la recherche de diagnostics et de traitements spécialisés (Vaillancourt, 2014). L'Afrique du Sud est également un tremplin pour les migrations vers l'Europe et les Amériques (OIM, 2020). Selon le DAES de l'ONU, l'Afrique du Sud comptait 4,2 millions de migrants en 2019. Cela constitue environ 7,2 % de l'ensemble de la population. Sur ces 4,2 m, 190 000 étaient des demandeurs d'asile et 90 000 des réfugiés. (UN DESA, 2019a). Malheureusement, ces chiffres ne comprennent que les migrants en situation régulière. Nous nous concentrerons sur un groupe spécifique dans ce chapitre : les migrants en situation irrégulière vivant en Afrique du Sud. Aucune estimation précise n'existe. Cela est problématique car, d'une part, cela donne aux critiques de la migration la possibilité d'estimer et d'utiliser des chiffres exagérés et, ainsi, de politiser le discours (Makou, 2018). D'autre part, l'absence de chiffres précis rend les processus de gouvernance et les décisions politiques difficiles.

La charge globale de morbidité de l'Afrique du Sud est en baisse constante depuis 2005 (IHME, 2018b). Les principaux problèmes de santé de la population au sens large sont le VIH/sida et les autres IST, les infections respiratoires et la tuberculose, les maladies cardiovasculaires, les maladies maternelles et néonatales ainsi que les conséquences de l'automutilation et de la violence (IHME, 2020e). Avec 7,1 millions de personnes vivant avec le VIH, soit 18,9 % des adultes âgés de 15 à 49 ans, le pays connaît la plus grande épidémie de VIH au monde (USAID, 2020).

Comme il n'existe pas de statistiques fiables sur les stocks de migrants en situation irrégulière, il n'y a pas non plus beaucoup de données sur le bien-être ou les problèmes de santé des migrants en situation irrégulière (Migration Data Portal, 2020). Cependant, des études montrent que le droit des migrants à accéder aux soins de santé est régulièrement refusé. Les professionnels de la santé refusent de soigner des personnes parce qu'elles ne sont pas en mesure de fournir les « bons » documents (OIM, 2009). Lorsqu'ils parviennent à accéder aux services, les migrants font état de violences verbales et physiques, d'insultes, d'être poussés à l'arrière de la file d'attente et de se voir demander de l'argent qu'ils ne devraient pas avoir à payer (Crush & Tawodzera, 2011) (Crush & Tawodzera, 2014). Les expériences communes des migrants en matière de violence sexuelle mais aussi de relations sexuelles transactionnelles et forcées provoquées par le manque de ressources économiques exposent surtout les femmes à des risques élevés de VIH et d'autres IST (Freedman et al. 2020). En plus des risques sanitaires existants, la pandémie actuelle de COVID-19 a durement touché le pays.

En ce qui concerne le COVID-19, le nombre total d'infections confirmées au 10 février 2021 s'élevait à environ 1 479 000 tandis que le nombre total de décès est estimé à environ 46 900 (Johns Hopkins University, 2021d). Ce nombre de cas est l'un des plus élevés d'Afrique. Les vulnérabilités des migrants sont encore exacerbées par la pandémie de COVID-19 : les restrictions de mobilité, la suspension des travailleurs migrants et le manque d'accès aux services de santé ne sont que quelques facteurs qui affectent leur bien-être. Cette

10. En raison de COVID-19, le chômage a augmenté jusqu'à 30,8 % à la fin de 2020 (République d'Afrique du Sud, 2020).

étude fournit des preuves supplémentaires sur l'accès à la santé des migrants en situation irrégulière dans la plupart des domaines mentionnés.

La pandémie révèle des failles existantes et critiquées depuis longtemps dans le système de soins de santé de l'Afrique du Sud. En raison de l'existence parallèle de systèmes de santé privés et publics, le fossé entre les riches et les pauvres est très marqué. Alors que 71,5 % des ménages interrogés dans le cadre de l'enquête nationale sur les ménages de 2018 ont déclaré dépendre des soins de santé publics lorsqu'ils tombent malades, 27,1 % ont déclaré consulter des régimes médicaux privés. Seuls 0,7 % ont indiqué consulter des guérisseurs traditionnels (Stats SA Statistics South Africa, 2020, p. 25). Pourtant, les dépenses du pays ne répondent pas à ces besoins en conséquence. En 2017, l'Afrique du Sud a consacré 8,1 % de son PIB / 1097,8 dollars en PPA par habitant à la santé (OMS, 2018a). Sur ce total, 53,7 % étaient des dépenses publiques, 44,4 % des dépenses privées et 2 % des dépenses extérieures. En moyenne, 7,8 % des dépenses totales étaient des dépenses à la charge des patients (OMS, 2018e). Cette répartition inégale entraîne une grande disparité dans la qualité de la prestation des soins de santé, surtout si l'on considère que les utilisateurs des soins de santé privés ont tendance à être plus satisfaits des services que les utilisateurs des établissements de santé publics (Netherlands Enterprise Agency, 2017, p. 4). Une autre faiblesse majeure du système est l'insuffisance des ressources humaines. Le pays compte en moyenne 9,1 médecins pour 10 000 habitants. Le nombre d'infirmières et de sages-femmes étant à peine plus élevé, soit 13,1 pour 10 000 habitants (Banque mondiale, 2017a). Ce manque est encore aggravé par une répartition inégale des professionnels de santé entre les secteurs privé et public, couplée à une répartition inégale des professionnels et des installations de santé du secteur public entre les provinces (Maphumulo & Bhengu, 2019), la plupart d'entre eux étant concentrés dans les zones urbaines. En outre, le pays perd de nombreux professionnels médicaux qualifiés en raison de la fuite des cerveaux, notamment vers les pays occidentaux. Cette perte ne peut être que partiellement compensée par l'arrivée en Afrique du Sud de nombreux professionnels de la santé en provenance d'autres États membres de l'Union africaine, comme cela a été indiqué lors des entretiens.

Pour remédier à ces divergences entre les besoins en soins de santé de la population et les services publics existants, le gouvernement travaille à la mise en place d'un système d'assurance maladie nationale (NHI), qui vise à fournir un accès universel aux soins de santé à tous les citoyens en fonction de leurs besoins plutôt que de leur capacité à payer (Netherlands Enterprise Agency, 2017, p. 4 + 8) ce qui sera expliqué plus en détail dans la rubrique suivante.

8.2 Migration et politiques et programmes de santé

L'article 27.1 de la Constitution sud-africaine (1996) (Gouvernement sud-africain, 1996) garantit à chacun « le droit d'avoir accès aux services de soins de santé, y compris les soins de santé reproductive ». L'article 27.3 stipule en outre que « nul ne peut se voir refuser un traitement médical d'urgence ».

La loi n° 61/2003 de 2003 sur la santé nationale (gouvernement sud-africain, 2003) vise à « protéger, respecter, promouvoir et réaliser les droits de la population de l'Afrique du Sud à la réalisation progressive du droit constitutionnel d'accès aux services de soins de santé », y compris « des services de soins de santé gratuits pour toutes les femmes enceintes et allaitantes [...], des soins de santé primaires gratuits pour tous, et des soins d'urgence gratuits au point d'utilisation pour tous ». Selon une clarification du Département national de la santé, cela inclut les migrants avec ou sans papiers ainsi que les réfugiés et les demandeurs d'asile (OIM, 2009) (Matlin et al. 2018). Par conséquent, en théorie, aucun document n'est requis pour accéder aux services.

En contradiction avec les lois mentionnées précédemment, la loi n° 12/2002 (2002) sur l'immigration, (gouvernement sud-africain, 2002) et son amendement, n° 8/2016 (2016) (gouvernement sud-africain, 2016) stipulent dans l'article 16 que le personnel médical doit se renseigner sur le statut juridique des patients avant de leur prodiguer des soins, à l'exception des soins de santé d'urgence. Dans l'article 29a, la loi restreint en outre « les personnes infectées ou porteuses de maladies infectieuses, transmissibles ou d'autres maladies ou virus comme prescrit » de demander un visa.

La loi n° 85/1993 (1993) sur la santé et la sécurité au travail (gouvernement sud-africain, 1993) vise à protéger les travailleurs en exigeant que les employeurs fournissent des conditions de travail sûres et saines. Elle ne fait pas spécifiquement référence aux migrants mais protège tous les travailleurs sans aucune référence à la documentation ou à la nationalité.

En décembre 2015, le livre blanc sur l'assurance maladie nationale a été publié pour recueillir les commentaires du public, suivi par le projet de loi sur l'assurance maladie nationale en 2019. L'article 4.2 stipule « qu'un

demandeur d'asile ou un étranger en situation irrégulière n'a droit qu'à : (a) des services médicaux d'urgence ; et (b) des services pour des conditions notifiables de santé publique ». Toutefois, pour accéder à ces services, les migrants doivent s'inscrire en tant qu'utilisateur du fonds. Pour ce faire, ils doivent fournir des données biométriques (empreintes digitales, photographies, preuve du lieu de résidence habituel) et (a) une carte d'identité, (b) un certificat de naissance original, ou (c) une carte d'identité de réfugié, ce que les migrants en situation irrégulière ne possèdent souvent pas. En outre, par crainte d'être arrêtés et expulsés, de nombreux sans-papiers ont déjà tendance à éviter les services de santé publique en général (Crush & Tawodzera, 2014). La nécessité de s'enregistrer peut donc exacerber les barrières déjà existantes.

En termes d'égalité des sexes, la législation progressiste de l'Afrique du Sud a souvent été à l'avant-garde. Non seulement la Constitution prévoit le droit à l'égalité et aborde les multiples défis auxquels les femmes sont confrontées, mais, comme on peut le voir, elle garantit également certains services de soins de santé spécifiquement adaptés aux femmes. Cependant, les considérations liées au genre ne sont pas intégrées dans la législation sur la migration ; par exemple, la loi sur l'immigration ne tient compte ni de la dimension de genre ni des vulnérabilités des modèles de migration (Farley, 2019).

En mars 2020, au point culminant du COVID-19, le gouvernement sud-africain a approuvé un cadre stratégique national de prévention et de contrôle des infections afin de prévenir, réduire et contrôler le développement des infections associées aux soins de santé. Cependant, ni le cadre ni les plans réalisés pour atténuer les impacts des mesures de confinement ne tenaient compte de la précarité des migrants. Par exemple, pour avoir accès aux distributions de nourriture ou pour recevoir une aide financière, il faut une carte d'identité nationale ou un permis spécial, que les migrants en situation irrégulière ont peu de chances de posséder. Pour passer un test de dépistage du SRAS-CoV-2, dans la plupart des régions du pays, les gens doivent fournir des informations sur leur nationalité, ce qui est difficile, surtout pour ceux qui craignent d'être exposés parce que leur permis a expiré (Mukumbang et al. 2020). En plus de ce manque de protection, Zanker et Moyo affirment que la pandémie pourrait conduire à des politiques migratoires plus restrictives : la construction soudaine d'une clôture à la frontière du Zimbabwe et les règles xénophobes de verrouillage concernant les magasins autorisés à rester ouverts sont deux exemples illustrant cette tendance (Zanker & Moyo, 2020).

8.3 Principales observations et conclusions - collecte de données primaires

Les conclusions pour l'Afrique du Sud sont basées sur les données quantitatives et qualitatives obtenues. En détail, 312 personnes ont répondu au questionnaire, dont 310 remplissent tous les critères d'éligibilité pour être incluses. L'équipe de recherche a sélectionné des sites de recherche à Johannesburg et Pretoria. Dans les deux villes, les chercheurs partenaires ont couvert les quartiers d'affaires centraux afin de recueillir des données auprès de ceux qui y habitent ainsi que de ceux qui font la navette depuis les banlieues à forte densité et les habitats informels. L'équipe a également recueilli des données dans d'autres zones moins densément peuplées des deux villes, associées aux migrants en situation irrégulière. Toutefois, cet accent mis sur la recherche urbaine peut biaiser positivement l'accès à la santé. Sur le plan qualitatif, deux entretiens avec des migrants, deux avec des décideurs politiques en Afrique du Sud et un entretien avec un autre chercheur en santé ont été réalisés. En outre, un groupe de discussion a été organisé avec neuf migrants qui ont participé de manière collaborative.

L'objectif de l'enquête était de cibler les sans-papiers. Ainsi, les caractéristiques des personnes interrogées aux enquêtes ne sont pas toujours distribuées de manière uniforme. Potentiellement, les groupes qui sont surreprésentés sont plus souvent des sans-papiers en Afrique du Sud. Sur les 310 personnes interrogées éligibles, (66 %) étaient des sans-papiers et (19 %) des demandeurs d'asile ; en outre, quelques travailleurs migrants (7 %), réfugiés (4 %) et migrants éducatifs (3 %) ont été signalés. 52 % des femmes interrogées figurent dans l'ensemble des données, et moins de 5 % vivent dans d'autres destinations que les villes. Le niveau d'éducation le plus élevé est, pour 70 % des personnes interrogées, le secondaire, mais 20 % d'entre elles déclarent un niveau encore plus élevé, avec respectivement un premier cycle universitaire (10 %), un troisième cycle universitaire (6 %) et une formation professionnelle (4 %). En ce qui concerne la profession, 38 % déclarent travailler à leur compte, 23 % à temps plein, 21 % à temps partiel et environ 13 % sont actuellement au chômage. La durée de leur séjour en Afrique du Sud tend à être longue, puisque seuls 6 %

sont arrivés au cours de la dernière année, 12 % sont restés entre 1 et 2 ans, 37 % entre 2 et 5 ans et 45 % encore plus longtemps que ces 5 ans. Pour des informations plus détaillées sur les variables descriptives de l'échantillon de l'enquête, veuillez consulter les tableaux 1 et 2 de l'annexe V.

8.4 Expérience des migrants en matière de santé et d'accès aux services de santé

Pour le chapitre suivant, les migrants sont regroupés en fonction de leur statut de résidence dans le pays. Les personnes sans documents (n = 204) forment le premier groupe, le second groupe (n = 101) est composé de demandeurs d'asile (n = 60), de travailleurs migrants (n = 20), de réfugiés (n = 12) et de migrants à des fins d'éducation (n = 9), enfin les personnes qui n'ont pas voulu donner d'informations sur leur statut de résident (n = 2) ou qui ont déclaré être des citoyens (n = 2) ne sont pas considérées dans l'analyse en ce qui concerne les documents. Cela signifie que lorsque notre analyse se concentrera sur le genre, elles seront incluses. Cependant, les effets présentés ne sont pas entièrement expliqués par le statut de la documentation, car d'autres facteurs pertinents, tels que l'éducation, la profession ou le niveau de langue, ne sont pas identiques entre les groupes.

En appliquant cette approche, nous suivons les preuves des publications mentionnées précédemment. De plus, lors des entretiens, la plupart des personnes interrogées ont estimé que leurs besoins en matière de soins de santé et l'accès à ceux-ci seraient améliorés s'il n'y avait pas de traitement différentiel sur la base des documents. Par exemple, certaines des réponses étaient les suivantes:

« Arrêtez de renvoyer les étrangers à cause des permis qui conduisent des personnes à perdre la vie et pour celles qui sont enceintes, à perdre des bébés ».

« Le traitement xénophobe doit cesser. On ne doit pas réclamer de grosses sommes d'argent aux étrangers s'ils n'ont pas de documents ou les renvoyer s'ils n'en ont pas ».

Dans l'ensemble, les 310 personnes interrogées évaluent eux-mêmes leur accès au système de santé en Afrique du Sud avec une moyenne de 7,8 (sur 10 points), les personnes avec des documents avec une moyenne de 8,3, tandis que les sans-papiers accordent une moyenne de 7,6. La qualité du système est estimée à une moyenne de 8,6, avec des variations en fonction du statut de résidence : les personnes sans papiers ne l'évaluent qu'à 8,5 en moyenne, alors que les personnes avec des papiers l'évaluent à 8,8. Les différences de notation de la qualité et de l'accès entre les groupes sont statistiquement significatives. Par conséquent, l'évaluation de la santé augmente légèrement, passant de 8,8 à l'arrivée à 8,9, alors que, étonnamment, dans le groupe des personnes avec des documents, cette valeur diminue de 0,1. Une fois encore, cela indique que d'autres facteurs sous-jacents, qui sont inégaux entre les groupes, ont également un impact sur ces résultats. Les tableaux 3 et 4 de l'annexe V fournissent des informations plus détaillées.

Dans une question à choix multiple, la plupart des personnes interrogées à l'enquête (n = 190) ont indiqué qu'ils accédaient aux services de santé dans des établissements de santé publics, 119 ont également cité des médecins ou des cliniques privés, tandis que les pharmacies ont été mentionnées par 31 personnes de la population interrogée. Bien que le gouvernement fournisse des services de santé, 87 % des personnes interrogées s'informent sur le système auprès de leur famille et de leurs amis, et seulement 10 % auprès des responsables du système public. Ainsi, le fait de fournir des informations à une génération de migrants peut avoir un impact positif sur les générations futures.

45 % des personnes interrogées ont connu des complications de santé depuis leur installation en Afrique du Sud. Parmi ces complications, les problèmes physiques sont les plus cités (28), ainsi que les problèmes dentaires (28) et les problèmes liés à la santé reproductive (24). Les résultats sont visualisés dans la figure 19 ci-dessous. À cet égard, les personnes sans papiers sont plus susceptibles d'être confrontées à des problèmes physiques (8 points de pourcentage) et les personnes avec papiers sont plus souvent confrontées à des problèmes dentaires (8 points de pourcentage). Cela peut s'expliquer par les conditions de travail (voir les tableaux 6 et 8 de l'annexe V).

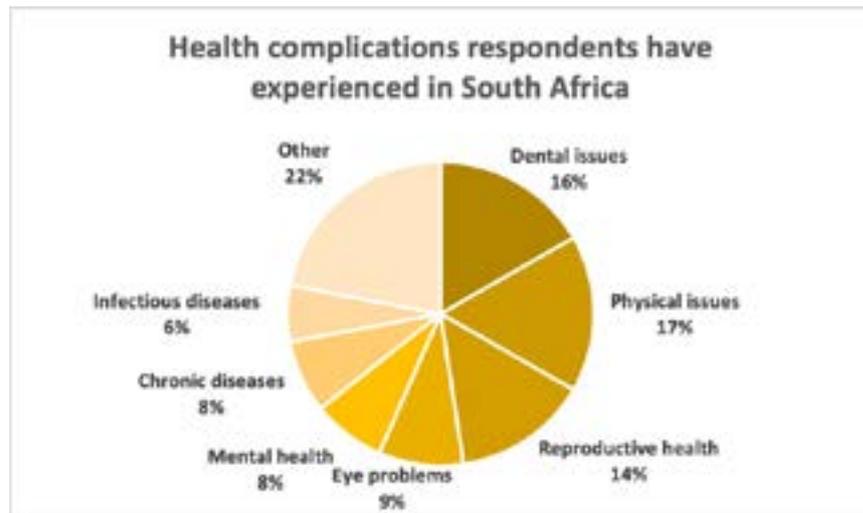


Figure 19: Complications sanitaires que les personnes interrogées ont connues en Afrique du Sud. 138 répondants ont nommé 169 complications dans la question à choix multiples. (Source : propres données)

Les restrictions les plus fréquemment rencontrées en matière d'accès à la santé sont : les barrières linguistiques (52) et les barrières administratives (37). En outre, 24 migrants ont fait état de discrimination en raison de leur manque de documents officiels, 24 en raison d'obligations professionnelles et 23 de stigmatisation et de préjugés. Les résultats sont illustrés dans la figure 20 ci-dessous.

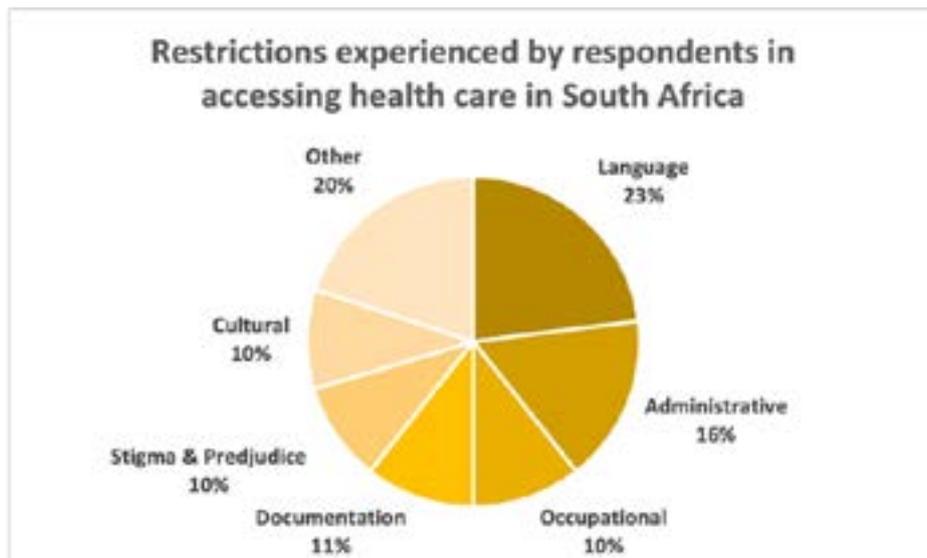


Figure 20: Restrictions rencontrées par les personnes interrogées pour accéder aux soins de santé en Afrique du Sud. 115 répondants ont mentionné 226 restrictions dans la question à choix multiples. (Source : propres données)

Tandis que la probabilité générale d'être confronté à des restrictions ne diffère pas beaucoup selon le statut des documents, les barrières linguistiques et les problèmes géographiques sont plus souvent mentionnés par les personnes interrogées sans papiers. Il est évident que les problèmes administratifs et le manque de documents sont liés, comme cela a été le cas dans ce groupe, comme l'a également révélé un entretien avec un responsable de la santé:

« Lorsque vous vous rendez à la clinique et que l'ordinateur est allumé, la première chose qu'ils vous demandent, c'est votre numéro d'identification. Ils ont besoin d'un numéro d'identification à 13 chiffres, mais la politique dit de ne pas faire de discrimination et c'est là que le problème commence... et ils seront honnêtes en disant qu'ils ne peuvent pas procéder sans le numéro d'identification. Ils vous diront : « Je suis coincé. J'ai besoin de votre numéro d'identification à 13 chiffres et le numéro de réfugié ou autre n'est pas accepté. »

Dans la question à choix multiples, parmi les maladies les plus inquiétantes en ce moment, le COVID-19 arrive en première position (205), suivi des maladies mentales (137), des maladies sexuellement transmissibles (137) et des maladies chroniques (122). Les résultats sont illustrés dans la figure 21 ci-dessous. Ici, les personnes sans papiers semblent être plus inquiètes vis-à-vis des maladies mentales (par 8 points de pourcentage) et chroniques (par 9 points de pourcentage), tandis que les personnes avec des documents ont plus peur du COVID-19 par 10 points de pourcentage. Par conséquent, du matériel d'information en plusieurs langues concernant ces maladies pourrait être utile dans les lieux où les gens cherchent de l'aide lorsqu'ils sont confrontés à des problèmes de santé.

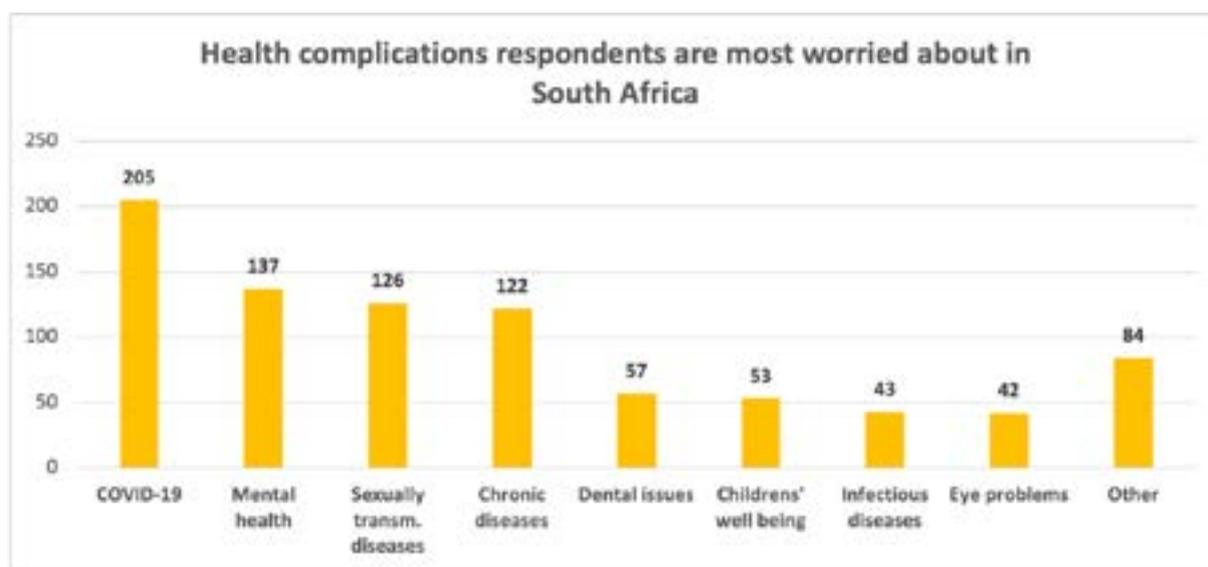


Figure 21 : Les complications sanitaires qui inquiètent le plus les personnes interrogées en Afrique du Sud. 304 répondants ont nommé 869 complications dans la question à choix multiples. (Source : propres données)

Afin de réduire la discrimination, l'accès au dépistage du COVID-19 doit être indépendant du statut des migrants, ce qui signifie que le dépistage anonyme doit être possible (JLMP, 2020c, p. 6). Bien que les personnes avec des papiers s'inquiètent davantage du COVID-19, avec 63 % de sélection dans la cohorte des sans-papiers, il s'agit tout de même de la maladie qui suscite le plus d'intérêt dans ce groupe.

Les formes de traitement xénophobe les plus fréquemment citées sont les suivantes : faire la queue plus longtemps que les autres, même si l'on est malade, se faire crier dessus parce que l'on n'a pas de papiers et être menacé de représailles si on revient dans les centres.

Certaines personnes interrogées ont souligné la nécessité de mettre en place des structures de santé spécifiques aux migrants et d'engager davantage de travailleurs de la santé issus de la migration dotés des compétences linguistiques requises, afin de rendre les services plus accessibles à ce groupe. Comme l'a fait remarquer une personne interrogée issue de la migration :

« Ils doivent employer des médecins ou des infirmières qualifiés [venant] de l'extérieur du pays, car ils comprendront notre situation puisqu'ils seront aussi des immigrants ».

Cependant, la création d'établissements de santé spécifiquement destinés aux migrants peut entraîner une séparation accrue entre les deux groupes et donner l'impression à la population locale que les migrants sont traités de manière préférentielle. Cela suggère d'améliorer la formation des agents de santé sur les besoins des patients migrants au sein des cliniques existantes, plutôt que de créer des structures parallèles, surtout dans le contexte de l'héritage de l'apartheid en Afrique du Sud et des incidents xénophobes récurrents.

Il ressort des entretiens avec les migrants que les soins de maternité disponibles, en particulier lors de l'accouchement, varient encore en fonction du statut des documents :

« A Mamelodi (une banlieue à forte densité de Pretoria), cette femme a perdu son bébé pendant l'accouchement parce que les infirmières ont ignoré ses appels à l'aide lorsque le bébé arrivait. Le bébé est donc sorti sans personne pour le recevoir et il est tombé du haut du lit d'hôpital et est mort. »

« Les documents sont un gros problème parce que même si on vous soigne quand vous êtes enceinte et que vous faites des contrôles de routine, quand il s'agit de l'accouchement, ils ont besoin de papiers, sinon vous payez 6000 rands. »

D'autres personnes interrogées sont retournées dans leur pays d'origine uniquement pour accoucher. Cela est préjudiciable à plusieurs égards : premièrement, les femmes à un stade de grossesse avancée traversent les frontières. Deuxièmement, les nouveau-nés reçoivent des certificats de naissance d'un pays où ils ne vivent pas et se retrouvent immédiatement en situation irrégulière en Afrique du Sud. Troisièmement, cela risque d'affecter négativement le processus d'intégration.

En général, le paiement des services de santé [sélection multiple] est principalement couvert par le gouvernement (73 %) mais aussi par les individus (60 %). De manière surprenante, les sans-papiers ont plus souvent des services payés par le gouvernement (80 % contre 56 %) ; et seulement 55 % des sans-papiers paient eux-mêmes les services, contre 71 % des personnes avec des papiers.

Ces statistiques de sélection multiple suggèrent que la charge du système de santé pour le gouvernement diminue lorsque les personnes obtiennent un statut de documentation. Cela peut s'expliquer par le fait qu'elles sont en mesure de payer elles-mêmes les services ou qu'elles sont mieux intégrées dans la société locale. Cela se reflète également dans le nombre de migrants en situation régulière qui ont déclaré consulter des médecins privés plutôt que des hôpitaux publics. Une autre possibilité est que les besoins de santé changent en raison du statut professionnel. Indépendamment des autres facteurs d'influence, du point de vue de la planification budgétaire, cela plaide fortement en faveur d'une régularisation accrue des migrants en Afrique du Sud.

Néanmoins, de nombreuses déclarations individuelles indiquent que les restrictions financières sont répandues, ce que l'enquête ne demandait pas en particulier, aussi nous recommandons d'inclure ce point dans les études futures.

8.5 Besoins de santé des groupes vulnérables de migrants

Les publications suggèrent que les besoins de santé, l'accès à la santé ou les restrictions sont différents selon le sexe. Les résultats ont donc été regroupés par sexe, ce qui donne un échantillon de 160 femmes et 148 hommes.

De manière surprenante, l'accès moyen aux soins de santé est de 7,9 points (sur 10), soit 0,1 plus élevé pour la cohorte des femmes et en accord avec cela, leur état de santé augmente légèrement de 0,1 après leur arrivée, alors que l'état de santé des hommes reste stable. Potentiellement, cette différence s'explique par des professions ou des études différentes : le travail indépendant présente 15 points de pourcentage plus probable pour les hommes interrogés. 34 % des femmes font état de restrictions, contre 42 % des hommes. Ces restrictions ne sont pas toujours précisées. Toutefois, les hommes déclarent être confrontés à davantage de restrictions liées à la documentation et à la géographie, tandis que les femmes citent plus souvent leur famille et la langue comme obstacles. Un autre aspect majeur que les données de l'enquête révèlent est une restriction financière pour l'accès à des services de santé spécifiques, en particulier, l'accouchement a été mentionné ici comme un obstacle, ce qui suggère une discrimination à l'encontre des migrantes interrogées.

En général, les hommes ont un peu plus souvent des complications de santé que les femmes (47 % contre 44 %). Les différences les plus évidentes concernent la santé reproductive, qui n'est signalée que par les femmes (34 %) et les problèmes physiques, qui sont signalés par 29 % des hommes contre 11 % des femmes.

8.6 Exemples de bonnes pratiques et domaines à améliorer

En général, le système de santé sud-africain est bien développé, ce qui se reflète également dans la note de 8,6/10 attribuée à sa qualité dans l'enquête. Certains des arguments en faveur du système de santé sont la disponibilité des médicaments, la technologie, l'équipement et l'expertise du personnel de santé. L'un des migrants a noté:

« La qualité des soins de santé est bonne ici par rapport à celle du Zimbabwe car il n'y a pas de médicaments là-bas. »

Bien que les personnes interrogées aient signalé une gamme variée de défis relatifs aux soins de santé en Afrique du Sud pour les sans-papiers, ceux-ci avaient également des aspects positifs. Pour ceux qui n'ont pas été confrontés à des défis tels que le paiement des services en raison de leur statut de sans-papiers, l'accès gratuit aux soins de santé a été identifié comme une bonne pratique. Cette pratique est censée être en place pour tous. Cependant, certains migrants notent des irrégularités:

« En lui donnant le passeport, elle a remarqué qu'il était tamponné à l'extérieur. Elle a alors dit qu'à cause de cela, je devais payer pour les services qui incluaient le nettoyage du col de l'utérus. Je suis ensuite allée à la caisse pour effectuer le paiement, qui a refusé de prendre l'argent et a dit qu'il n'y avait rien que je devais payer. Je pense personnellement que le paiement que l'infirmière m'a demandé d'effectuer était lié à de la mauvaise volonté de sa part, car mon passeport était tamponné à l'extérieur. Ce n'était pas une question de politique, car si c'était une politique, elle s'appliquerait uniformément partout, et la caissière aurait accepté mon paiement. »

Potentiellement, les lacunes du système se situent au niveau des individus, et non des lois générales.

Lors des entretiens, les personnes interrogées ont mentionné les initiatives du Forum sur la santé des migrants de Johannesburg, qui rend compte des migrants qui se sont vu refuser des soins et encourage les différentes ONG à travailler ensemble et à échanger leurs connaissances. Un autre exemple mentionné est un groupe de travail technique sur le VIH en Afrique du Sud. Cela suggère que le travail en commun sur des questions thématiques et régionales et le plaidoyer sur la santé des migrants sont des moyens potentiels d'obtenir des changements. Comme autre exemple, Médecins sans frontières (MSF) a également piloté le passeport santé de la SADC, afin de garantir un traitement continu au-delà des frontières pour les personnes en déplacement (MSF Afrique australe, 2013).

Bien que le système de santé sud-africain offre des services de haute qualité et soit également très inclusif (en théorie du moins), il reste des points à améliorer : l'accès aux traitements diffère selon la nationalité. Les frais d'utilisation pour les sans-papiers les empêchent d'accéder à la santé. Les responsables de la santé ne sont pas toujours sensibles aux besoins des migrants, ce qui entraîne des comportements discriminatoires et parfois des traitements inégaux. La collaboration régionale avec les pays voisins pourrait être étendue, là où la plupart des migrations ont lieu ; par exemple, le passeport santé de la SADC pourrait être mis en œuvre pour assurer la continuité des soins aux personnes en déplacement.

8.7 Conclusion et recommandations

- Bien que l'accès aux services de santé pour les migrants en situation irrégulière soit beaucoup plus large que dans les autres pays étudiés, il reste de nombreux défis à relever pour améliorer la santé des migrants. Les recommandations pour les relever sont les suivantes :
- Les politiques de santé devraient être guidées par l'éthique de la santé, où les responsables de la santé ont l'obligation de sauver la vie avant tout. À cet égard, au point de soins, fournir un service de soins de santé et sauver des vies devrait compter avant la documentation, qui est une question de compétence des Affaires intérieures.
- Le gouvernement sud-africain devrait adopter une approche robuste de la santé publique pour traiter les questions de migration et de santé. Il s'agit d'une approche qui reconnaît que ce n'est pas seulement la santé des migrants qui compte, mais qu'en tant que personnes résidant dans les communautés d'accueil, leurs besoins en matière de santé sont ceux de tout le monde. Si, par exemple, les maladies infectieuses ne sont pas traitées en raison des limitations d'accès, il sera difficile pour le gouvernement de contenir la propagation, même aux locaux...
- Une prise en compte des différences au sein des populations migrantes et de leurs besoins, par exemple les barrières linguistiques et le besoin de traduction, affecte différemment les migrants de différentes régions. Si l'on n'apprécie pas l'hétérogénéité des groupes de migrants, même s'ils sont tous en situation irrégulière, on risque également de négliger les répercussions potentielles d'une rupture de communication sur le lieu de soins, car elles touchent certains groupes plus que d'autres.
- Du matériel d'information sur les questions de santé devrait être distribué dans l'ensemble des établissements de santé en plusieurs langues.

- Le système national d'assurance maladie à mettre en place doit être inclusif pour les migrants et inconditionnel. Les soins de santé primaires doivent être accessibles sans condition. La nécessité proposée de s'enregistrer crée des obstacles supplémentaires pour les migrants.
- Pour acquérir des connaissances sur la migration irrégulière en général, de nouvelles approches sont recommandées pour la collecte de données. Les réseaux téléphoniques seraient une source possible, si les questions d'éthique, de confidentialité et de sécurité ont été traitées (OIM, 2020b, p. 34) également des prévisions de mouvements pourraient être mises en œuvre (Nair et al. 2020).
- Le gouvernement sud-africain devrait envisager de supprimer les frais d'accouchement pour les migrants et les réfugiés, quel que soit leur statut.
- Les prestataires de santé devraient améliorer la formation du personnel de première ligne afin de minimiser les cas de comportements discrétionnaires tels que le refus d'accepter des patients sans un numéro d'identification à 13 chiffres.
- Le gouvernement sud-africain et les partenaires internationaux et nationaux devraient envisager d'augmenter les allocations budgétaires pour les prestations de santé afin de répondre à la pression exercée sur les services manquant de ressources et également d'atténuer les perceptions de la communauté concernant l'impact des migrants sur les prestations.



Copyright: © GIZ / Dirk Ostermeier

Description: Inscription de groupe pour les fonds de santé communautaire et accès aux soins de santé en Tanzanie.

A photograph of a pharmacy. In the background, there are wooden shelves with glass doors containing various bottles and boxes of medicine. In the foreground, a person wearing a white lab coat is visible, their hands are positioned as if they are working with something. The image is overlaid with a large, semi-transparent yellow circle containing the word 'SECTION' in white, bold, sans-serif capital letters.

SECTION

**Résultats
transversaux et
discussion**

9 Thèmes transversaux continentaux et régionaux

L'équipe de recherche a mené 10 entretiens avec des experts aux niveaux régional et continental pour compléter les entretiens et les discussions de groupe menés par les chercheurs partenaires dans les pays étudiés. Ces experts ont également fourni un contexte et des informations supplémentaires concernant les trois pays de l'étude approfondie. En outre, les entretiens ont également servi à valider et à expliquer les données collectées lors de la phase d'étude de champ et de la phase d'étude analytique. Les principaux thèmes identifiés qui sont ressortis de ces entretiens avec les experts régionaux et continentaux sont présentés ci-dessous.

9.1 Obstacles communs à l'accès aux soins de santé

La plupart des experts interrogés de ce groupe (8 répondants sur 10) ont attiré l'attention sur les multiples obstacles auxquels les migrants peuvent être confrontés pour accéder aux soins de santé. L'obstacle le plus souvent cité (par 7 répondants sur 10 de ce groupe) est l'absence, l'accès limité ou le droit aux soins de santé pour les migrants, en particulier les migrants en situation irrégulière et/ou sans papiers et les personnes se trouvant dans une situation assimilable à celle des réfugiés.

Cet aspect doit également être considéré dans le contexte plus large d'un manque d'accès à la couverture sociale pour les citoyens des États membres de l'UA ; une personne interrogée, Gloria Moreno-Fontes de l'OIT, a noté que "89 % des Africains ne sont pas protégés par les régimes de sécurité sociale, car ils travaillent dans l'économie informelle, et cela inclut bien sûr [de nombreux] travailleurs migrants". Cela doit également être considéré dans le contexte des systèmes de santé africains qui sont déjà surchargés avant tout afflux de migrants.

Les répondants de ce groupe ont noté que l'absence de statut (et de documents) affecte l'accès des migrants aux soins de santé, ainsi qu'aux opportunités d'emploi mieux rémunérées, ce qui limite à son tour leur capacité à payer les soins de santé. Les migrants réguliers et irréguliers peuvent se retrouver sans travail s'ils tombent malades. Ils peuvent être contraints de retourner dans leur pays d'origine "les mains vides", et la crainte de perdre leur emploi à cause de la maladie peut les inciter à retarder ou à ne pas se faire soigner. En outre, l'accès des migrants aux soins de santé gratuits ou subventionnés est souvent limité à certains types d'interventions de soins primaires ou d'urgence.

L'absence de soutien financier pour les consultations de suivi et les traitements signifie donc que les problèmes de santé des migrants peuvent rester sans traitement. Les experts interrogés ont également souligné que l'absence de statut ou de papiers d'identité poussait souvent les migrants à éviter d'accéder aux soins de santé ou de s'inscrire auprès des prestataires de soins par crainte d'être expulsés.

Les barrières linguistiques et culturelles ont également été citées par 6 personnes interrogées sur 10 dans ce groupe. Ces barrières peuvent sérieusement limiter la capacité des migrants à s'orienter dans les services de santé locaux et leur connaissance de l'accès autorisé à ces services. Par exemple, au Maroc, l'incapacité à parler arabe limite l'accès de nombreux migrants ouest-africains aux soins de santé. En effet, des barrières linguistiques et culturelles ont été identifiées dans chacun des cinq pays examinés dans ce rapport. En outre, les barrières linguistiques et le fait qu'il s'agisse de populations mobiles limitent également la capacité des migrants à bénéficier d'autres activités de santé et de mesures d'atténuation des maladies, telles que les campagnes de promotion de la santé ou de vaccination.

L'emplacement des services de santé est également un autre obstacle cité (6 répondants sur 10 de ce groupe). En particulier, le manque de services de santé dans les zones éloignées et transfrontalières et le manque de services de santé le long des routes migratoires (les services de santé ont tendance à être concentrés dans les zones urbaines) signifie que les migrants peuvent être contraints de parcourir de longues distances pour accéder aux services de santé.

Le manque de services de santé appropriés pour les migrants est également lié à cette situation. Par exemple, 5 personnes interrogées sur 10 ont indiqué que l'un des obstacles rencontrés par les migrants était que les travailleurs de la santé, dans de nombreux cas, ne savaient pas comment traiter les migrants de manière appropriée ou ne comprenaient pas les problèmes spécifiques de santé et autres auxquels ils étaient confrontés. Les personnes interrogées ont également suggéré que la formation des agents de santé

au traitement approprié des besoins de santé des migrants était incohérente ou inexistante. Cette situation est exacerbée par le manque de capacités et d'offres de traitement de la santé mentale pour ce groupe..

9.2 État de santé des migrants

7 des 10 experts régionaux et continentaux interrogés ont également signalé des problèmes spécifiques liés à l'état de santé des migrants, même s'ils reconnaissent que les migrants sont généralement en meilleure santé que les non-migrants avant, pendant et après leur voyage (ce que l'on appelle " l'effet du migrant en bonne santé "). Néanmoins, en raison de leur mobilité, les migrants sont davantage exposés à certains problèmes de santé, notamment les maladies infectieuses telles que la tuberculose ou le VIH, même si les personnes interrogées ont souligné que cela était dû au fait qu'ils étaient plus susceptibles de passer par des zones transfrontalières plutôt qu'au fait qu'ils étaient des migrants. Cette situation a des répercussions tant sur la santé des migrants que sur celle, plus générale, des populations locales, et augmente les risques de stigmatisation des migrants (voir ci-dessous). La situation économique marginale de nombreux migrants peut également accroître leur vulnérabilité aux "maladies de la pauvreté" courantes telles que la diarrhée, la tuberculose et la typhoïde, exacerbées par la surpopulation et le manque d'accès aux services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans de nombreuses installations de migrants dans les pays africains. L'une des personnes interrogées, Emma Orefuwa, du Fonds d'action mondial contre les infections fongiques (GAFFI), a également fait remarquer que l'affaiblissement du système immunitaire des migrants les rend également sensibles aux infections fongiques, qui contribuent à près de 20 % des décès dans le monde.

5 personnes interrogées sur 10 dans ce groupe ont en outre indiqué que les migrants irréguliers et les personnes déplacées de force peuvent être exposés à un risque accru de complications sanitaires spécifiques, avant ou pendant leur voyage. Il peut s'agir de problèmes courants, comme la malnutrition et la déshydratation, ou de risques sanitaires associés à des sous-groupes particuliers de migrants, comme les victimes de la traite ou de l'exploitation sexuelle. L'accès aux services de santé et de droits sexuels et reproductifs (SDSR) est également plus limité pour les groupes de migrants, et les femmes migrantes en ressentent le plus les effets. En effet, une personne interrogée qui gère un centre d'accueil pour migrants africains a noté que de nombreuses femmes migrantes irrégulières originaires d'Afrique utilisaient des moyens de contraception avant de migrer, car elles s'attendaient à être violées pendant leur voyage.

Enfin, certaines personnes interrogées ont noté que la position économique et sociale marginale des migrants les rendait plus vulnérables à l'abus de substances, en particulier l'alcool, mais aussi le cannabis, la méthamphétamine (en Afrique australe) et le q t (khat) (surtout chez les migrants de la Corne de l'Afrique). Les personnes interrogées ont également souligné que l'abus de substances est souvent associé à d'autres problèmes de santé, notamment en ce qui concerne la santé mentale

9.3 Équité d'accès aux soins de santé

L'équité d'accès aux soins de santé pour les migrants et d'autres groupes est un thème récurrent des entretiens avec les experts, soulevé par 9 répondants sur 10. Toutes les parties prenantes expertes interrogées de ce groupe ont souligné la nécessité non seulement d'une couverture sociale pour les migrants (qui a eu tendance à se limiter à différents types de migrants réguliers), mais aussi de l'adoption de "planchers sociaux" minimums pour tous les groupes de la population - y compris les migrants - et en particulier pour les groupes vulnérables comme les femmes et les enfants. Comme indiqué ci-dessus, si, en théorie, les différents groupes de migrants ont accès à une couverture sociale dans de nombreux pays de transit ou de résidence, cet accès est souvent limité dans la pratique. 7 des 10 experts interrogés ont noté les restrictions auxquelles les migrants peuvent être confrontés pour accéder aux régimes d'assurance sociale, comme les critères d'éligibilité liés à la durée de résidence ou les montants minimums à payer avant de pouvoir prétendre à une indemnisation.

La question du financement et de l'investissement dans le domaine de la santé est également sous-jacente aux discussions des personnes interrogées sur l'accès des migrants aux soins de santé. 6 personnes interrogées sur 10 ont déclaré que les dépenses nationales en matière de soins de santé dans les États africains étaient faibles par rapport à d'autres parties du monde en développement. En effet, plusieurs personnes interrogées ont noté la nécessité d'un plaidoyer accru en faveur de la santé et de la santé des migrants, en particulier pour encourager les États membres de l'UA à augmenter les investissements dans la fourniture de soins de santé et les soins de santé universels. L'une des personnes interrogées, Michaela Martini de l'OIM, a suggéré qu'au Kenya, cela pourrait être facilité par l'adoption d'une approche plus intégrée de la fourniture de soins de

santé aux migrants, ainsi que par l'incorporation de frais modestes pour que les migrants puissent accéder à certains services, encourageant ainsi une extension progressive de l'accès aux soins de santé universels.

9.4 Continuité des soins

De même, 50 % de ce groupe de personnes interrogées (5 répondants sur 10) ont souligné la nécessité de renforcer la continuité des soins pour les différents groupes de migrants. Par exemple, une personne interrogée travaillant dans le domaine de la santé publique au niveau continental a noté que les lacunes en matière de continuité des soins signifiaient que si une personne bénéficiait d'un traitement gratuit contre le VIH ou la tuberculose en Éthiopie et qu'elle déménageait au Nigeria, elle devrait payer pour poursuivre son traitement, ce que de nombreux migrants ne pourront pas se permettre. En outre, outre le caractère abordable, la disponibilité des médicaments devient parfois un problème lorsque les gens traversent les frontières, ce qui peut affecter les personnes souffrant de maladies chroniques et nécessitant des prescriptions médicales régulières.

Deux personnes interrogées ont cité la continuité des soins et le partage des informations concernant la tuberculose et d'autres affections pulmonaires dans le secteur minier en Afrique australe comme un modèle de bonne pratique impliquant une coordination entre le secteur public, la société civile et le secteur privé. D'autres personnes interrogées ont fait d'autres suggestions sur la manière dont la continuité des soins et l'amélioration de la couverture sociale pourraient être réalisées pour les groupes de migrants, notamment l'adoption d'une approche de planchers sociaux pour tous les groupes de population par tous les États membres de l'UA et l'introduction d'enregistrements temporaires ou d'amnisties pour les migrants (irréguliers) pendant la pandémie actuelle de COVID-19.

En effet, dans ce qui a été décrit comme un "modèle de pragmatisme et d'humanité" par le Haut-Commissaire des Nations unies pour les réfugiés, Filippo Grandi, le président colombien Iván Duque a annoncé le 8 février 2021 l'extension d'un statut de protection temporaire de dix ans aux quelque 1,7 million de migrants vénézuéliens vivant en Colombie. Cela permettra aux migrants dans le pays d'avoir accès à un large éventail de services, y compris les programmes nationaux de vaccination COVID-19 (OIM, 2021c).

9.5 Gouvernance et intégration des politiques de migration et de santé

L'importance de renforcer la gouvernance des migrations et de la santé a été citée par 7 répondants régionaux ou continentaux sur 10. Cela s'applique à la gouvernance de différents types de flux migratoires mais (comme on pouvait s'y attendre) se concentre sur la migration de travail et les réfugiés. Les personnes interrogées ont noté que si les cadres politiques au niveau continental ou régional sur la migration et la santé étaient parfois solides (par exemple, en ce qui concerne les réfugiés en Afrique de l'Est), il était difficile d'ancrer et de rendre opérationnels ces cadres politiques au niveau national.

L'un des obstacles cités à cet égard est le manque d'orientations détaillées de la part des CER sur la manière dont les États membres devraient les rendre opérationnels et en assurer le suivi ; 5 répondants sur 10 ont souligné la nécessité d'indicateurs détaillés pour les États membres ou ont participé à l'élaboration de tels indicateurs concernant différents aspects de la migration, comme la migration de main-d'œuvre, ou le partage d'informations entre les États membres de l'UA sur les flux migratoires transfrontaliers. Toutefois, la nécessité d'un dialogue permanent entre les États sur les questions de migration et de santé a également été jugée importante. Une personne interrogée, Chimwemwe Chamdimba, de l'Agence de Développement de l'UA/NEPAD, a fait remarquer que :

"Une question urgente est le dialogue entre les gouvernements, parce qu'ils ne sont toujours pas sur la même longueur d'onde lorsqu'il s'agit de migration et de santé. Chaque pays pense qu'il aborde les questions de santé des migrants de son côté, mais cela ne fonctionne pas, cela fonctionne à peine, cela peut fonctionner de façon limitée, mais je pense qu'il doit y avoir ce dialogue honnête et ouvert sur la façon dont cela devrait être géré."

7 répondants sur 10 de ce groupe ont également appelé à une meilleure intégration des cadres politiques aux niveaux régionaux et des États membres et ont lié cela à la nécessité d'une meilleure intégration des services de santé et autres services disponibles pour les migrants au niveau national.

9.6 Intégration des soins de santé pour les migrants

6 des 10 experts régionaux et continentaux interrogés ont souligné l'importance d'adopter une approche plus intégrée pour permettre l'accès des migrants aux services de santé et autres, ainsi que la nécessité d'intégrer la santé dans d'autres domaines politiques liés à la migration (par exemple, la gestion des frontières et le dépistage sanitaire (voir ci-dessous).

Une question connexe soulevée par ces répondants est la nécessité d'intégrer les soins de santé pour les migrants dans une offre de soins de santé plus large au niveau national. Trois arguments principaux ont été déployés à cet égard : la disponibilité et la durabilité de l'offre de soins de santé, l'importance de promouvoir une plus grande équité dans l'accès, et le fait d'éviter la stigmatisation des migrants qui peut résulter de l'offre spécifique aux migrants. L'intégration des soins de santé des migrants dans les systèmes de santé nationaux et locaux a été fortement défendue par ce groupe de personnes interrogées, qui ont fait valoir que cela augmente la disponibilité des services de santé pour les migrants, réduit la duplication des prestations et est plus durable et rentable. Un exemple de bonne pratique cité à cet égard est le centre de traitement soutenu par l'OIM à Eastleigh au Kenya, qui dessert à la fois les populations migrantes et non migrantes de la région.

Par ailleurs, la fourniture de services de soins de santé aux réfugiés dans les camps de certains pays a été perçue par les personnes interrogées comme importante mais potentiellement problématique en termes d'équité d'accès. De nombreux camps se trouvent dans des régions frontalières, où les capacités du système de santé pour la population locale sont souvent limitées, de sorte que les personnes dans les camps peuvent avoir un meilleur accès aux soins de santé que les citoyens locaux. Ce problème se pose également en termes de promotion de services de santé spécialisés pour les réfugiés, souvent financés par des partenaires extérieurs. Six des dix experts régionaux et continentaux interrogés ont fait valoir que le renforcement de l'offre de services de santé pour l'ensemble de la population, en particulier dans les zones frontalières ou éloignées, auxquelles les groupes de migrants peuvent également accéder, serait plus durable et équitable à moyen terme. D'autres personnes interrogées ont souligné qu'une plus grande équité dans l'accès aux soins de santé pour les migrants et d'autres groupes, par opposition aux prestations spécifiques aux migrants, pourrait contribuer à éviter le ressentiment populaire et la stigmatisation des différents groupes de migrants.

9.7 Stigmatisation et sécurisation de la migration

Les experts régionaux et continentaux interrogés ont également identifié la stigmatisation des migrants comme une préoccupation (6 répondants sur 10). Ils ont noté que les migrants étaient vulnérables à la stigmatisation en raison de leur état de santé (c'est-à-dire parce qu'ils sont considérés comme des sources de maladie) et en raison des craintes concernant la charge accrue que les migrants peuvent faire peser sur les systèmes de santé (et les économies au sens large). C'est aussi une perception largement répandue que les migrants enlèvent des emplois à la population locale ou représentent une menace pour la sécurité ou autre. Par exemple, le cadre régional de migration de l'IGAD observe le fait que les migrants peuvent être à la fois des vecteurs de transmission de maladies à travers les frontières, mais aussi être victimes de stigmatisation et de xénophobie en raison de préoccupations sanitaires (Maru, 2019). La gestion de ces préoccupations sera donc essentielle pour garantir une sécurité sanitaire efficace.

Les parties prenantes régionales et continentales ont également souligné le rôle des discours médiatiques populaires (et populistes) concernant l'impact de la migration sur les communautés locales. Cela pourrait même saper les mesures visant à gérer plus efficacement les flux migratoires ; les personnes interrogées ont donné des exemples de la façon dont les accords bilatéraux sur la migration de la main-d'œuvre pourraient être mis en pause ou même sapés par une couverture médiatique exagérant l'afflux de migrants, ce qui peut, à son tour, encourager les migrants à utiliser des voies de migration irrégulières.

La concurrence pour des ressources limitées en matière de santé et autres signifie que l'accès des migrants aux soins de santé est susceptible d'être politisé. Les personnes interrogées ont noté que cela pouvait être une cause de ressentiment populaire envers les migrants, qui peuvent être perçus comme bénéficiant d'un traitement préférentiel dans l'accès aux soins de santé. L'une des mesures proposées par les personnes interrogées pour y remédier est l'augmentation de l'offre de soins de santé intégrés accessibles aux migrants et à d'autres groupes de population ; une autre mesure consiste en des campagnes de sensibilisation dans les communautés locales sur les avantages sanitaires plus larges de l'extension de l'accès aux soins de santé aux migrants.

Un thème connexe qui ressort des entretiens avec ce groupe est la sécurisation de la migration. Ce thème comporte deux aspects distincts ; 5 des 10 personnes interrogées ont souligné le premier, à savoir l'importance de la migration pour la sécurité sanitaire. Pour reprendre les termes d'une personne interrogée, "les maladies ne respectent pas les frontières et ne s'annoncent pas aux postes frontières". Les personnes interrogées ont souligné la nécessité de mettre en place des mécanismes solides de surveillance transfrontalière des maladies ; et certains réseaux solides de surveillance des maladies infectieuses fonctionnent sur le continent (voir la section sur les bonnes pratiques à l'annexe II : Exemples de bonnes pratiques ci-dessous).

Plus précisément, en ce qui concerne la pandémie actuelle de COVID-19, le Partenariat pour une réponse fondée sur des preuves au COVID-19 des CDC d'Afrique observe également que la xénophobie envers les étrangers a été enregistrée dans de nombreux États africains (Partenariat pour une réponse fondée sur des preuves au COVID-19, 2020). Certains éléments indiquent également que les États peuvent chercher à utiliser les règlements d'urgence COVID-19 pour mener des politiques plus restrictives à l'égard des migrants ainsi que d'autres groupes (Orcutt et al., 2020 ; Zanker & Moyo, 2020).

Le deuxième aspect lié à la sécurisation concerne les préoccupations sécuritaires à l'égard des migrants, même si peu d'experts régionaux et continentaux interrogés ont fait directement référence à cet aspect. Cette tendance peut être observée dans la manière dont certains États membres de l'UA ont exprimé des réserves sur la libre circulation, principalement en raison de problèmes de sécurité, et dont certains pays ont retardé la mise en œuvre et renforcé la sécurisation de leurs frontières. Un bon exemple est la frontière entre la Somalie et le Kenya et la demande de la Somalie de rejoindre la CAE en 2019, que les membres de la CAE ont rejetée après avoir échoué à remplir ses critères d'éligibilité (Mutambo, 2019).¹¹

9.8 L'importance du dépistage sanitaire pour les groupes de migrants

Parallèlement à la tendance croissante à la mobilité intracontinentale en Afrique, voire à la migration intercontinentale de l'Afrique vers l'Europe, les pays de transit et de destination accordent une attention croissante au dépistage sanitaire des migrants. Cette question a été soulevée par 5 des 10 experts régionaux interrogés, qui ont noté que les migrants réguliers/travailleurs de l'Afrique vers l'Europe (ainsi que vers certains autres États africains) doivent souvent se soumettre à un examen de santé dans le cadre de leur processus de visa ou de régularisation. Les personnes interrogées s'accordent à dire que, bien qu'il s'agisse d'une bonne pratique du point de vue de la sécurité sanitaire/biosécurité (notamment parce que des agents pathogènes tels que la tuberculose peuvent être extrêmement infectieux et coûteux à traiter s'ils ne sont pas détectés), si elle n'est pas traitée avec tact, elle peut alimenter les discours médiatiques et populistes négatifs sur les migrants, risquant ainsi de les stigmatiser (davantage).

9.9 Gérer la "fuite des cerveaux" des professionnels de la santé

Enfin, l'émigration de professionnels de santé qualifiés est une question récurrente dans la littérature et a été soulevée dans 6 des 10 entretiens avec des experts. C'est également une préoccupation soulevée par les répondants au Kenya, au Nigeria et en Afrique du Sud (voir les sections sur les pays ci-dessous). Il s'agit d'un problème systémique à long terme pour de nombreux États africains, qui peinent à retenir le personnel médical qualifié en raison de l'absence de rémunérations et de formations attrayantes, en particulier pour les professionnels de la santé des zones rurales ou reculées. Comme l'a noté l'une des personnes interrogées, le Dr Ahmat de l'OMS, cette tendance existante a été exacerbée par la pandémie de coronavirus, les États européens, l'Australie, les États-Unis et même le Japon ayant cherché à recruter des professionnels de la santé africains pendant la pandémie.

Parmi les propositions formulées par les personnes interrogées pour remédier à cette situation, on peut citer l'adoption par les États membres de l'UA d'une approche plus coordonnée en réponse à ces campagnes de recrutement, la mise en place de programmes interafricains de migration qualifiée pour les professionnels de

11. Il convient également de noter à cet égard que certaines communautés africaines de migrants et de la diaspora soutiennent les conflits ou les insurrections dans leurs pays et régions d'origine par le biais d'un soutien matériel (par exemple, des transferts de fonds) aux différentes factions impliquées. Par conséquent, il est important de reconnaître et d'atténuer ces préoccupations pour les EM afin de s'assurer que les préoccupations sécuritaires concernant les migrants ne compromettent pas l'amélioration de la sécurité sanitaire - des populations mobiles, ainsi que des communautés locales - et l'amélioration de l'accès aux services de santé.

la santé, la coopération Sud-Sud en matière de formation des travailleurs de la santé, et des mesures incitatives visant à promouvoir la rétention des travailleurs de la santé dans les zones éloignées et transfrontalières. Un exemple cité est celui du Soudan, qui a mis en place des programmes bilatéraux de formation du personnel de santé avec le Qatar, dans le but de développer une capacité de formation des professionnels de la santé plus durable dans le pays.

10 Discussion des résultats de l'étude

Discussion des résultats continentaux et régionaux

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, les résultats des entretiens avec les informateurs clés des parties prenantes continentales et régionales ont montré une cohérence considérable autour des questions clés identifiées et des recommandations pour y répondre. D'une part, cela reflète probablement une compréhension commune - et un discours commun - parmi ce groupe de parties prenantes expertes. Nombre de leurs évaluations et recommandations de politiques et de programmes ne représentent pas nécessairement une rupture radicale avec les politiques et pratiques existantes dans le secteur. Elles suggèrent plutôt des changements progressifs potentiels pour améliorer la santé des migrants et renforcer les systèmes de santé généraux disponibles dans les États membres de l'UA.

Réduire les obstacles à l'accès et accroître l'équité dans les soins de santé pour les migrants Les soins de santé en Afrique ont été une préoccupation majeure pour les experts régionaux et continentaux interrogés. Les deux principaux obstacles identifiés à cet égard concernent l'accès des migrants à la couverture/protection sociale et (point connexe) le statut des migrants en matière de documentation (voir ci-dessous). Les experts interrogés au sein de ce groupe étaient unanimes pour dire que la couverture sociale devrait être étendue pour inclure différents groupes de migrants, la plupart d'entre eux estimant que les États membres de l'UA devraient adopter une approche de "planchers sociaux" pour accroître l'accès universel aux soins de santé.

La nécessité d'une plus grande cohérence politique entre la migration et la santé est également une préoccupation récurrente des personnes interrogées au niveau continental et régional, soulevée par 7 répondants sur 10. En revanche, ce point n'a été soulevé que par trois répondants au niveau national. Cela ne signifie pas pour autant qu'il ne s'agit pas d'un sujet de préoccupation aux niveaux nationaux ; en revanche, cette question a peut-être été formulée de manière légèrement différente concernant le besoin de soins de santé intégrés (5 répondants sur 21).

L'écart entre la politique et la mise en œuvre au niveau national est une question connexe. La plupart des répondants de ce groupe ont affirmé que l'UA et les CER avaient un rôle essentiel dans le leadership et l'expertise continentale et régionale en matière de migration et de santé. Cela inclut la formulation de politiques et le leadership politique, la recherche et le plaidoyer sur la migration et la santé, ainsi que la fourniture de conseils détaillés sur la santé des migrants et le partage des meilleures pratiques. Par exemple, le Comité consultatif sur la migration de main-d'œuvre (LMAC) de l'UA a récemment publié une série de notes d'orientation sur l'impact de la COVID-19 sur la migration en Afrique (JLMP, 2020a, 2020b).

Discussion des résultats par pays

Il y a étonnamment peu de différence entre l'accès aux services de santé et les résultats obtenus par les femmes et les hommes interrogés au Kenya. Bien qu'il y ait une différence significative dans le fait que beaucoup moins de femmes interrogées déclarent que tous leurs besoins ont été satisfaits, elles sont plus ou moins à égalité avec leurs homologues masculins dans tous les autres aspects de l'enquête et peuvent améliorer leur état de santé autoévalué pendant leur séjour au Kenya également. Des recherches supplémentaires pourraient permettre de déterminer quels sont les besoins des femmes qui n'ont pas été satisfaits et comment combler cette lacune. Il est possible que l'échantillon interrogé au Kenya soit trop homogène pour que l'on puisse détecter des différences claires en fonction du sexe.

A l'instar de l'approche non discriminatoire et libre du Centre de bien-être communautaire d'Eastleigh géré par l'OIM, le programme des agents de santé communautaires s'adresse à tous les habitants d'une communauté donnée. Comme il est rare de trouver des migrants en dehors des camps de Kakuma et de Dadaab ou de la zone métropolitaine de Nairobi, ce programme bénéficie principalement aux Kenyans, mais il reste fondamentalement ouvert à tous. Les établissements de santé étant souvent très éloignés les uns des autres, ces volontaires apportent une contribution inestimable aux besoins sanitaires de base des populations dans leurs communautés. Toutefois, à ce jour, seules 6 000 des 10 000 communautés ciblées bénéficient d'un nombre suffisant de volontaires. Le gouvernement kenyan pourrait augmenter ce nombre en aidant certains districts à financer les primes d'encouragement aux volontaires.

Au Nigeria, la plupart des migrants se sont dit préoccupés par leur santé mentale, ce qui contraste avec les personnes interrogées au Kenya et en Afrique du Sud, qui ont déclaré que la COVID-19 était leur préoccupation sanitaire la plus urgente. Cela pourrait s'expliquer, en partie, par le mode de vie trépidant décrit par certains répondants au Nigeria par rapport à leur pays d'origine. Cependant, une autre explication plausible réside dans la gravité réelle (et perçue) de la pandémie de COVID-19 : en novembre 2020, lorsque les données ont été recueillies dans les trois pays, le nombre total de décès pour 100 000, spécifique au COVID-19, était beaucoup plus faible au Nigeria (0,53 le 1er novembre et 0,54 le 30 novembre) que celui du Kenya (2,0 le 1er novembre et 2,9 le 30 novembre), et radicalement inférieur à celui de l'Afrique du Sud (34,8 le 1er novembre et 38,7 le 30 novembre), avec des tendances similaires pour le nombre d'infections quotidiennes (chiffres tirés de l'IHME (2020e)). Alors que les chiffres réels auraient pu être beaucoup plus élevés en raison d'une capacité de test plus faible et d'une sous-déclaration (de Vrieze, 2020), le fait que le Nigeria ait relativement bien réussi à lutter contre la pandémie a été attribué à l'expérience du pays dans la lutte contre Ebola, qui a présenté dans un verrouillage précoce et strict en avril 2020, des transferts d'argent liquide aux citoyens à faible revenu et l'adhésion aux restrictions qui ont été illustrées par les dirigeants du pays (Priborkin, 2020).

Selon Chikwe Ihekweazu, directeur du Centre nigérian de contrôle des maladies, le fait que les gens perçoivent le virus comme un moindre fardeau que dans d'autres parties du monde peut être attribué au fait que les Nigériens doivent faire face à de nombreuses autres difficultés dans leur vie quotidienne (de Vrieze, 2020), considérant donc le virus comme "un problème comme un autre." Cette présomption pourrait être étudiée plus en profondeur en générant des données plus qualitatives sur la façon dont les migrants vivant au Nigeria perçoivent la menace de la pandémie en cours, grâce à un ensemble de questions plus détaillées autour de COVID-19. Cependant, elle souligne la nécessité d'adapter les mesures sanitaires à des contextes différents.

En Afrique du Sud, un système de santé de bonne qualité permet de dispenser des soins pour tous à un coût généralement faible, ce qui garantit généralement un très bon état de santé. Toutefois, la mise en œuvre des politiques présente des lacunes. D'une part, les individus tentent de profiter de la méconnaissance du système. D'autre part, certains domaines ont été négligés par le système, par exemple les naissances ou les faiblesses dans la demande de documents. Toutefois, ces résultats sont basés presque exclusivement sur des enquêtes menées dans les zones urbaines. Il est probable que la qualité et les soins sont moins bons dans les zones rurales, que les besoins diffèrent et que d'autres maladies sont plus répandues. Si le fait que le rapport se concentre sur les migrants urbains, ce qui permet d'obtenir un échantillon plus large, constitue une force, le fait que les migrants ruraux n'aient pas été pris en compte peut également être considéré comme une faiblesse.

En RDC, les migrants sont confrontés à un système de santé présentant plusieurs faiblesses : le personnel n'est pas toujours formé de manière optimale, et les infrastructures du pays (par exemple, les routes) ou des hôpitaux (par exemple, le téléphone et la connexion Internet) ne sont pas toujours garanties. En outre, le vide juridique exacerbe les situations pour les groupes vulnérables, par exemple, les femmes sont exposées à un risque élevé de violence liée au sexe, et les travailleurs informels dans les mines sont souvent particulièrement vulnérables en raison des faibles normes de sécurité. Il faudra beaucoup d'efforts pour s'attaquer à des problèmes aussi fondamentaux. L'État doit faire davantage respecter les compétences. Un soutien financier pourrait accélérer ce processus.

Le Maroc a pris un nouveau cap dans son approche de la gouvernance des migrations, reconnaissant que le pays, qui était principalement un pays de transit pour les migrants subsahariens en route vers l'Europe, est devenu un important pays de destination. En ce qui concerne la santé des migrants, le Maroc pourrait s'appuyer sur les progrès réalisés jusqu'à présent pour améliorer le paysage politique et poursuivre l'adoption de sa politique annoncée en matière de migration et de santé, en plus d'une proposition de loi sur l'asile et la migration.

Discussion sur les groupes de migrants (vulnérables)

La plupart des personnes interrogées dans les trois pays ont déclaré être en bonne santé dans l'ensemble. Cette situation peut être attribuée à l'effet "migrant en bonne santé", mais il est plus probable qu'elle soit liée au statut juridique et professionnel des personnes interrogées. Dans les trois pays, la majorité des personnes interrogées étaient salariées ou indépendantes, ce qui signifie qu'elles étaient autorisées à accéder à certains soins de santé et qu'elles pouvaient se le permettre. Ce n'est pas nécessairement le cas pour différents groupes de migrants dans d'autres pays africains, et cela suggère que l'élargissement de la couverture sociale favorise l'amélioration des résultats en matière de santé pour les migrants de toutes catégories.

Cela montre également l'importance de l'emploi et des moyens de subsistance pour maintenir et améliorer la santé. Si les voies de régularisation des migrants en Afrique ne sont pas facilitées, beaucoup se sentiront obligés d'entreprendre des voyages difficiles et dangereux en tant que migrants irréguliers, avec les impacts négatifs qui en découlent sur leur santé ainsi que sur la santé publique en général.

Bien que les travailleurs migrants réguliers soient, en principe, mieux à même d'accéder aux services de santé que les migrants en situation irrégulière, ils peuvent néanmoins rencontrer plus de difficultés que les citoyens. Par exemple, les régimes d'assurance exigent parfois des critères d'éligibilité fondés sur la durée de résidence ou des montants minimums à verser avant de pouvoir prétendre aux prestations. Dans certains cas, les travailleurs migrants peuvent également bénéficier de régimes d'assurance par l'intermédiaire de leur employeur. Parallèlement, dans certains secteurs comme l'industrie minière, les travailleurs migrants sont souvent confrontés à des conditions de vie difficiles, ce qui peut les exposer à des risques plus élevés de contracter des maladies, par exemple, en raison de conditions de vie souvent surpeuplées. Pour améliorer les conditions de travail générales et promouvoir la santé et la sécurité au travail, une approche prometteuse consiste à renforcer l'(auto-)défense des travailleurs migrants, par exemple en soutenant les syndicats de travailleurs qui sont ensuite invités à participer à l'élaboration des politiques et à la prise de décision.

Dans le contexte kenyan, la plupart des réfugiés sont très dépendants des soins de santé fournis dans les camps de Kakuma et de Dadaab. Ils ont peu de marge de manœuvre pour gérer cette situation par eux-mêmes en raison de la politique de campement. La clinique de l'OIM à Eastleigh a montré une approche intéressante d'un modèle plus intégré de soins de santé. Les ressortissants nationaux et les migrants reçoivent des soins sans frais. Cette approche financée par les donateurs n'est pas encore autosuffisante en soi. Si le gouvernement du Kenya et ses partenaires comme l'OIM ou le HCR pouvaient augmenter le nombre de personnes inscrites au NHIF, ces installations pourraient potentiellement devenir des modèles autosuffisants.

Les migrants irréguliers font état d'un accès plus difficile aux soins de santé, ce qui se traduit par un état de santé moins bon. Le plus souvent, leur santé est financée par le gouvernement plutôt que par eux-mêmes. Par conséquent, le traitement des documents peut améliorer la santé (ce qui se reflète également dans une auto-évaluation de l'état de santé) et réduire les charges financières du gouvernement. Les pays peuvent souhaiter suivre une initiative colombienne de régularisation des migrants ayant un statut de protection de dix ans (OIM, 2021c). Cependant, le renforcement de ces capacités nécessiterait probablement aussi un soutien international supplémentaire.

Deux campagnes de régularisation menées au Maroc en 2014 et 2017 ont permis la régularisation de quelque 50 000 migrants. Ces campagnes s'inscrivent dans le cadre de la nouvelle approche de la migration, axée sur les droits de l'homme, que le Maroc a initiée en 2013 avec sa Stratégie nationale pour l'immigration et l'asile (2013), qui a été saluée par la communauté internationale (OIM, 2015b). Ces développements sont encourageants, surtout si l'on considère que la loi 02-03 n'a pas été révisée depuis son introduction en 2003 et qu'elle a été critiquée comme cherchant principalement à prévenir la migration illégale et la migration et à " légitimer l'expulsion des migrants du pays " (Baida, 2019, p. 100). Le Maroc pourrait également être en mesure de partager l'expertise qu'ils ont acquise avec d'autres EM de l'UA.

Les femmes migrantes ont moins bien noté l'accès à la santé et la qualité des systèmes de santé que les hommes, même si, avec une variance moyenne de 0,1 point de pourcentage, cette différence est très légère. Par conséquent, cette évaluation inférieure de l'accès et de la qualité pourrait expliquer pourquoi leur état de santé auto-évalué augmente moins dans le nouveau pays de résidence. Si d'autres variables explicatives peuvent expliquer en partie cet effet, il suggère également que les besoins des femmes en matière de santé sont différents et ne sont pas toujours satisfaits de manière adéquate.

On peut citer comme exemples le besoin de soins gratuits lors de l'accouchement en Afrique du Sud et le traitement de la violence liée au sexe en RD Congo. Souvent, les lacunes proviennent d'une sous-représentativité des femmes dans les données et donc d'un manque de preuves pour l'élaboration des politiques (Criado Perez, 2019). Avec 489 femmes pour 461 hommes dans l'enquête (15 personnes n'ont pas répondu à cette question), ce problème a été atténué dans le cadre de cette étude. Néanmoins, il est probable que tous les besoins de santé particuliers des femmes ne soient pas identifiés, ce qui pourrait être résolu en fixant un axe de recherche uniquement sur cette question.

Lorsqu'une personne est confrontée à des vulnérabilités multiples, une discrimination intersectionnelle peut se produire. Cela conduit à une vulnérabilité qualitative d'un peuple ou d'un groupe. Dans le contexte de la recherche, les femmes sans-papiers pourraient en être l'exemple potentiel. Des preuves de ce phénomène ont été observées au Nigeria, où les femmes sans-papiers ont évalué leur accès à la santé et leur état de santé plus bas que les hommes, ce qui suggère que les femmes sans-papiers sont confrontées à une

discrimination intersectionnelle. Au contraire, en Afrique du Sud, les femmes sans-papiers avaient un meilleur accès et un statut de santé égal. Cela pourrait s'expliquer par l'accès théorique à la santé en Afrique du Sud, quel que soit le statut de résidence. Cependant, le fait d'avoir des papiers a un impact positif sur l'accès aux soins de santé en général, et des recherches plus approfondies sont donc nécessaires pour déterminer les facteurs sous-jacents.

Discussion sur les besoins de santé thématiques

Les migrants ont des besoins sanitaires distincts en fonction de leur statut juridique et de leur parcours migratoire. Pourtant, l'absence de collecte de données systématique et solide rend beaucoup plus difficile pour les décideurs politiques de les reconnaître et de développer et mettre en œuvre des programmes de santé efficaces ciblant les besoins sanitaires des migrants.

Parmi les questions fréquemment soulevées par les répondants figurent l'équité d'accès aux soins de santé pour les migrants et la couverture sociale. Ces questions revêtent une importance particulière lorsque l'on considère l'offre de soins de santé aux migrants, étant donné que les migrants sont souvent insuffisamment inclus dans les régimes de sécurité sociale et qu'en raison de leurs schémas de déplacement (par exemple, dans le cas de la migration circulaire), la continuité des soins (et la couverture des coûts de traitement) dans différents pays est vitale.

En particulier en période de crise sanitaire mondiale, cela nécessite l'introduction, au moins temporaire, de l'enregistrement ou de l'amnistie pour les migrants en situation irrégulière (voir les campagnes de régularisation au Maroc et en Colombie). Toutefois, à long terme, les soins de santé devraient être mis à la disposition de chaque personne vivant dans un pays, ce qui pourrait être réalisé en proposant une politique d'assurance santé globale qui couvrirait à la fois les citoyens et les migrants.

Les responsables et les prestataires de santé des trois pays ont également souligné l'importance d'une offre intégrée de soins de santé pour les migrants et les citoyens, bien que moins souvent que les répondants au niveau régional ou continental (5 répondants sur 21, soit 29 % de ce groupe, contre 6 sur 10 des répondants régionaux/continentaux).

La continuité des soins de santé et des traitements pourrait être assurée par des passeports sanitaires ou des recettes médicales à validité internationale. Cela nécessiterait des capacités plus élevées des systèmes de santé dans les régions comptant de nombreux migrants. Dans le même temps, le financement devrait être clarifié. Un point de départ potentiel pour des améliorations peut passer par la reconnaissance de la santé comme une nécessité clé des migrants dans l'initiative des régions frontalières (PNUD, 2021).

L'étude de cadrage a identifié de nombreux défis dans la fourniture de services de santé aux migrants, notamment la faiblesse des systèmes de santé, l'inégalité d'accès, le manque d'installations sanitaires et WASH (en particulier dans les endroits éloignés) et l'insuffisance du dépistage sanitaire. Bon nombre de ces défis ont été confirmés par les données d'enquête des trois pays étudiés, mais en même temps, il est intéressant de noter que les personnes interrogées ont généralement attribué une note assez élevée à la disponibilité, à l'accessibilité et à la qualité des services de santé disponibles, bien que dans le cas du Kenya cela ait été peut-être plus nuancé.

Les données de l'étude analytique suggèrent que plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de cette disparité:

1. Les trois sites de recherche se trouvaient dans des centres urbains où la densité des services de santé disponibles est plus élevée que dans les zones rurales ou éloignées.
2. Les perceptions de la qualité (et, dans une moindre mesure, de l'accessibilité) sont relatives, et de nombreux migrants dans les trois pays ont quitté des régions et des pays d'origine où la disponibilité et la qualité des services de santé sont beaucoup plus faibles.
3. Une fois que les gens ont effectivement été confrontés à des complications de santé, leur perception de la qualité et de l'accessibilité a diminué. Les connaissances sur ces faits peuvent donc être inexactes.

Des mécanismes robustes de surveillance des maladies favoriseraient la sécurité du point de vue de la santé et, dans le même temps, pourraient contribuer à réduire l'idée que la migration exacerbe l'état de santé général. Ces efforts pourraient être complétés par des programmes éducatifs destinés aux migrants eux-mêmes afin de limiter la propagation des maladies transmissibles par la migration et aux communautés d'accueil afin de démanteler les préjugés dominants.

Le besoin de personnel formé et spécialisé pour fournir des services de santé atteint un niveau sans précédent, surtout en cas de crise sanitaire mondiale. Pour contrecarrer les niveaux élevés d'émigration de personnel de santé qualifié, il convient d'adopter des approches coordonnées pour répondre de manière adéquate à ces facteurs de recrutement, et d'envisager l'expansion des programmes de migration qualifiée interafricains.

Discussion sur les obstacles

Les responsables nationaux et les prestataires de soins de santé interrogés partagent les mêmes préoccupations quant à la réduction des obstacles à l'accès aux soins de santé pour les migrants (12 répondants sur 21, contre 8 répondants régionaux/ continentaux sur 10). Comme on pouvait s'y attendre, les obstacles (dans un sens non spécifique) ont également été cités le plus souvent par les migrants interrogés dans les trois pays (11 des 12 personnes interrogées et 3 groupes de discussion avec des migrants).

Parmi les principaux obstacles identifiés par les répondants aux entretiens et aux groupes de discussion au niveau national, toutes catégories confondues, figure le coût des soins de santé (évoqué par 8 répondants sur 34, soit 24 % des répondants aux entretiens), ce qui est cohérent avec les 30 % de répondants continentaux et régionaux qui ont cité les obstacles comme une préoccupation. Il est peut-être compréhensible que le coût soit une préoccupation plus importante pour les migrants interrogés, 6 sur 12 le citant comme un obstacle. Les aspects financiers n'étaient pas vraiment au centre de l'enquête. Néanmoins, les personnes interrogées n'ont cessé d'y faire allusion. Plus de la moitié ont répondu qu'ils payaient en partie leurs soins de santé.

Le financement des soins de santé est un sujet controversé dans de nombreux États africains, car il implique de prendre des décisions difficiles concernant l'allocation et la hiérarchisation de ressources limitées et met en lumière la capacité des États africains à générer les recettes nécessaires pour payer les services publics ; ces deux aspects ont clairement des dimensions politiques. En outre, si les arguments selon lesquels les États membres de l'UA devraient augmenter leurs dépenses publiques en matière de santé afin de s'aligner sur les pays en développement dans d'autres régions du monde ne sont pas nouveaux, il ne sera pas facile d'y parvenir en termes pratiques, étant donné les pressions budgétaires multiples et concurrentes à l'œuvre dans tous les États membres de l'UA.

Toutefois, comme l'ont noté plusieurs experts interrogés, l'amélioration de l'accès des migrants aux soins de santé - et en fin de compte de leur santé - est également susceptible d'avoir un impact positif plus large sur la santé de la population. Les exigences relatives aux permis de séjour et autres critères d'éligibilité peuvent limiter à la fois l'accès aux régimes d'assurance sociale et la capacité des migrants à y cotiser. C'est pourquoi une extension de la couverture sociale est recommandée. Le fait de savoir que la santé des migrants est essentielle à la santé de la population pourrait aider à communiquer la nécessité de telles mesures à l'ensemble de la population et à lutter contre la stigmatisation potentielle des migrants.

Une autre question connexe fréquemment identifiée est celle du statut des documents (12 sur 34 ou 35 % de tous les répondants au niveau national ; 9 sur 10 répondants continentaux ou régionaux lors des entretiens) ; les répondants ont réitéré l'importance centrale des documents pour permettre l'accès aux services de soins de santé et aux régimes nationaux d'assurance sociale. Cette question était la plus importante en Afrique du Sud, car l'échantillon était centré sur les migrants irréguliers dans ce pays. Les travailleurs de la santé ne pouvaient pas les admettre dans les hôpitaux, et les personnes sans papiers ont jugé l'accès aux soins de santé plus faible que les personnes possédant des documents (voir migrants en situation irrégulière). En outre, les obstacles administratifs se posent en l'absence de documents et sont fréquemment mentionnés par les répondants (n = 61 dans tous les pays). Pour s'attaquer à cette cause fondamentale de la dégradation de la santé, il faut une volonté politique forte. Potentiellement, une régularisation temporaire pour une certaine période ou pour un groupe local (par exemple, les nomades) peut constituer un moyen d'étendre durablement la couverture sociale à court ou moyen terme.

De même, un large consensus s'est dégagé des entretiens sur le fait que l'amélioration de l'accès aux documents pour les migrants, même si ce n'est que temporairement pour la pandémie actuelle, améliorerait considérablement l'accès des migrants à la santé, et donc les résultats sanitaires pour les migrants en général. De toute évidence, ce point est principalement pertinent pour les sous-groupes de migrants dépourvus de statut et/ou de documents. Néanmoins, il y a aussi une remarque plus large à faire sur la façon dont la régularisation des migrants peut réduire la charge de la santé pour l'État, car les données de cette étude suggèrent fortement que les migrants régularisés/documentés (et les réfugiés) sont plus susceptibles de payer une part plus importante de leurs coûts de santé que ceux qui n'ont pas de documents.

Les barrières linguistiques ont également été évoquées par 18 des 34 personnes interrogées au niveau national, bien que les fonctionnaires et les agents de santé aient été plus nombreux à soulever ce problème (15 sur 21 personnes interrogées) que les migrants eux-mêmes (4 sur 12 personnes interrogées). La plupart de ces réponses (15 sur 18) ont été regroupées au Kenya et au Nigeria. Au contraire, ce sont surtout les migrants d'Afrique du Sud qui ont cité cette restriction. Bien sûr, cette question est plus importante lorsque les pays voisins ne partagent pas la même langue et dépendent fortement des migrants et du personnel de santé qui partagent potentiellement une seconde langue. En Afrique du Sud, il a été mentionné à l'occasion que le personnel a commencé à apprendre de nouvelles langues. Si les solutions individuelles sont appréciées, une macro-solution serait un système d'information multilingue mis à disposition par des applications numériques ou des brochures analogues dans les centres de santé.

Un autre aspect fréquemment évoqué concerne la sécurisation de la migration, que l'on peut observer dans les pays qui sécurisent davantage leurs frontières, par exemple lorsque les migrants sont perçus comme des menaces potentielles pour la sécurité et des vecteurs potentiels de maladies d'un pays à l'autre. Dans le même temps, ces récits peuvent conduire à une stigmatisation continue des migrants en tant que vecteurs de maladies, alimentant ainsi les sentiments xénophobes déjà partagés par certaines communautés d'accueil. Si certains éléments présentés dans l'étude de cadrage et confirmés par les personnes interrogées montrent que les restrictions liées à la pandémie touchent les migrants, les restrictions aux frontières affectant les travailleurs migrants, peu d'éléments suggèrent que les préoccupations relatives à la migration et à la santé conduisent à des politiques et programmes plus restrictifs à l'égard des migrants.

Les personnes interrogées dans les trois pays où la collecte des données primaires a eu lieu ont également déclaré avoir été victimes de stigmatisation, de xénophobie ou de discrimination dans l'accès aux services de santé en tant que migrants. Si cette situation reflète malheureusement les opinions négatives et les stéréotypes sur les migrants que l'on retrouve dans de nombreux États africains, elle constitue également un obstacle à l'accès aux services de santé et à l'accès aux soins.

11 Conclusion et recommandations

La migration s'est avérée importante pour le développement social et économique dans la plupart, sinon la totalité, des États africains, tant par la contribution des migrants aux économies locales que par le soutien qu'ils apportent aux membres de leur famille dans les pays d'origine par le biais de leurs envois de fonds. Au moins 50 % des envois de fonds des migrants sont utilisés pour couvrir les dépenses vitales des ménages, y compris les services de santé (OIM, 2019e). Cela signifie que la migration et la santé continueront d'être des domaines de plus en plus importants pour les décideurs et les praticiens africains.

En outre, un plus grand accès à l'information - y compris l'information en temps réel sur les itinéraires et les défis potentiels ainsi que les tropes culturels et médiatiques idéalisés sur la vie dans d'autres pays - continue de nourrir les rêves des jeunes en Afrique qui peuvent se sentir, pour reprendre l'expression de Pankaj Mishra, "confinés dans l'antichambre de la modernité", contraints de chercher ailleurs de meilleures opportunités économiques, éducatives et autres (Mishra, 2015).

Bien que les récentes restrictions de voyage et les blocages économiques aient ralenti cette tendance pour le moment, la perspective de vaccins viables en 2021 promet un retour aux niveaux antérieurs de voyages transfrontaliers et d'activité économique. Les moteurs de la migration en Afrique - économiques, environnementaux et politiques - ne peuvent qu'augmenter dans les décennies à venir, et permettre une plus grande mobilité en Afrique sera essentiel pour réaliser l'Agenda 2063 de l'UA.

Comme le montre cette étude, il est important de ne pas supposer que la migration a des effets négatifs sur la santé : la majorité des personnes interrogées ont déclaré être en bonne santé. Il existe également un lien entre la santé des migrants et leur richesse. Les migrants en bonne santé sont plus aptes à travailler (que ce soit dans l'économie formelle ou informelle), et la participation économique des migrants augmente leur capacité à payer les services de santé. Cependant, l'étude a également montré que les migrants de tous types sont confrontés à de multiples obstacles pour accéder à la santé.

L'état des systèmes de santé africains, qui ont souffert d'un sous-investissement historique, et les efforts des États membres de l'UA pour étendre le système de santé universel font également partie de cette équation. On pourrait et devrait faire davantage pour étendre les soins de santé universels aux migrants, quel que soit leur statut, en adoptant un modèle de "planchers sociaux".

Il est donc d'autant plus urgent pour les États membres de l'UA de combler les lacunes de leurs cadres politiques et de leurs programmes de santé en ce qui concerne la santé des migrants. Bien que les différents groupes de migrants puissent être confrontés à des défis sanitaires et à des résultats très différents en raison de leurs parcours migratoires, il est clair que l'amélioration de l'accès à la santé pour tous les groupes de migrants - réfugiés (et personnes déplacées), migrants réguliers et irréguliers - est importante pour la santé publique en général dans les États africains.

Cette étude sur la migration et la santé en Afrique a montré à la fois les défis sanitaires auxquels les migrants et les États africains sont confrontés en raison de la migration, mais aussi qu'il existe un réservoir d'expertise et de bonnes pratiques en matière de migration et de santé en Afrique qui peut être appliqué à l'ensemble du continent pour relever ces défis.

Recommandations

Sur la base des résultats des phases d'étude de champ et d'étude analytique de ce projet, l'équipe de recherche formule les recommandations suivantes. Celles-ci concernent des actions supplémentaires au niveau de la mise en œuvre des programmes et des politiques afin d'accroître la cohérence des politiques en matière de migration et de santé et d'améliorer les résultats sanitaires pour les migrants (ainsi que pour la population en général) dans les pays d'origine, de transit et de destination (voir également le cadre conceptuel de cette étude présenté au chapitre 1):

Couverture sociale des migrants réguliers	Terme	Acteurs
Bien que les migrants réguliers / travailleurs résidant dans les États membres de l'UA puissent en principe avoir accès aux services de santé comme les ressortissants nationaux, dans la pratique, ils ne bénéficient pas de la même égalité/équité d'accès aux services de santé que les autres groupes. Les mesures potentielles pour aider à résoudre ce problème comprennent:		

- Les gouvernements des EM de l'UA doivent travailler avec le secteur privé pour réduire les critères d'éligibilité à l'assurance sociale ou à la couverture sociale (par exemple, la durée de résidence, les montants minimums à verser) pour permettre à davantage de migrants d'accéder à l'assurance sociale et aux soins de santé.

Court terme

EM

Santé des réfugiés

Terme

Acteurs

Les mesures potentielles pour aider à relever les défis sanitaires permanents associés à ce groupe ainsi que pendant la pandémie actuelle de COVID-19 comprennent :

- Les gouvernements et les partenaires humanitaires devraient allouer des ressources accrues pour renforcer la capacité des services de santé et WASH dans les camps et la fourniture de fournitures médicales et d'équipements de protection.
- Les campagnes de promotion de la santé ciblant les réfugiés doivent être mises en œuvre avec des conseils pratiques pour minimiser les risques d'infection et de transmission.
- Les autorités sanitaires et les agences humanitaires doivent investir dans les capacités de dépistage sanitaire dans les camps et les installations, ainsi qu'aux points de passage frontaliers.

Court terme

EM,
partenaires
humanitaires

Court terme

EM, CER,
UA

Courte à
Intermédiaire

EM,
partenaires
humanitaires

Santé des migrants irréguliers

Terme

Acteurs

Les solutions potentielles pour aider à surmonter les défis spécifiques rencontrés par ce groupe comprennent:

- Les gouvernements devraient envisager de mettre en œuvre des programmes d'enregistrement temporaire & des amnisties pour les migrants irréguliers à haut risque de transmission afin d'accroître l'accès aux services de santé et au dépistage, en particulier pendant la pandémie actuelle de COVID-19.
- Permettre des applications numériques pour l'enregistrement et/ou la mise à jour des documents pour les processus de migration légale, en particulier pendant la pandémie actuelle avec la fermeture de certains bureaux gouvernementaux, améliorerait l'accès aux services de santé pour les migrants et permettrait une plus grande couverture sociale
- Une plus grande coordination des soins de santé est nécessaire entre les prestataires publics, privés et de la société civile pour assurer une meilleure couverture sanitaire des migrants et des réfugiés en développant des programmes thématiques transversaux.
- Les gouvernements devraient envisager d'élaborer des politiques de santé qui vont au-delà de la couverture sociale pour fournir des "seuils sociaux" minimums à l'ensemble de la population.

Court terme

EM

Court à
Moyen terme

EM,
CUA

Moyen terme

- EM, CUA,
CER, Org.
internationales,
prestataires de
services de santé

Moyen a long
terme

EM

Meilleures données sur la santé des migrants

Terme

Acteurs

- L'UA doit envisager de développer des conseils spécialisés pour les EM de l'UA sur l'adoption d'une approche systématique et d'indicateurs communs pour collecter, analyser et partager les données sur la santé des migrants.
- Les gouvernements et les partenaires internationaux doivent envisager d'investir dans le renforcement des capacités des États membres de l'UA pour améliorer la collecte de données, notamment au niveau local, afin de recueillir davantage de données de meilleure qualité sur la santé des migrants.

Moyen terme

UA,
CER

Moyen terme

UA,
EM

<ul style="list-style-type: none"> Les CER jouent également un rôle important dans l'élaboration et la publication de conseils spécifiques à la région sur la collecte de données sur la santé des migrants. 	Moyen terme	CER
<ul style="list-style-type: none"> Les organismes de recherche aux niveaux national et international doivent être encouragés à soutenir la recherche à plus long terme sur la santé des migrants dans les États membres de l'UA, en partenariat avec les institutions de recherche africaines et la diaspora, afin d'améliorer la base de données disponibles pour l'élaboration de politiques et de programmes de santé. 	Moyen terme	EM, UA
<ul style="list-style-type: none"> De nouvelles méthodes devraient être appliquées pour prévoir les flux migratoires sur diverses variables des pays, un projet open-source par le conseil danois des réfugiés de ce a prédit que COVID-19 causera plus de 1 m de migrants supplémentaires du Nigeria, du Mali et du Burkina Faso (Nair et al., 2020) 	Moyen terme	EM, UA
<ul style="list-style-type: none"> Des données ventilées par sexe sont nécessaires pour créer des interventions fondées sur des preuves afin de mieux cibler les besoins de santé spécifiques des femmes migrantes. 	Moyen terme	EM, UA

Surveillance transfrontalière des maladies infectieuses

Terme

Acteurs

<ul style="list-style-type: none"> Les modèles existants de bonnes pratiques en matière de surveillance transfrontalière des maladies en Afrique orientale et australe, comme l'utilisation de la technologie mobile en partenariat avec les communautés locales dans les zones frontalières et rurales pour surveiller les épidémies, devraient être reproduits dans d'autres régions du continent (voir annexe II) 	Court à moyen terme	EM, CER
<ul style="list-style-type: none"> La capacité des réseaux de surveillance des maladies infectieuses existants doit être renforcée pour aider à identifier rapidement les épidémies dans les zones éloignées ou transfrontalières associées à des populations mobiles de personnes et d'animaux (nomades et leurs troupeaux, réfugiés, personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays) 	Moyen terme	EM, CER, UA

Intégration des soins de santé pour les migrants

Terme

Acteurs

<ul style="list-style-type: none"> Les gouvernements devraient envisager de développer des soins de santé plus intégrés pour les migrants en même temps que les nationaux, car cela promet d'améliorer les soins de santé pour les migrants ainsi que pour les populations plus larges parmi lesquelles ils vivent. Ces synergies peuvent également attirer davantage d'activités et de soutien de la part de la communauté internationale, qui a constaté les effets positifs d'une approche intégrée 	Moyen à long terme	EM
---	--------------------	----

Participation économique des migrants

Terme

Acteurs

<ul style="list-style-type: none"> Les migrants économiquement actifs et autosuffisants sont mieux à même de contribuer au système social (et sanitaire) de leur pays d'accueil. Si leurs activités économiques sont limitées, ils peuvent devenir de plus en plus une charge pour les pays de destination et de transit. Ceux-ci devront trouver un juste équilibre entre la création d'emplois décents et durables pour leur propre population croissante et la possibilité pour les migrants de saisir les opportunités d'emploi. 	Long terme	EM, UA
---	------------	--------

Augmentation du nombre et des compétences des professionnels de santé	Terme	Acteurs
<ul style="list-style-type: none"> Les États membres de l'UA et les partenaires internationaux doivent envisager d'inciter les professionnels de la santé à travailler dans les zones rurales ou reculées afin de remédier aux pénuries dans ces régions (par exemple, programmes de rotation du personnel, salaires plus élevés, soutien aux professionnels et aux familles en matière de transport, de communication, de logement, etc...) ainsi que l'extension des services mobiles et des services de santé de proximité. 	Moyen terme	EM, partenaires internationaux
<ul style="list-style-type: none"> L'amélioration de la coopération Sud-Sud dans la formation des professionnels et l'utilisation d'accords bilatéraux sur le personnel de santé entre les États membres de l'UA et d'autres pays pour promouvoir le retour circulaire contribueraient également à réduire la "fuite des cerveaux" insoutenable de professionnels de la santé qualifiés hors du continent. 	Long terme	EM, CER, UA
Besoins des groupes de migrants vulnérables	Terme	Acteurs
<ul style="list-style-type: none"> Les politiques et programmes de migration et de santé doivent reconnaître la dimension sexospécifique de la migration afin d'atténuer les risques et les vulnérabilités des femmes et d'y répondre. 	Moyen terme	EM, CER, UA
<ul style="list-style-type: none"> Il convient de mettre davantage l'accent sur les systèmes d'aide psychosociale destinés aux réfugiés, aux victimes de la traite ou de la violence liée au sexe et aux autres groupes vulnérables de migrants, ainsi que sur leur mise en œuvre effective, y compris la formation spécialisée du personnel de santé pour répondre aux besoins des migrants en matière de soins de santé. 	Moyen terme	EM, prestataires de soins de santé
<ul style="list-style-type: none"> Les gouvernements et la société civile devraient travailler ensemble pour lutter contre le risque de xénophobie et de stigmatisation des migrants en matière de santé, en sensibilisant la population locale au fait que son état de santé ne peut être maintenu à long terme que si les migrants présents dans le pays reçoivent également des soins de santé de qualité. 	Moyen terme	EM, groupes de la société civile
<ul style="list-style-type: none"> Renforcer l'application de la loi contre les auteurs de violences ou d'autres personnes qui veulent exploiter des situations malheureuses. 	Moyen terme	EM
Recommandations politiques	Terme	Acteurs
<ul style="list-style-type: none"> La CUA devrait envisager d'élaborer des orientations et des formations spécifiques au niveau régional et au niveau des États membres sur les bonnes pratiques en matière de migration et de santé et sur la réponse aux besoins spécifiques des migrants en matière de soins de santé, en s'appuyant sur le MPFA 2018 de l'UA (un aperçu d'un programme de formation potentiel figure à l'annexe IV). 	Court à moyen terme	UA
<ul style="list-style-type: none"> Les plateformes de dialogue sur les migrations devraient être encouragées à créer des groupes de travail sur les soins de santé des migrants 	Moyen terme	CER
<ul style="list-style-type: none"> Les États membres de l'UA doivent envisager d'élaborer, d'adopter et de mettre en œuvre des cadres politiques nationaux en matière de migration qui incluent la santé en tant que question transversale. 	Moyen terme	EM
<ul style="list-style-type: none"> Les États membres de l'UA doivent inclure les besoins des migrants dans la formulation et la mise en œuvre des politiques dans un large éventail de domaines politiques. 	Moyen terme	EM

<ul style="list-style-type: none"> Les États membres de l'UA doivent envisager de fournir aux migrants des informations sur les systèmes de santé locaux, leurs droits d'accès aux soins de santé, les maladies courantes et d'autres sujets, dans plusieurs langues, à la fois sous forme numérique et écrite, dans les centres de santé, les pharmacies, les hôpitaux et les cabinets médicaux. 	Moyen terme	EM
<ul style="list-style-type: none"> Consultation des réfugiés et des migrants dans le cadre des processus réguliers d'évaluation des besoins et de formulation des politiques en matière de santé et de migration. 	Moyen terme	EM, CER, UA
<ul style="list-style-type: none"> Une plus grande cohérence politique est nécessaire entre les migrations et la santé au niveau régional et au niveau des États membres ; à cette fin, les dialogues existants sur les migrations pourraient être améliorés en termes de régularité, de financement et de participation des États membres et de leurs partenaires internationaux ; lorsque des dialogues sur les migrations ne sont pas en place, ils devraient être établis entre les pays voisins dans chaque région. 	Moyen à long terme	EM, CER
<ul style="list-style-type: none"> Les besoins sanitaires des migrants et des réfugiés devraient être systématiquement pris en compte dans toutes les politiques et tous les programmes de santé et de migration, y compris dans la planification de la préparation aux pandémies. 	Court terme	EM, CER
<ul style="list-style-type: none"> Des recherches doivent être entreprises pour comprendre les obstacles à l'inclusion des migrants dans les plans de préparation à la pandémie au niveau des EM et des CER. 	Moyen à long terme	EM, CER
<ul style="list-style-type: none"> Communiquer aux citoyens nationaux qu'investir dans les soins de santé des migrants permet de préserver la santé de l'ensemble de la population. 	Moyen à long terme	EM

Formation et rétention des agents de santé	Terme	Acteurs
<ul style="list-style-type: none"> Dans les pays qui produisent un grand nombre de travailleurs de la santé, l'absorption de ces travailleurs peut être augmentée par d'autres EM de 	Moyen terme	EM
<ul style="list-style-type: none"> Les pays dont le nombre de formations est élevé mais dont l'absorption est insuffisante et ceux qui manquent de personnel peuvent s'engager de plus en plus dans des accords bilatéraux sud-sud pour "recruter" des agents de santé sans emploi. 	Moyen terme	EM
<ul style="list-style-type: none"> L'UA peut maintenir, voire accroître, ses efforts pour exiger l'adhésion de toutes les nations au Code de pratique mondial de l'OMS en matière de recrutement international du personnel de santé, afin d'éviter la fuite des cerveaux des travailleurs de santé expérimentés de leurs États membres. 	Moyen terme	EM
<ul style="list-style-type: none"> Les États membres de l'UA pourraient mettre en place des programmes d'incitation pour encourager les professionnels de la santé à travailler dans les zones rurales et/ou éloignées des pays, car ces zones manquent souvent de personnel de santé qualifié 	Long terme	EM
<ul style="list-style-type: none"> Dans les pays qui ne disposent pas du personnel de santé nécessaire, la formation de ces travailleurs peut être renforcée par les États membres de l'UA au moyen d'accords de formation bilatéraux ou multilatéraux. 	Long terme	EM, CER
<ul style="list-style-type: none"> Les États membres de l'UA doivent proposer des formations dans des disciplines médicales spécialisées aux travailleurs de la santé lorsque celles-ci ne sont pas disponibles dans leur pays d'origine. 	Long terme	EM

COVID-19 et la santé des migrants

Mesures d'atténuation de base	Terme	Acteurs
<ul style="list-style-type: none"> Les États membres de l'UA et la CUA devraient envisager de mettre en œuvre des campagnes de promotion de la santé, y compris des documents traduits, afin d'encourager les changements de comportement (par exemple, sensibiliser à l'importance de la distanciation sociale, ne pas se toucher le visage, se laver régulièrement les mains lorsque cela est possible, éviter les rassemblements sociaux inutiles). 	Court terme	EM, CUA
<ul style="list-style-type: none"> Améliorer l'accès aux masques de protection et promouvoir leur utilisation. 	Court terme	EM
Travailler avec les employeurs	Termee	Acteurs
<ul style="list-style-type: none"> Les autorités sanitaires des États membres de l'Union africaine et de la Communauté d'Afrique de l'Est doivent fournir des conseils aux entreprises qui emploient des migrants sur la manière de protéger autant que possible leur personnel contre le COVID-19. 	Court terme	EM
<ul style="list-style-type: none"> Dans la mesure du possible, les entreprises et les employeurs qui emploient des migrants doivent mettre en œuvre des mesures de protection - telles que le recours à la distanciation et aux écrans - afin de réduire les risques de transmission aux employés et aux lieux de travail. 	Court terme	EM
Examen de santé	Terme	Acteurs
<ul style="list-style-type: none"> Un dépistage sanitaire renforcé aux frontières et aux points de passage, tel que le recours à des contrôles de température et d'autres mesures, peut contribuer à identifier les personnes infectieuses et à réduire la transmission pour les migrants réguliers en transit. 	Court terme	EM
<ul style="list-style-type: none"> Pour les personnes se trouvant dans des situations assimilables à celles des réfugiés et les personnes déplacées de force, un dépistage sanitaire renforcé dans les camps et les installations ainsi que dans les centres d'accueil et les cliniques pour réfugiés peut contribuer à identifier les cas et à réduire la transmission dans ce groupe. 	Court terme	EM
<ul style="list-style-type: none"> Dans la mesure du possible, un dépistage sanitaire sur le lieu de travail contribuerait également à réduire la transmission des cas. 	Court terme	EM
Stratégies de vaccination	Termee	Acteurs
<ul style="list-style-type: none"> La vulnérabilité de certains migrants (par exemple, les personnes hébergées dans des logements collectifs) doit être reconnue et ces groupes doivent être prioritaires dans les stratégies de vaccination. 	Court terme	EM
<ul style="list-style-type: none"> Les vaccins doivent être mis gratuitement à la disposition de tous, indépendamment du statut de résidence et de la nationalité, conformément à l'approche de l'OMS en matière de santé publique, qui consiste à " ne laisser personne de côté " (voir OIM, 2021). 	Court terme	EM
<ul style="list-style-type: none"> Les campagnes d'information sur les programmes de vaccination doivent être disponibles dans d'autres langues. 	Court terme	EM

Bibliographie

- Abang, M. (2019). Nigeria's medical brain drain: Health care woes as doctors flee. Al Jazeera. <https://www.aljazeera.com/features/2019/4/8/nigerias-medical-brain-drain-health-care-woes-as-doctors-flee>
- Abdalla, F. M., Omar, M. A., & Badr, E. E. (2016). Contribution of Sudanese medical diaspora to the health

care delivery system in Sudan: Exploring options and barriers. *Hum Resour Health*, 14(Suppl 1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12960-016-0123-x>

Abang, M. (2019). Nigeria's medical brain drain: Health care woes as doctors flee. *Al Jazeera*. <https://www.aljazeera.com/features/2019/4/8/nigerias-medical-brain-drain-health-care-woes-as-doctors-flee>

Abdalla, F. M., Omar, M. A., & Badr, E. E. (2016). Contribution of Sudanese medical diaspora to the health care delivery system in Sudan: Exploring options and barriers. *Hum Resour Health*, 14(Suppl 1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12960-016-0123-x>

Abebe, T. T. (2017). Migration policy frameworks in Africa (Africa Report 2). Institute for Security Studies. https://media.africaportal.org/documents/migration_policy_frameworks.pdf

Abubakar, I., Aldridge, R. W., Devakumar, D., Orcutt, M., Burns, R., Barreto, M. L., Dhavan, P., Fouad, F. M., Groce, N., Guo, Y., Hargreaves, S., Knipper, M., Miranda, J., Madise, N., Kumar, B., Mosca, D., McGovern, T., Rubenstein, L., Sammonds, P., ... Zhou, S. (2018). The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: The Health of a World on the Move. *The Lancet*, 392(10164), 2606–2654. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32114-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32114-7)

Adepoju, P. (2020a). Short of mental health professionals, Nigeria tries a new approach. *DEVEX*. <https://www.devex.com/news/sponsored/short-of-mental-health-professionals-nigeria-tries-a-new-approach-98176>

Adepoju, P. (2020b). Nigeria responds to COVID-19; first case detected in sub-Saharan Africa. *Nature Medicine*, 26(4), 444–448. <https://doi.org/10.1038/d41591-020-00004-2>

AfDB. (2020a). African Economic Outlook 2020: Developing Africa's Workforce for the Future. African Development Bank Group. <https://www.afdb.org/en/documents/african-economic-outlook-2020>

AfDB. (2020b). North Africa Economic Outlook 2020—Coping with the COVID-19 Pandemic. African Development Bank Group. <https://www.afdb.org/en/documents/north-africa-economic-outlook-2020-coping-covid-19-pandemic>

Africa CDC. (2017). Africa CDC Strategic Plan 2017-2021. Africa CDC. <https://africacdc.org/download/africa-cdc-strategic-plan-2017-2021/>

Africa CDC. (2021). Africa CDC - COVID-19 Daily Updates. Africa CDC. <https://africacdc.org/covid-19/>

African Union. (2015). Agenda 2063: The Africa we want (pp. 1–24). https://au.int/Agenda2063/popular_version

African Union. (2018). Protocol to the Treaty Establishing the African Economic Community Relating to Free Movement of Persons, Right of Residence and Right of Establishment. <https://au.int/en/treaties/protocol-treaty-establishing-african-economic-community-relating-free-movement-persons>

African Union. (2020a). AU Member States. https://au.int/en/member_states/countryprofiles2

African Union. (2020b). CFTA - Continental Free Trade Area. <https://au.int/en/ti/cfta/about>

African Union. (2020c). Guidance on Contact Tracing for COVID-19 Pandemic. <https://africacdc.org/download/guidance-on-contact-tracing-for-covid-19-pandemic/>

African Union. (2020d). Migration & Mobility in Contexts of COVID-19. <https://au.int/en/pressreleases/20200410/migration-mobility-contexts-covid-19>

African Union. (2020e). Official Inauguration in Morocco of the African Migration Observatory. <https://au.int/en/pressreleases/20201218/official-inauguration-morocco-african-migration-observatory>

African Union. (2020f). Promoting mask-wearing during the COVID-19 pandemic: A policymaker's guide. Africa CDC. <https://africacdc.org/download/promoting-mask-wearing-during-the-covid-19-pandemic-a-policymakers-guide/>

Al Jazeera. (2021). Kenya orders closure of Dadaab, Kakuma refugee camps | Human Rights News. <https://www.aljazeera.com/news/2021/3/24/kenya-orders-closure-of-dadaab-kakuma-refugee-camps>

Allianz Care. (2020). Guide Health care in Kenya | Allianz Care. <https://www.allianzcare.com/en/support/health-and-wellness/national-health-care-systems/health-care-in-kenya.html>

Amnesty International. (2018). Harvest of death: Three years of bloody clashes between farmers and herders in Nigeria. Amnesty International Ltd. www.amnesty.org/download/Documents/

AFR4495032018ENGLISH.PDF

Amnesty International. (2019). Closing Dadaab puts lives of hundreds of thousands of refugees at risk. <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2019/03/kenya-must-not-force-refugees-back-to-somalia-by-closing-dadaab-camp/>

AMU. (1989). Treaty instituting the Arab Maghreb Union (with declaration). Concluded at Marrakesh on 17 February 1989. <https://doi.org/10.18356/65ce2fae-en-fr>

Arnold, C., Theede, J., & Gagnon, A. (2014). A qualitative exploration of access to urban migrant health care in Nairobi, Kenya. *Soc Sci Med*, 110, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.019>

Asmlal, A. (2020, November 22). Vaccin anti-Covid: Au Maroc, le compte à rebours a commencé. *Fr.Le360. Ma*. <https://fr.le360.ma/societe/vaccin-anti-covid-au-maroc-le-compte-a-rebours-a-commence-227816>

Association of Psychiatrists of Nigeria. (2021). Home. <https://www.apn.org.ng/>

Attanapola, C. T. (2013). Migration and Health—A literature review of the health of immigrant populations in Norway. <https://samforsk.brage.unit.no/samforsk-xmlui/bitstream/handle/11250/2365877/Migration%2Band%2Bhealth%2BWEB.pdf?sequence=3>

AU CIDO. (2021). Civil Society & Diaspora | African Union. <https://au.int/en/cido>

AUC. (2018). Migration Policy Framework for Africa and Plan of Action (2018-2030). https://au.int/sites/default/files/documents/35956-doc-2018_mpf_a_english_version.pdf

AUC & JLMP. (2020). Report on labour migration statistics in Africa. Second Edition (2017). AUC. https://au.int/sites/default/files/documents/39323-doc-web254_184-10_english_2nd_edition_of_the_africa_labor_migration_statistics.pdf

AUDA NEPAD. (2019). TB and Health Systems Support in Southern Africa | AUDA-NEPAD. <https://www.nepad.org/news/tb-and-health-systems-support-southern-africa>

Baida, T. (2019). Morocco's Migration Policy at Stake: Between Foreign Policy Gains and Human Rights Costs. In *Socio-Economic Development and Violent Extremism in Morocco: Morocco's Regional Policy, Migration and (De-)Radicalization—Perspectives from the Region and Europe*. https://dgap.org/system/files/article_pdfs/sammelpublikation_marokko_2019.pdf

BBC News. (2009). Moroccans jail key bomb suspect. http://news.bbc.co.uk/2/hi/middle_east/7914812.stm

Bedford, Akello. (2018). Uganda-DRC Cross-Border Dynamics. Social Science in Humanitarian Action Platform. <https://www.socialscienceinaction.org/resources/uganda-drc-cross-border-dynamics/>

Bentaleb, H. (2019). Le RAMED ne leur étant pas destiné: Un système de santé parallèle pour les migrants se fait toujours désirer. *Libération Maroc*. https://www.libe.ma/Le-RAMED-ne-leur-etant-pas-destine-Un-systeme-de-sante-parallele-pour-les-migrants-se-fait-toujours-desirer_a107510.html

Bradby, H., Humphris, R., Newall, D., & Phillimore, J. (2015). Public health aspects of migrant health: A review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European region. WHO Regional Office for Europe. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/289246/WHO-HEN-Report-A5-2-Refugees_FINAL.pdf?ua=1

Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Reports*, 129(1_suppl2), 19–31. <https://doi.org/10.1177/00333549141291S206>

Brown, C. M., & Cetron, M. S. (2014). Crossing Borders: One World, Global Health. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 59(1), v–vi. <https://doi.org/10.1093/cid/ciu281>

Bureau of Democracy, Human Rights, and Labor. (2019). 2019 Country Reports on Human Rights Practices: Democratic Republic of the Congo. <https://www.state.gov/reports/2019-country-reports-on-human-rights-practices/democratic-republic-of-the-congo/>

Carbado, D. W., Crenshaw, K. W., Mays, V. M., & Tomlinson, B. (2013). Intersectionality: Mapping the Movements of a Theory. *Du Bois Review: Social Science Research on Race*, 10(2), 303–312. <https://doi.org/10.1017/S1742058X13000349>

CBM. (2014). Assessing the needs of persons with disability in camps—Democratic Republic of the Congo. ReliefWeb. <https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/assessing-needs-persons-disability-camps>

- CDC. (2020). CDC Global Health—Kenya. <https://www.cdc.gov/globalhealth/countries/kenya/default.htm>
- CDC. (2021). CDC Current Outbreak List. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/outbreaks/index.html>
- CEN-SAD, W. T. (2013). Community of Sahel-Saharan States Revised Treaty. <https://edit.wti.org/document/show/5dbd7174-6ed3-403d-a5ed-9b1de76cd34e?page=1>
- Central Intelligence Agency. (2020). The World Factbook 2020. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/214.html>
- Chung, R. Y., & Griffiths, S. M. (2018). Migration and health in the world: A global public health perspective. *Public Health*, 158, 64–65. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.04.005>
- CHW Central. (2021). Kenya's Community Health Volunteer Program. <https://chwcentral.org/kenyas-community-health-volunteer-program/>
- CIA. (2020). One-Page Country Summaries—The World Factbook. <https://www.cia.gov/the-world-factbook/references/one-page-country-summaries/>
- COMESA. (2001). COMESA Protocol on the Free Movement of Persons, Labour, Services, the Right of Establishment and Residence. <https://www.comesa.int/programme-activities-immigration-and-free-movement-of-persons/>
- Conseil national des droits de l'homme. (2013). Etrangers et droits de l'homme au Maroc. Pour une politique d'asile et d'immigration radicalement nouvelle. Résumé exécutif. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/SRMigrants/submissions/Morocco-NHRI_Annex3_Submission_GA-Report.pdf
- Constant, A. F., García-Muñoz, T., Neuman, S., & Neuman, T. (2018). A “healthy immigrant effect” or a “sick immigrant effect”? Selection and policies matter. *The European Journal of Health Economics*, 19(1), 103–121. <https://doi.org/10.1007/s10198-017-0870-1>
- Crétois, J. (2016). La politique migratoire du Maroc influence-t-elle son retour dans l'UA ? *Telquel.ma*. https://telquel.ma/2016/07/21/politique-migratoire-du-maroc-influence-t-retour-lua_1507139?fbrefresh=5
- Criado Perez. (2019). Invisible Women: Data Bias in A World Designed for Men. Georgetown Institute of Women Peace and Security. <https://giwps.georgetown.edu/resource/invisible-women-data-bias-in-a-world-designed-for-men/>
- Crush, J., & Tawodzera, G. (2011). Medical Xenophobia: Zimbabwean Access to Health Services in South Africa. *IDASA*. <https://www.africaportal.org/publications/zimbabwean-access-to-health-services-in-south-africa/>
- Crush, J., & Tawodzera, G. (2014). Medical Xenophobia and Zimbabwean Migrant Access to Public Health Services in South Africa. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 40(4), 655–670. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2013.830504>
- Danish Refugee Council. (2016). Kenya Country Profile (p. 11). <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Kenyaupdate.pdf>
- Danquah, L., Sulo, J., Mersini, K., Bino, S., Huda, N., Adisasmito, W., Soebandrio, A., Karimuribo, E. D., Sindato, C., Beda, E., Rweyemamu, M., Were, W., Lutwama, J. J., Yishai, R., Cohen, D., Thajeen, J., Nyein, S. L., Oo, M. K., Libel, M., ... Longuet, C. (2019). Assessment of event based surveillance in cross border areas of six regional networks. *International Journal of Infectious Diseases*, 79, 36. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2018.11.100>
- Davies, A. A., Basten, A., & Frattini, C. (2006). Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants (p. 23). IOM. <http://www.belgium.iom.int>
- de Vrieze, J. (2020, July 14). 'It's a tricky thing.' COVID-19 cases haven't soared in Nigeria, but that could change. *Science | AAAS*. <https://www.sciencemag.org/news/2020/07/it-s-tricky-thing-covid-19-cases-haven-t-soared-nigeria-could-change>
- DEMAC. (2018). Creating Opportunities To Work With Diasporas In Humanitarian Settings. <https://reliefweb.int/report/world/creating-opportunities-work-diasporas-humanitarian-settings>
- Democratic Republic of the Congo. (2005). Congo (Democratic Republic of the)'s Constitution. <https://www.>

constituteproject.org/search?lang=en&q=congo%20democratic%20republic%20of%20the&status=in_force&status=is_draft

Devillard, A., Bacchi, A., & Noack, M. (2015). Survey on migration policies in West Africa. IOM & ICMPD. https://publications.iom.int/system/files/pdf/survey_west_africa_en.pdf

Politique Nationale de Protection Sociale, 55 (2016).

Ducomble, T., & Gignoux, E. (2020). Learning from a massive epidemic: Measles in DRC. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(5), 542. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30265-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30265-6)

Dumpis, T. (2021). A Moroccan Initiative Challenges Stereotypes About Migrants. *Morocco World News*. <https://www.morocoworldnews.com/2021/02/333855/a-moroccan-initiative-challenges-stereotypes-about-migrants/>

EAC. (2012). The East African Community Common Market Protocol for Movement of Labour. <https://www.knqa.go.ke/wp-content/uploads/2019/05/East-African-comon-market-protocol.pdf>

EAIDNET. (2021). East African Integrated Disease Surveillance Network. <https://www.eac.int/health/disease-prevention/east-african-integrated-disease-surveillance-network>

ECCAS. (1992). Treaty Establishing the Economic Community of Central African States (ECCAS). https://www.jus.uio.no/english/services/library/treaties/09/9-01/eccas_economic_central_african_treaty.xml

ECOWAS. (1979). Free Movement of Persons, Residence and Establishment. In PROTOCOL A/P.1/5/79. <https://ecowasmigration.ug.edu.gh/wp-content/uploads/2015/03/ECOWAS-1979-Protocol-Relating-to-Free-Movement-of-Persons-Residence-and-Establishment.pdf>

El Ghazouani, D. (2019a). A Case Study of Sub-Saharan Female Immigration to Morocco. In *Socio-Economic Development and Violent Extremism in Morocco: Morocco's Regional Policy, Migration and (De-)Radicalization—Perspectives from the Region and Europe* (pp. 87–96). German Council on Foreign Relations. https://dgap.org/system/files/article_pdfs/sammelpublikation_marokko_2019.pdf

El Ghazouani, D. (2019b). A Growing Destination for Sub-Saharan Africans, Morocco Wrestles with Immigrant Integration. *Migrationpolicy.Org*. <https://www.migrationpolicy.org/article/growing-destination-sub-saharan-africans-morocco>

El Haïti, H. (2019). Entretien avec Younous Arbaoui, chercheur en Droit d'asile et président de la Clinique juridique Hijra. «On oublie souvent qu'une loi sur l'asile aidera le Maroc à contrôler l'entrée et le séjour sur son territoire». *Le Matin*. <https://lematin.ma/journal/2019/on-oublie-qu-loi-lasile-aidera-maroc-controler-lentree-sejour-territoire/317974.html>

ENSP. (2020). École d'Hiver Régionale sur la Santé Sexuelle et de la Reproduction et la Santé Mentale et Soutien Psychosocial aux migrants. <http://ensp.sante.gov.ma/fr/ecole-hiver-SSR-SMSPS>

Euro-Mediterranean Human Rights Network. (2012). Asylum and migration in the Maghreb - Country Fact Sheet: Morocco. Euro-Mediterranean Human Rights Network.

Evans, C. R., Leckie, G., & Merlo, J. (2020). Multilevel versus single-level regression for the analysis of multilevel information: The case of quantitative intersectional analysis. *Social Science & Medicine*, 245, 112499. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112499>

Fagbamigbe, A. F., & Idemudia, E. S. (2015). Barriers to antenatal care use in Nigeria: Evidences from non-users and implications for maternal health programming. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0527-y>

Farley, A. (2019). African perspectives Global insights South African Migration Policy: A Gendered Analysis. June. <https://www.pamb>

Fausser, M. (2018). Mixed Methods and Multisited Migration Research: Innovations From a Transnational Perspective. *Journal of Mixed Methods Research*, 12(4), 394–412. <https://doi.org/10.1177/1558689817702752>

Federal Republic of Nigeria. (1999). Constitution of the Federal Republic of Nigeria (No. 24 of 1999). https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_isn=54097&p_lang=en

Federal Republic of Nigeria. (2010). Employee's Compensation Act. <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/>

- public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_172642.pdf
- Federal Republic of Nigeria. (2013). Nigeria National Pandemic Influenza Preparedness and Response Plan. https://www.ncdc.gov.ng/themes/common/docs/protocols/16_1490369515.pdf
- Federal Republic of Nigeria. (2014a). National Health Act, 2014 (Act No. 8 of 2014). https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_isn=104157&p_lang=en
- Federal Republic of Nigeria. (2014b). National Policy on Labour Migration. IOM. <https://publications.iom.int/books/national-policy-labour-migration-2014>
- Federal Republic of Nigeria. (2015). National Migration Policy 2015. IOM. <https://publications.iom.int/books/national-migration-policy-2015>
- Federal Republic of Nigeria. (2016). National Health Policy: Promoting the Health of Nigerians to Accelerate Socio-economic Development. Federal Ministry of Health. <https://naca.gov.ng/wp-content/uploads/2019/10/National-Health-Policy-Final-copy.pdf>
- Federal Republic of Nigeria. (2017). National HIV/AIDS Strategic Framework 2017-2021. National Agency for the Control of AIDS (NACA). <https://naca.gov.ng/wp-content/uploads/2017/09/NATIONAL-HIV-AND-AIDS-STRATEGIC-FRAMEWORK.pdf>
- Federal Republic of Nigeria. (2018a). National Action Plan for Health Security (2018-2022). <https://www.ncdc.gov.ng/themes/common/files/establishment/5e88f9e22d2b4e4563b527005c8a0c43.pdf>
- Federal Republic of Nigeria. (2018b). National Strategic Health Development Plan II (2018-2022). Federal Ministry of Health. <https://www.health.gov.ng/doc/NSHDP%20II%20Final.pdf>
- Federal Republic of Nigeria. (2019a). National Guidelines for Yellow Fever Preparedness and Response. Federal Ministry of Health & Nigeria Centre for Disease Control. https://www.ncdc.gov.ng/themes/common/docs/protocols/118_1581155661.pdf
- Federal Republic of Nigeria. (2019b). One Health Strategic Plan 2019–2023. Federal Ministry of Health, Federal Ministry of Agriculture and Rural Development & Federal Ministry of Environment. https://www.ncdc.gov.ng/themes/common/docs/protocols/93_1566785462.pdf
- Federal Republic of Nigeria. (2020). PRESS BRIEFING BY HON. MINISTER OF HEALTH, DR. OSAGIE EHANIRE AT THE PRESIDENTIAL TASK FORCE ON COVID-19 PRESS BRIEFING ON MONDAY 30TH NOVEMBER, 2020. https://health.gov.ng/index.php?option=com_content&view=article&layout=edit&id=312
- Federal Republic of Nigeria. (2021). Nigeria Health Facility Registry. <https://hfr.health.gov.ng/statistics/tables>
- Fiddian-Qasmiyeh, E., Loescher, G., Long, K., & Sigona, N. (Eds.). (2014). *The Oxford Handbook of Refugee and Forced Migration Studies*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199652433.001.0001>
- Flahaux, M. L., & De Haas, H. (2016). African migration: Trends, patterns, drivers. *Comparative Migration Studies*, 4(1), 1–25. <https://doi.org/10.1186/s40878-015-0015-6>
- Freedman, J., Crankshaw, T. L., & Mutambara, V. M. (2020). Sexual and reproductive health of asylum seeking and refugee women in South Africa: Understanding the determinants of vulnerability. *Sex Reprod Health Matters*, 28(1), 1758440. <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1758440>
- Fry, M. W., Skinner, A. C., & Wheeler, S. B. (2019). Understanding the Relationship Between Male Gender Socialization and Gender-Based Violence Among Refugees in Sub-Saharan Africa. *Trauma Violence Abuse*, 20(5), 638–652. <https://doi.org/10.1177/1524838017727009>
- Global Health Security Index. (2020). Congo Democratic Republic. GHS Index. <https://www.ghsindex.org/country/congo-democratic-republic/>
- GPMB. (2020). A World in Disorder. https://apps.who.int/gpmb/annual_report.html
- Green, M. A., Evans, C. R., & Subramanian, S. V. (2017). Can intersectionality theory enrich population health research? *Social Science & Medicine*, 178, 214–216. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.029>
- Grove, N., & Zwi, A. (2006). Our health and theirs: Forced migration, othering, and public health. *Social Science & Medicine* (1982), 62, 1931–1942. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.061>
- Haden, M. (2020). Health and Regularization in Morocco’s Migrant Community. *Morocco World News*.

- <https://www.moroccoworldnews.com/2020/06/305065/health-and-regularization-in-moroccos-migrant-community/>
- Hansen, S. J. (2020). What Kenya stands to lose and gain by withdrawing from Somalia. <https://theconversation.com/what-kenya-stands-to-lose-and-gain-by-withdrawing-from-somalia-133640>
- Hargrave, K., & Leach, A. (2020). Public narratives and attitudes towards refugees and other migrants. Overseas Development Institute. https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/resource-documents/uganda_migration_country_profile_final.pdf
- Hargrave, K., Mosel, I., & Leach, A. (2020). Public narratives and attitudes towards refugees and other migrants—Kenya country profile. 29.
- Hassan, H. A. (2020). Transformations of Forced Migration in Africa: Issues and General Problems (SSRN Scholarly Paper ID 3637802). Social Science Research Network. <https://papers.ssrn.com/abstract=3637802>
- Hatim, Y. (2020, December 5). Health Minister Finally Unveils COVID-19 Vaccine to be Used in Morocco. Morocco World News. <https://www.moroccoworldnews.com/2020/12/327977/health-minister-finally-unveils-covid-19-vaccine-to-be-used-in-morocco/>
- Healthy Newborn Network. (2018). Countdown country profile – Congo, Democratic Republic of. Healthy Newborn Network. <https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Congo-Democratic-Republic-of-the-CD2030.pdf>
- Hicks, C. (2017). Why did the African Union readmit Morocco after its 33 years in the cold? African Arguments. <https://africanarguments.org/2017/02/02/how-did-morocco-manage-to-rejoin-the-african-union-after-33-years-in-the-cold/>
- Hossin, M. Z. (2020). International migration and health: It is time to go beyond conventional theoretical frameworks. *BMJ Global Health*, 5(2), e001938. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001938>
- Humanitarian InSight. (2020). Democratic Republic of the Congo 2020. <https://hum-insight.info/plan/919>
- ICMPD. (2013). MME on the Move. A Stocktaking of Migration, Mobility, Employment and Higher Education in Six African Regional Economic Communities.
- IGAD. (2012). IGAD Regional Migration Framework. <https://www.iom.int/sites/default/files/icp/igad-regional-migration-policy-framework1.pdf>
- IGAD. (2021). CALL FOR PAPERS 2nd IGAD Scientific Conference on Migration and Displacement Human Mobility in the Context of COVID-19. <https://igad.int/divisions/health-and-social-development/2016-05-24-03-16-37/2494-call-for-papers-2nd-igad-scientific-conference-on-migration-and-displacement-human-mobility-in-the-context-of-covid-19>
- IHME. (2018a). Country Profiles—GBD Comparison. Institute for Health Metrics and Evaluation. <http://www.healthdata.org/results/country-profiles>
- IHME. (2018b). Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). ourworldindata.org/grapher/dalys-rate-from-all-causes?tab=chart&country=~NGA
- IHME. (2020a). COVID-19 Projections Morocco. IHME. <https://covid19.healthdata.org/>
- IHME. (2020b). Financing Global Health 2019. IHME. www.healthdata.org/nigeria
- IHME. (2020c). GBD Compare | IHME Viz Hub. <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
- IHME. (2020d). GBD Compare | IHME Viz Hub. Morocco. University of Washington. <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
- IHME. (2020e). GBD Compare Data Visualization. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), University of Washington. vizhub.healthdata.org/gbd-compare
- IIED. (2019). Dismantling barriers to health and wellbeing for Nairobi's refugees. International Institute for Environment and Development. <https://pubs.iied.org/pdfs/17714IIED.pdf>
- Ijzerman, W. (2020). Among Us, But Seldom Heard – Sub-Saharan Migrants in Morocco. Morocco World News. <https://www.moroccoworldnews.com/2020/03/294887/among-us-but-seldom-heard-sub-saharan-migrants-in-morocco/>

- ILO. (1952). Convention C097—Migration for Employment Convention (Revised), 1949 (No. 97). https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100::NO:12100:P12100_ILO_CODE:C097:NO
- ILO. (1986). Democratic Republic of the Congo—Loi no 86-7 du 27 décembre 1986 sur le séjour et la circulation des étrangers dans les zones minières. https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=9249&p_country=COD&p_count=263&p_classification=17&p_classcount=14
- ILO. (2016). The ILO in Nigeria. Fact Sheet. ILO. https://www.ilo.org/africa/countries-covered/nigeria/WCMS_461891/lang-en/index.htm
- ILO. (2020). Women migrant workers' labour market situation in West Africa [Report]. International Labour Organization. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---migrant/documents/publication/wcms_751538.pdf
- IMF. (2020). Report for Selected Countries and Subjects. IMF. <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/weo-database/2020/October/weo-report>
- InfoMigrants. (2021). Covid-19: Le Maroc, champion africain de la vaccination, sauf pour les migrants. <https://www.infomigrants.net/fr/post/30913/covid-19-le-maroc-champion-africain-de-la-vaccination-sauf-pour-les-migrants>
- Ingleby, D., Dias, S., Magnus, J., Nordström, C., & Kumar, B. (2019). Joint Action Health Equity Europe, Work Package 7—Migration and Health, Deliverable 7.1—Policy Framework for Actin. <https://jahee.iss.it/wp-content/uploads/2020/12/D7.1-WP7-PFA.pdf>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2015). Democratic Republic of the Congo. <http://www.healthdata.org/democratic-republic-congo>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019). GBD Compare | IHME Viz Hub. <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
- Internal Medicine Associates World Health. (2017). Tushinde Ujeuri. <https://imaworldhealth.org/tushinde>
- IOM. (2003). Breaking the Cycle of Vulnerability: Responding to the Health Needs of Trafficked Women in East and Southern Africa. <https://publications.iom.int/books/breaking-cycle-vulnerability-responding-health-needs-trafficked-women-east-and-southern-africa>
- IOM. (2009). Migrants' right to health in Southern Africa. <https://publications.iom.int/books/migrants-right-health-southern-africa>
- IOM. (2011). National Consultation on Migration Health, Kenya. International Organization for Migration. <https://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/activities/health/promotion/National-Consultation-on-Migration-Health-Kenya-2011.pdf>
- IOM. (2014). Urban Migrant Health Programme—Eastleigh. https://kenya.iom.int/sites/default/files/URBAN_MIGRANT_HEALTH_PROGRAMME.pdf
- IOM. (2015a). Irregular migration between West Africa, North Africa and the Mediterranean. [fmmwestafrica.org/wp-content/uploads/2017/02/en-altai.pdf](http://www.iom.int/wp-content/uploads/2017/02/en-altai.pdf)
- IOM. (2015b, February 16). Morocco. International Organization for Migration. <https://www.iom.int/countries/morocco>
- IOM. (2016). Measuring well-governed migration: The 2016 Migration Governance Index. <https://publications.iom.int/books/measuring-well-governed-migration-2016-migration-governance-index>
- IOM. (2017). Global Health—Thematic Discussion Paper—2nd Global Consultation on Migrant Health: Resetting the Agenda, 21-23 Feb 2017. https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/DMM/Migration-Health/GC2_TDP_Global%20Health_FINAL_13.02.2017.pdf
- IOM. (2018a). A Brief on IOM Nigeria's Projects. IOM. <https://www.iom.int/countries/nigeria>
- IOM. (2018b). Casablanca—Formation des professionnels de santé des établissements de soins de santé primaire (ESSP) de la région de Casablanca-Settat | OIM Maroc | International Organization for Migration. <https://morocco.iom.int/news/casablanca-formation-des-professionnels-de-sant%C3%A9-des-%C3%A9tablissements-de-soins-de-sant%C3%A9-primaire>

- IOM. (2018c). Migration Governance Snapshot: Republic of Kenya. International Organization for Migration. <https://migrationdataportal.org/sites/default/files/2018-10/Migration%20Governance%20Snapshot-%20Republic%20of%20Kenya.pdf>
- IOM. (2018d). Southern Africa. International Organization for Migration. <https://www.iom.int/southern-africa>
- IOM. (2019a). Glossary on Migration. In International Migration Law (No. 34). https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf
- IOM. (2019b). IOM Handbook on Protection and Assistance for Migrants Vulnerable to Violence, Exploitation and Abuse. <https://publications.iom.int/books/iom-handbook-migrants-vulnerable-violence-exploitation-and-abuse>
- IOM. (2019c). Situation Report on International Migration 2019: The Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration in the Context of the Arab Region. <https://publications.iom.int/books/situation-report-international-migration-2019-global-compact-safe-orderly-and-regular>
- IOM. (2019d). Snapshot Favoriser la santé et la protection des migrants vulnérables. <https://morocco.iom.int/sites/default/files/snapshot%20SANT%C3%89%202019%20fr.pdf>
- IOM. (2019e). World Migration Report 2020. publications.iom.int/books/world-migration-report-2020
- IOM. (2020a). Africa Migration Report: Challenging the Narrative. <https://publications.iom.int/books/africa-migration-report-challenging-narrative>
- IOM. (2020b). Do more to allow free movement of people across borders, IOM and ISS urge African States | International Organization for Migration. <https://ethiopia.iom.int/do-more-allow-free-movement-people-across-borders-iom-and-iss-urge-african-states>
- IOM. (2020d). FOSTERING HEALTH AND PROTECTION TO VULNERABLE MIGRANTS TRANSITING THROUGH MOROCCO, TUNISIA, EGYPT, LIBYA, YEMEN AND SUDAN PHASE III. <https://morocco.iom.int/sites/default/files/Fostering%20health%20and%20protection%20to%20vulnerable%20migrants%20transiting%20through%20Morocco%20Tunisia%20Egypt%20Libya%20Yemen%20and%20Sudan.pdf>
- IOM. (2020e). Fostering the Health and Protection for Vulnerable Migrants. April 2020. <https://morocco.iom.int/sites/default/files/SNAPSHOT%20COVID-19%20Regional%20health%20project.pdf>
- IOM. (2020f). HEALTH, BORDER AND MOBILITY MANAGEMENT A framework to empower governments and communities to prevent, detect and respond to health threats along the mobility continuum. https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/DMM/Migration-Health/mhd_infosheet_hbmm_25.09.2020_en.pdf
- IOM. (2020g). Migration Dialogue for Central African States (MIDCAS). International Organization for Migration. <https://www.iom.int/migration-dialogue-central-african-states-midcas>
- IOM. (2020h). Migration Dialogue for West Africa (MIDWA). International Organization for Migration. <https://www.iom.int/midwa>
- IOM. (2020i). Migration Health Assessments and Travel Health Assistance—2019 Overview of Pre-migration Health Activities. <https://publications.iom.int/system/files/pdf/migration-health-assessments.pdf>
- IOM. (2020j). Migration in West and North Africa and across the Mediterranean trends, risks, development and governance. <https://publications.iom.int/system/files/pdf/migration-in-west-and-north-africa-and-across-the-mediterranean.pdf>
- IOM. (2020k). Regional Strategy for Southern Africa 2019–2023. <https://publications.iom.int/books/migration-initiatives-2020-southern-africa>
- IOM. (2020l). Social Determinants of Migrant Health. International Organization for Migration. <https://www.iom.int/social-determinants-migrant-health>
- IOM. (2021a). Displacement Tracking Matrix | DTM. <https://dtm.iom.int/>
- IOM. (2021b). Nigeria. <https://nigeria.iom.int/>
- IOM. (2021c, February 9). IOM and UNHCR Welcome Colombia's Decision to Regularize Venezuelan Refugees and Migrants. International Organization for Migration. <https://www.iom.int/news/iom-and-unhcr-welcome-colombias-decision-regularize-venezuelan-refugees-and-migrants>

- JLMP. (2020a). Mobility And Migration Of African Health Workers Post Covid-19 | African Union. <https://au.int/en/documents/20201223/mobility-and-migration-african-health-workers-post-covid-19>
- JLMP. (2020b). Preparing Africa for Post COVID-19 Labour Migration | African Union. <https://au.int/en/documents/20201223/preparing-africa-post-covid-19-labour-migration>
- JLMP. (2020c). PROTECTING MIGRANT WORKERS IN THE INFORMAL ECONOMY: INCLUSION OF MIGRANT WORKERS IN COVID-19 RESPONSES. https://au.int/sites/default/files/documents/39886-doc-protecting_migrant_workers_in_the_informal_economy-_inclusion_of_mw_in_covid-19_responses.pdf
- Johns Hopkins University. (2021a). Democratic Republic of the Congo—COVID-19 Overview—Johns Hopkins. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. <https://coronavirus.jhu.edu/region/democratic-republic-of-the-congo>
- Johns Hopkins University. (2021b). Morocco—COVID-19 Overview. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. <https://coronavirus.jhu.edu/region/morocco>
- Johns Hopkins University. (2021c). Nigeria—COVID-19 Overview—Johns Hopkins. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. <https://coronavirus.jhu.edu/region/nigeria>
- Johns Hopkins University. (2021d). South Africa—COVID-19 Overview—Johns Hopkins. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. <https://coronavirus.jhu.edu/region/south-africa>
- Johns Hopkins University & Medicine. (2021a). Countries—COVID-19 Overview—Johns Hopkins. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. <https://coronavirus.jhu.edu/region>
- Johns Hopkins University & Medicine. (2021b). COVID-19 Map. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- Johns Hopkins University & Medicine. (2021c). Kenya—COVID-19 Overview—Johns Hopkins. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. <https://coronavirus.jhu.edu/region/kenya>
- Juneau, C.-E., Briand, A.-S., Pueyo, T., Collazzo, P., & Potvin, L. (2020). Effective Contact Tracing for COVID-19: A Systematic Review. *MedRxiv*, 2020.07.23.20160234. <https://doi.org/10.1101/2020.07.23.20160234>
- Kenya Ministry of Health. (2015). Kenya Health Workforce Report: The Status of Health care Professionals in Kenya, 2015. https://taskforce.org/wp-content/uploads/2019/09/KHWF_2017Report_Fullreport_042317-MR-comments.pdf
- Keygnaert, I., Dialmy, A., Manco, A., Keygnaert, J., Vettenburg, N., Roelens, K., & Temmerman, M. (2014). Sexual violence and sub-Saharan migrants in Morocco: A community-based participatory assessment using respondent driven sampling. *Global Health*, 10(1), 32. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-10-32>
- Khadria, B. (2010). The Future of Health Worker Migration (p. 20).
- Khartoum Process ICMPD. (2021). Khartoum Process. <https://www.khartoumprocess.net/>
- Kim, J.-H., Mogasale, V., Im, J., Ramani, E., & Marks, F. (2017). Updated estimates of typhoid fever burden in sub-Saharan Africa. *The Lancet Global Health*, 5(10), e969. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30328-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30328-5)
- Kingdom of Morocco. (2020, October 6). Support for Refugees: UNHCR Welcomes Cooperation with Morocco. *Maroc.Ma*. <https://www.maroc.ma/en/news/support-refugees-unhcr-welcomes-cooperation-morocco>
- KNOMAD. (2021). Remittances Data. <https://www.knomad.org/data/remittances>
- Koser, K. (2010). Introduction: International Migration and Global Governance. *Global Governance*, 16(3), 301–315. <https://doi.org/10.2307/29764947>
- Laaroussi, M. I. (2019). A Renewed Maghreb Union Can Counter North Africa's Imminent Threats. <https://www.washingtoninstitute.org/policy-analysis/view/a-renewed-maghreb-union-can-counter-north-africas-imminent-threats>
- Leatt, A., Shung-King, M., & Monson, J. (2006). Healing inequalities: The free health care policy (p. 6).
- Life Health care. (2021). Life Health care | Private Hospitals Across South Africa. <https://www.lifehealthcare.co.za/>
- Long, Crisp. (2011). In harms way: The irregular movement of migrants to Southern Africa from the Horn and Great Lakes regions. UNHCR. <https://www.unhcr.org/research/working/4d395af89/harms-way-irregular>

movement-migrants-southern-africa-horn-great-lakes.html

Lougarre, C. (2016). Using the Right to Health to Promote Universal Health Coverage. *Health and Human Rights*, 18(2), 35–48.

Makou, A. (2018). [FACT CHECK] What's the true number of undocumented migrants in SA? <https://ewn.co.za/2018/09/17/fact-check-are-the-11-million-undocumented-migrants-in-sa>

Malteser International. (2020). Improved epidemic preparedness and response in the DR Congo. <https://www.malteser-international.org/en/our-work/africa/dr-congo/epidemic-preparedness-and-response.html>

MAP Express. (2020). Le Rapport de SM le Roi Mohammed VI sur le suivi de la mise en place de l'Observatoire africain des Migrations au Maroc, présenté devant le sommet de l'UA. <http://www.mapexpress.ma/actualite/opinions-et-debats/rapport-sm-roi-mohammed-vi-suivi-mise-en-place-lobservatoire-africain-migrations-au-maroc-presente-devant-sommet-lua/>

Maphumulo, W. T., & Bhengu, B. R. (2019). Challenges of quality improvement in the health care of South Africa post-apartheid: A critical review. *Curationis*, 42(1). <https://doi.org/10.4102/curationis.v42i1.1901>

Maru. (2019). IGAD Migration Action Plan (MAP). <https://meharitataddele.info/2019/04/igad-migration-action-plan-map-to-operationalize-the-igad-regional-migration-policy-framework/>

Matlin, S. A., Depoux, A., Schütte, S., Flahault, A., & Saso, L. (2018). Migrants' and refugees' health: Towards an agenda of solutions. *Public Health Reviews*, 39(1), 1–55.

McAuliffe, M., & Kitimbo, A. (2018). African migration: What the numbers really tell us. *World Economic Forum*. <https://www.weforum.org/agenda/2018/06/heres-the-truth-about-african-migration/>

McKim, C. (2017). The Value of Mixed Methods Research. <https://doi.org/10.1177/1558689815607096>

Mechai, H. (2018). Maroc: Au-delà du pacte de Marrakech, faire entendre la voix de l'Afrique. *Le Point Afrique*. https://www.lepoint.fr/afrique/maroc-au-dela-du-pacte-de-marrakech-faire-entendre-la-voix-de-l-afrique-19-12-2018-2280798_3826.php

Migration Data Portal. (2020). Irregular migration. *Migration Data Portal*. <http://migrationdataportal.org/themes/irregular-migration>

Migration Data Portal. (2021). IOM - Global Migration Data Analysis Centre. <https://migrationdataportal.org/themes/migration-and-health>

Mishra, P. (2015). How to think about Islamic State. <http://www.theguardian.com/books/2015/jul/24/how-to-think-about-islamic-state>

Mixed Migration Centre. (2021). The impact of COVID-19 on refugees and migrants on the move in North and West Africa. *Mixed Migration Centre*. <https://mixedmigration.org/resource/the-impact-of-covid-19-on-refugees-and-migrants-on-the-move-in-north-and-west-africa/>

MixedMigrationHub. (2021). What is mixed migration? <http://www.mixedmigrationhub.org/member-agencies/what-mixed-migration-is/>

Mourji, F., Ferrié, J.-N., Radi, S., & Alioua, M. (2016). Les migrants subsahariens au Maroc. Enjeux d'une migration de résidence. *Konrad Adenauer Stiftung*. http://www.kas.de/wf/doc/kas_47249-1522-1-30.pdf?161205155425

MSF. (2010). Sexual Violence and Migration. The hidden reality of Sub-Saharan women trapped in Morocco en route to Europe. <https://www.msf.org/sites/msf.org/files/2018-06/sexual-violence-morocco.pdf>

MSF Southern Africa. (2013). Radical change to TB diagnosis and treatment needed in SADC. *MSF Southern Africa*. <https://www.msf.org.za/news-and-resources/press-release/radical-change-tb-diagnosis-and-treatment-needed-sadc>

Mukumbang, F. C., Ambe, A. N., & Adebisi, B. O. (2020). Unspoken inequality: How COVID-19 has exacerbated existing vulnerabilities of asylum-seekers, refugees, and undocumented migrants in South Africa. *Int J Equity Health*, 19(1), 141. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01259-4>

Mutambo, A. (2019). DR Congo Applies for Admission to East African Community. *In The East African*. <https://www.theeastafrican.co.ke/news/ea/DR-Congo-seeks-to-join-East-African-Community/4552908-5157244-rldjtsz/index.html>

- Muuo, S., Muthuri, S. K., Mutua, M. K., McAlpine, A., Bacchus, L. J., Ogego, H., Bangha, M., Hossain, M., & Izugbara, C. (2020). Barriers and facilitators to care-seeking among survivors of gender-based violence in the Dadaab refugee complex. *Sex Reprod Health Matters*, 28(1), 1722404. <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1722404>
- Nair, R., Madsen, B. S., Lassen, H., Baduk, S., Nagarajan, S., Mogensen, L. H., Novack, R., Curzon, R., Paraszczak, J., & Urbak, S. (2020). A machine learning approach to scenario analysis and forecasting of mixed migration. *IBM Journal of Research and Development*, 64(1/2), 7:1-7:7. <https://doi.org/10.1147/JRD.2019.2948824>
- Natale, F., Migali, S. and Münz, R. (2018). Many more to come Migration from and within Africa, EUR 29106 EN, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2018, doi:10.2760/1702. Available at: <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC110703>
- National Bureau of Statistics Nigeria. (2020). Nigerian Gross Domestic Product Report—Q3. https://www.proshareng.com/admin/upload/report/14210-GDP_Report_Q3_2020-proshare.pdf
- National Population Commission Nigeria. (2019). Nigeria Demographic and Health Survey 2018. NPC and ICF. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR359/FR359.pdf>
- Netherlands Enterprise Agency. (2017). Economic Opportunities in the Health care Infrastructure Sector in South Africa. <https://www.rvo.nl/sites/default/files/2017/12/economic-opportunities-in-the-health-care-infrastructure-sector-in-south-africa.pdf>
- NHIF. (2021). NHIF: National Hospital Insurance Fund. <http://www.nhif.or.ke/healthinsurance/Objectives>
- Norwegian Refugee Council. (2019). Boko Haram conflict causing misery to millions 10 years on. Norwegian Refugee Council. www.nrc.no/news/2019/july/boko-haram-conflict-causing-misery-to-millions-10-years-on/
- Odipo, G. (2018). Migration in Kenya: A Country Profile 2018—| IOM Online Bookstore. <https://publications.iom.int/books/migration-kenya-country-profile-2018>
- OECD. (2020a). DAC List of ODA Recipients effective for reporting on 2020 flows. www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-standards/daclist.htm
- OECD. (2020b). DAC List of ODA Recipients—OECD. <http://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-standards/daclist.htm>
- Ogaboh, A. A., Udom, H. T., & Eke, I. T. (2020). Why brain drain in the Nigerian health sector? *Asian Journal of Applied Sciences*, 8(2). <https://doi.org/10.24203/ajas.v8i2.5990>
- Okanlawon, K., Reeves, M., & Agbaje, O. F. (2010). Contraceptive Use: Knowledge, Perceptions and Attitudes of Refugee Youths in Oru Refugee Camp, Nigeria. *African Journal of Reproductive Health*, 14(4), Article 4. <https://doi.org/10.4314/ajrh.v14i4.67825>
- Olumade, T. J., Adesanya, O. A., Fred-Akintunwa, I. J., Babalola, D. O., Oguzie, J. U., Ogunsanya, O. A., George, U. E., Akin-Ajani, O. D., & Osasona, D. G. (2020). Infectious disease outbreak preparedness and response in Nigeria: History, limitations and recommendations for global health policy and practice. *AIMS Public Health*, 7(4), 736–757. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2020057>
- On'okoko, M. O., Jenkins, R., Miezi, S. M. M., Andjafono, D. O. L. E., & Mushidi, I. M. (2010). Mental health in the Democratic Republic of Congo: A post-crisis country challenge. *International Psychiatry*, 7(2), 41–42.
- Orcutt, M., Spiegel, P., Kumar, B., Abubakar, I., Clark, J., Horton, R., & Migration, L. (2020). Lancet Migration: Global collaboration to advance migration health. *The Lancet*, 395, 317–319. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)33220-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)33220-9)
- Our World in Data. (2021). Disease burden from non-communicable diseases, Nigeria. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/grapher/disease-burden-from-ncds>
- Ourworldindata. (2021). Coronavirus Pandemic (COVID-19). Our World in Data. <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/democratic-republic-of-congo>
- Panzi Foundation. (2020). World Bank: Panzi Foundation. <https://fondationpanzirdc.org/panzi-projets-2/banque-mondiale/>
- Peterman, A., Palermo, T., & Bredenkamp, C. (2011). Estimates and Determinants of Sexual Violence Against Women in the Democratic Republic of Congo. *American Journal of Public Health*, 101(6), 1060–1067. <https://doi.org/10.2195/ajph.2011.101.6.1060>

doi.org/10.2105/AJPH.2010.300070

Plateforme Nationale Protection Migrants. (2017). ETAT DES LIEUX DE L'ACCES AUX SERVICES POUR LES PERSONNES MIGRANTES AU MAROC : Bilan, perspectives et recommandations de la société civile. http://www.pnpm.ma/wp-content/uploads/2017/12/Rapport-PNPM-11_2017_ACCES-AUX-SERVICES-POUR-MIGRANTS-AU-MAROC.pdf

Pophiwa, N. (2014). The drivers and outcomes of feminization of migration in Africa. Pambazuka News. / gender-minorities/drivers-and-outcomes-feminization-migration-africa

Prevent Epidemics. (2020). Morocco. <https://preventepidemics.org/countries/mar/>

Prevent Epidemics. (2021). Kenya Overview | Prevent Epidemics. <https://preventepidemics.org/countries/ken/>

Priborkin. (2020). How Has Nigeria Handled the Coronavirus? American University. <https://www.american.edu/sis/news/20201023-how-has-nigeria-handled-the-coronavirus.cfm>

Principles for Digital Development. (2021). Principles for Digital Development. <https://digitalprinciples.org/>

Rabat Process ICMPD. (2021). Rabat Process. <https://www.rabat-process.org/en/>

Razum, O. (2008). Migrant Mortality, Healthy Migrant Effect Migrant mortality, healthy migrant effect. In W. Kirch (Ed.), *Encyclopedia of Public Health* (pp. 932–935). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-1-4020-5614-7_2188

Rédaction AfricaNews. (2021). Morocco kicks off coronavirus vaccination drive. Africanews. <https://www.africanews.com/2021/01/28/morocco-kicks-off-coronavirus-vaccination-drive/>

Republic of Kenya. (2001). The Children Act 2001. <https://www.refworld.org/docid/47975f332.html>

Republic of Kenya. (2006a). The Refugees Act. <https://www.refworld.org/docid/467654c52.html>

Republic of Kenya. (2006b). The Refugees Act 2006. <https://www.refworld.org/docid/467654c52.html>

Republic of Kenya. (2010a). Counter-Trafficking in Persons Act 2010. <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/84999/115494/F-2071338712/KEN84999.pdf>

Republic of Kenya. (2010b). National Childrens Policy 2010. http://www.childrenscouncil.go.ke/images/documents/Policy_Documents/National-Children-Policy.pdf

Republic of Kenya. (2011). The Kenya Citizenship and Immigration Act 2011. <https://admin.theiguides.org/Media/Documents/ImmigrationCitizenshipAct2011.pdf>

Republic of Kenya. (2014). Kenya Health Policy 2014–2030. http://publications.universalhealth2030.org/uploads/kenya_health_policy_2014_to_2030.pdf

Republic of Kenya. (2017). Health Act. <http://kenyalaw.org/kl/fileadmin/pdfdownloads/Acts/HealthActNo.21of2017.pdf>

Republic of Kenya. (2019). The Refugees Bill. http://kenyalaw.org/kl/fileadmin/pdfdownloads/bills/2019/The_Refugees_Bill__2019.pdf

Republic of Kenya, Ministry of Health. (2019). Menstrual Hygiene Management Policy 2019-2030. <https://www.health.go.ke/wp-content/uploads/2020/05/MHM-Policy-11-May-2020.pdf>

Republic of South Africa. (2020). Quarterly Labour Force Survey, Q3 2020. <http://www.statssa.gov.za/publications/P0211/P02113rdQuarter2020.pdf>

République Démocratique du Congo. (2002). Loi No. 021/2002 du 2002 portant statut des réfugiés en République Démocratique du Congo. <https://www.refworld.org/docid/3f5363f22.html>

Resolve to Save Lives. (2020). Nigeria Country Profile. preventepidemics.org/countries/nga/

Rogan, M. (2018). Informal economies are diverse: South African policies need to recognise this. *The Conversation*. <http://theconversation.com/informal-economies-are-diverse-south-african-policies-need-to-recognise-this-104586>

Roser, M. (2019). Human Development Index (HDI). *Our World in Data*. <https://ourworldindata.org/human-development-index>

Roser, M., & Ritchie, H. (2016). Burden of Disease. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/burden-of-disease>

Royaume du Maroc. (n.d.). Plan de santé 2025. Retrieved 27 March 2021, from <http://www.draatafilalet.ma/images/Publications-pdf/Plan-de-sant%C3%A9-2025.pdf>

Royaume du Maroc. (2003). Loi n° 02-03 relative à l'entrée et du séjour des étrangers au Royaume du Maroc, à l'émigration et l'immigration irrégulières. Bulletin Officiel, n° 5162(Jeudi 20 Novembre 2003). <https://www.refworld.org/docid/3ae6b4ed5c.html>

Royaume du Maroc. (2011a). La constitution. Edition 2011. http://www.sgg.gov.ma/Portals/0/constitution/constitution_2011_Fr.pdf

Royaume du Maroc. (2011b). Règlement intérieur des hôpitaux. <http://www.sante.gov.ma/Documents/Reglement%20Fr.pdf>

Royaume du Maroc. (2013). Stratégie Nationale d'Immigration et d'Asile.

Royaume du Maroc. (2015, October 27). Signature d'une convention-cadre de partenariat pour faire bénéficier les immigrés et les réfugiés du régime d'assistance médicale. Maroc.ma. <http://www.maroc.ma/fr/actualites/signature-dune-convention-cadre-de-partenariat-pour-faire-beneficier-les-immigres-et-les>

Royaume du Maroc. (2016a). Loi n° 27-14 du 25 août 2016 relative à la lutte contre la traite des êtres humains. https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=fr&p_isn=103357&p_count=3&p_classification=03

Royaume du Maroc. (2016b). Politiques Migratoires: Quel Rôle pour la Société Civile ? Forum Annuel de l'Immigration. 3ème édition. <https://marocainsdumonde.gov.ma/wp-content/uploads/2018/02/acte-forum-immigration-2016.pdf>

Royaume du Maroc. (2018a). Mapping de la protection sociale au Maroc. [https://www.unicef.org/morocco/sites/unicef.org.morocco/files/2018-11/Mapping Protection Sociale au Maroc.pdf](https://www.unicef.org/morocco/sites/unicef.org.morocco/files/2018-11/Mapping%20Protection%20Sociale%20au%20Maroc.pdf)

Royaume du Maroc. (2018b). Politique Nationale d'Immigration et d'Asile. Rapport 2018. www.marocainsdumonde.gov.ma

Royaume du Maroc. (2019). Projet de plan d'action mondial 2019-2023 pour la promotion de la santé des réfugiés et des migrants. Intervention du Royaume du Maroc. <https://apps.who.int/gb/statements/wha72/PDF/Morocco-12.4.pdf>

Royaume du Maroc. (2020a). Plan national de veille et de riposte à l'infection par le Coronavirus 2019-nCoV. <https://www.sante.gov.ma/Documents/2020/coronavirus/Plan%20national%20de%20veille%20et%20de%20riposte%20%C3%A0%20l%27infection%20par%20le%20Coronavirus%202019-nCoV.pdf>

Royaume du Maroc. (2020b). Réfugiés et migrants durant la pandémie de Covid 19 Accès aux soins de santé—Sehati. https://sehati.gov.ma/article/refugies_migrants_et_le_covid_19_au_maroc

Royaume du Maroc. (2020c). Sa Majesté le Roi adresse un discours au parlement à l'occasion de l'ouverture de la 1-ère session de la 5ème année législative de la 10-ème législature (Intégral). Ministère des Affaires Etrangères, de la Coopération Africaine et des Marocains Résidant à l'Étranger. <http://www.diplomatie.ma/fr/sa-majest%C3%A9-le-roi-adresse-un-discours-au-parlement-%C3%A0-l'occasion-de-l%27ouverture-de-la-1-%C3%A8re-session-de-la-5-%C3%A8me-ann%C3%A9e-l%27%C3%A9gislative-de-la-10-%C3%A8me-l%27%C3%A9gislature-int%C3%A9gral>

SACIDS. (2021). SACIDS - Southern African Centre for Infectious Disease Surveillance. SACIDS. <http://www.sacids.org/>

SADC. (2008). Code on Social Security in the SADC. https://www.sadc.int/files/2513/5843/3198/Code_on_Social_Security_in_SADC.pdf

SADC. (2016). 2016-2019 SADC Labour Migration Action Plan. https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/ICP/RCP/2017/SADC-Labour-Migration-Action-Plan-for-2016-2019.docx

Santander. (2021). Kenyan Economic Outline. https://santandertrade.com/en/portal/analyse-markets/kenya/economic-outline?url_de_la_page=%2Fen%2Fportal%2Fanalyse-markets%2Fkenya%2Feconomic-outline&&actualiser_id_banque=oui&id_banque=0&memoriser_choix=memoriser

Sater, J. (2011). Morocco's "Arab" Spring. Middle East Institute. <https://www.mei.edu/publications/>

moroccos-arab-spring

Schoumaker & Flahaux. (2016, April 19). Democratic Republic of the Congo: A Migration History Marked by Crises and Restrictions. Migrationpolicy.Org. <https://www.migrationpolicy.org/article/democratic-republic-congo-migration-history-marked-crisis-and-restrictions>

Semlali, Dr. H. (2010). The Morocco Country Case Study: Positive Practice Environments. WHO; World Health Organization. <https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/ppemorocco/en/>

Semlali, H. (2010). Positive Practice Environments in Morocco. International Council of Nurses. https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/PPE_Morocco_CaseStudy.pdf?ua=1

Sion, M., Rajan, D., Kalambay, H., Lokonga, J.-P., Bulakali, J., Mossoko, M., Kwete, D., Schmets, G., Kelley, E., Elongo, T., Sambo, L., & Cherian, M. (2015). A Resource Planning Analysis of District Hospital Surgical Services in the Democratic Republic of the Congo. *Global Health: Science and Practice*, 3(1), 56–70. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-14-00165>

South African Government. (1993). Occupational Health and Safety Act No. 85/1993.

South African Government. (1996). Constitution of the Republic of South Africa. <https://www.gov.za/documents/constitution-republic-south-africa-1996>

South African Government. (2002). Immigration Act No. 13/2002. https://www.dha.gov.za/IMMIGRATION_ACT_2002_MAY2014.pdf

South African Government. (2003). National Health Act No. 61/2003. https://www.gov.za/sites/default/files/gcis_document/201409/a61-03.pdf

South African Government. (2016). Immigration Amendment Act No. 8/2016. <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/104333/127239/F-1328942105/ZAF104333.pdf>

Stats SA Statistics South Africa: (2020). General Household Survey. <http://www.statssa.gov.za/publications/P0318/P03182018.pdf>

Sudan Doctors Union UK. (2020). Sudan Doctors Union UK. <https://www.sdu.org.uk/>

SurveyMonkey. (2020). Health Needs—Migrants and refugees views on their access to Health care in Europe Survey. <https://www.surveymonkey.com/r/MyHealthMigrantsRefugeesNeeds?lang=en>

Sweileh, W. M., Wickramage, K., Pottie, K., Hui, C., Roberts, B., Sawalha, A. F., & Zyoud, S. H. (2018). Bibliometric analysis of global migration health research in peer-reviewed literature (2000–2016). *BMC Public Health*, 18(1), 777. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5689-x>

Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services. (2017). SIAPS Democratic Republic of the Congo End of Project Report – SIAPS Program. <http://siapsprogram.org/publication/siaps-democratic-republic-of-the-congo-end-of-project-report/>

Taran, P., & Youtz, K. (2015). Comprehensive Review of Nigeria Legislation and Policy Pertaining to Migration—Regarding the International Convention on Rights of Migrant Workers, ILO C-97 on Migration for Employment and ILO C-143 on Migrant Workers. International Organization for Migration. <https://publications.iom.int/books/comprehensive-review-nigeria-legislation-and-policy-pertaining-migration>

Telquel. (2020). Vaccination contre le Covid-19: Ce qu'il faut retenir de l'intervention de Khalid Aït Taleb sur 2M. https://telquel.ma/2020/12/01/vaccination-contre-le-covid-19-ce-quil-faut-retenir-de-lintervention-de-khalid-ait-taleb-sur-2m_1703491?fbrefresh=7

Teye Joseph (2018) 'Urbanisation and Migration in Africa', presentation to Expert Group Meeting, United Nations Headquarters in New York, 1-2 November, 2018. Available at: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/unpd_egm_201811_joseph_teye_ppt.pdf

The Observatory of Economic Complexity. (2020). Nigeria. <https://oec.world/en/profile/country/nga>

UN. (1990). INTERNATIONAL CONVENTION ON THE PROTECTION OF THE RIGHTS OF ALL MIGRANT WORKERS AND MEMBERS OF THEIR FAMILIES. https://treaties.un.org/doc/Treaties/1990/12/19901218%2008-12%20AM/Ch_IV_13p.pdf

UN. (2015). Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development. https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/2051AAAA_Outcome.pdf

- UN. (2018). Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration. In A/RES/73/195. https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/195
- UN DESA. (2019a). International Migrant Stock 2019. <https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/index.asp>
- UN DESA. (2019b). International migrant stock 2019: Country Profiles. <https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/countryprofiles.asp>
- UN DESA. (2020). SDG Indicator 10.7.2 Data Booklet. In ST/ESA/SER.A/441. <https://doi.org/10.72>
- UN General Assembly. (2008). Universal Declaration of Human Rights: Adopted and proclaimed by UN General Assembly Resolution 217 A (III) of 10 December 1948 Text: UN Document A/810, p. 71 (1948). *Refugee Survey Quarterly*, 27(3), 149–182. <https://doi.org/10.1093/rsq/hdn037>
- UN General Assembly. (2017). Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. In *A New Era in Global Health*. Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826190123.ap02>
- UN OCHA. (2019). République démocratique du Congo aperçu des besoins humanitaires 2020 (decembre 2019)—Democratic Republic of the Congo. ReliefWeb. <https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/r-publique-d-mocratique-du-congo-aper-u-des-besoins-humanitaires-1>
- UNAIDS. (2019). AIDSinfo—People Living with HIV. <https://aidsinfo.unaids.org/>
- UNCTAD. (2014). World investment report 2014: Investing in the SDGs - an action plan. UN. <https://doi.org/10.18356/3e74cde5-en>
- UNCTAD. (2018). Economic Development in Africa Report 2018—Migration for Structural Transformation (pp. 1–204). https://unctad.org/en/PublicationsLibrary/aldcafrica2018_en.pdf
- UNDP. (2019a). HDI Data 2019. <http://hdr.undp.org/en/countries>
- UNDP. (2019b). Scaling Fences: Voices of Irregular African Migrants to Europe (pp. 1–136). <https://www.undp.org/content/dam/rba/docs/Reports/UNDP-Scaling-Fences-EN-2019.pdf>
- UNDP. (2021). Africa Borderlands Centre | Project Document | UNDP in Africa. UNDP. <https://www.africa.undp.org/content/rba/en/home/library/reports/africa-borderlands-centre—project-document.html>
- UNFPA. (2014). Programme of Action of the International Conference on Population Development. 20th Anniversary Edition. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf
- UNHCR. (2011). Rainfall, disease, hitting refugee camps in Kenya, Ethiopia. UNHCR. <https://www.unhcr.org/news/briefing/2011/11/4ec2652b9/rainfall-disease-hitting-refugee-camps-kenya-ethiopia.html>
- UNHCR. (2017). Migrants in vulnerable situations. <https://www.refworld.org/pdfid/596787174.pdf>
- UNHCR. (2019a). Democratic Republic of the Congo | Global Focus. <https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/pdfsummaries/GR2019-DemocraticRepublicoftheCongoRegionalOffice-eng.pdf>
- UNHCR. (2019b). DRC at a Glance. <https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/UNHCR%20DRC%20Fact%20Sheet%20August%202020.pdf>
- UNHCR. (2019c). Global Report 2019. UNHCR. https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/gr2019/pdf/GR2019_English_Full_lowres.pdf#_ga=2.924337.1474206192.1602752791-1972290757.1595777342
- UNHCR. (2019d). Morocco | Global Focus 2019. <https://reporting.unhcr.org/node/10331?y=2019#year>
- UNHCR. (2019e). The Global Compact on Refugees. UNHCR. <https://www.unhcr.org/the-global-compact-on-refugees.html>
- UNHCR. (2019f). UNHCR - Refugee Statistics. UNHCR. <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>
- UNHCR. (2019g). UNHCR Country Portfolio Evaluation: Morocco (2016–2019). UNHCR. <https://www.unhcr.org/research/evalreports/5e1f058d7/unhcr-country-portfolio-evaluation-morocco-20162019.html>
- UNHCR. (2020a). Figures at a Glance. <https://www.unhcr.org/ke/figures-at-a-glance>

- UNHCR. (2020b). Inside the World's 10 Largest Refugee Camps. <https://www.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=8ff1d1534e8c41adb5c04ab435b7974b>
- UNHCR. (2020c). Kakuma Refugee Camp and Kalobeyei Integrated Settlement. <https://www.unhcr.org/ke/kakuma-refugee-camp>
- UNHCR. (2020d). Morocco Fact Sheet—September 2020. <https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/UNHCR%20Morocco%20Fact%20Sheet%20-%20September%202020.pdf>
- UNHCR. (2020e). Nigeria: Population of concern snapshot. October 2020. data2.unhcr.org/en/documents/details/83194
- UNHCR. (2020f). Refugee population by country or territory of asylum—Gabon, Congo, Dem. Rep., Cameroon, Mauritania, Morocco, Tunisia, Uganda, Sudan, Kenya, Botswana, South Africa, Angola, Nigeria, Gambia, The, Senegal | Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SM.POP.PREFG?locations=GA-CD-CM-MR-MA-TN-UG-SD-KE-BW-ZA-AO-NG-GM-SN>
- UNHCR. (2020g). Socio-economic impact assessment of COVID-19 pandemic among persons of concern in Nigeria. <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/78532>
- UNHCR. (2020h). UNHCR Nigeria: Population Statistics October 2020. data2.unhcr.org/en/documents/details/83192
- UNHCR. (2020i, January 10). Dadaab Refugee Complex. <https://www.unhcr.org/ke/dadaab-refugee-complex>
- United Nations Population Division. (2019). International migrant stock | By destination and origin. <https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimates19.asp>
- USAID. (2020). Global Health/ Regional | Southern Africa Regional | U.S. Agency for International Development. <https://www.usaid.gov/southern-africa-regional/global-health>
- Vaillancourt, C. (2014). Patients Without Borders: Medical tourism and Medical Migration in Souther Africa. <https://doi.org/10.3109/10903127.2014.942475>
- van den Ameele, S., Keygnaert, I., Rachidi, A., Roelens, K., & Temmerman, M. (2013). The role of the health care sector in the prevention of sexual violence against sub-Saharan transmigrants in Morocco: A study of knowledge, attitudes and practices of health care workers. *BMC Health Serv Res*, 13, 77. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-77>
- Varrella, S. (2020). Health in Nigeria—Statistics & facts. Statista. www.statista.com/topics/6575/health-in-nigeria/
- Ververs, M., Muriithi, J. W., Burton, A., Burton, J. W., & Lawi, A. O. (2019). Scurvy Outbreak Among South Sudanese Adolescents and Young Men—Kakuma Refugee Camp, Kenya, 2017-2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 68(3), 72–75. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6803a4>
- Viruell-Fuentes, E. A. (2007). Beyond acculturation: Immigration, discrimination, and health research among Mexicans in the United States. *Social Science & Medicine*, 65(7), 1524–1535. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.010>
- Viruell-Fuentes, E. A., Miranda, P.Y., & Abdulrahim, S. (2012). More than culture: Structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2099–2106. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.037>
- Volbrecht. (2019). The promise of a digitally connected DR Congo. <https://www.path.org/articles/digital-congo-ebola/>
- Wallace, S. P., Young, M.-E. D. T., Rodríguez, M. A., & Brindis, C. D. (2018). A social determinants framework identifying state-level immigrant policies and their influence on health. *SSM - Population Health*, 7. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2018.10.016>
- Watson, O., Abdelmagid, N., Ahmed, A., Ahmed Abd Elhameed, A. E., Whittaker, C., Brazeau, N., Hamlet, A., Walker, P., Hay, J., Ghani, A., Checchi, F., & Dahab, M. (2020). Report 39: Characterising COVID-19 epidemic dynamics and mortality under-ascertainment in Khartoum, Sudan [Report]. <https://doi.org/10.25561/84283>
- West African Health Organization. (2020). About WAHO. <https://www.wahooas.org/web-ooas/en/a-propos>
- WHO. (1946). Constitution of the World Health Organization. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

- WHO. (2003). How Much Should Countries Spend on Health? https://www.who.int/health_financing/en/how_much_should_dp_03_2.pdf
- WHO. (2008). ESSENTIAL HEALTH PACKAGES: WHAT ARE THEY FOR? WHAT DO THEY CHANGE? https://www.who.int/healthsystems/topics/delivery/technical_brief_ehp.pdf
- WHO. (2011). Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf?ua=1
- WHO. (2012). Health Systems in Africa: Community Perceptions and Perspectives—The Report of a Multi-Country Study. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/english—health_systems_in_africa—2012.pdf
- WHO. (2013). WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2011. WHO. www.who.int/healthinfo/statistics/GlobalDALYmethods_2000_2011.pdf?ua=1
- WHO. (2016). Stratégie de coopération OMS - Maroc 2017-2021. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254588/CCS_Maroc_2016_fr_19364.pdf;jsessionid=8A03EA103C67B8C7BEF4CD0B8415B637?sequence=5
- WHO. (2017). Disease outbreak—Cholera—Kenya—11 December 2017. WHO | Regional Office for Africa. <https://www.afro.who.int/health-topics/cholera/outbreak/11-december-2017-kenya>
- WHO. (2018a). GHO | By category | Current health expenditure (CHE) per capita in PPP - Data by country. WHO; World Health Organization. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDCHEpcPPPSHA2011?lang=en>
- WHO. (2018b). GHO | By category | Health financing. WHO; World Health Organization. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.HEALTHFINANCING?lang=en>
- WHO. (2018c). Health of refugees and migrants. Regional situation analysis, practices, experiences, lessons learned and ways forward. 28. <https://doi.org/10.1287/mksc.1090.0503>
- WHO. (2018d). Health of refugees and migrants—Practices in addressing the health needs of refugees and migrants. <https://www.who.int/migrants/publications/AFRO-Practices.pdf?ua=1>
- WHO. (2018e). Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure)—South Africa | Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=ZA>
- WHO. (2018f). The state of health in the WHO African Region: An analysis of the status of health, health services and health systems in the context of the Sustainable Development Goals. <https://www.afro.who.int/publications/state-health-who-african-region>
- WHO. (2019). Promoting the health of refugees and migrants: Draft global action plan 2019–2023. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/promoting-the-health-of-refugees-and-migrants-draft-global-action-plan-2019-2023>
- WHO. (2020a). 10th Ebola outbreak in the Democratic Republic of the Congo declared over; vigilance against flare-ups and support for survivors must continue. <https://www.who.int/news/item/25-06-2020-10th-ebola-outbreak-in-the-democratic-republic-of-the-congo-declared-over-vigilance-against-flare-ups-and-support-for-survivors-must-continue>
- WHO. (2020b). 11th Ebola outbreak in the Democratic Republic of the Congo declared over. WHO | Regional Office for Africa. <https://www.afro.who.int/news/11th-ebola-outbreak-democratic-republic-congo-declared-over>
- WHO. (2020c). ApartTogether. <https://www.aparttogetherstudy.org/>
- WHO. (2020d). Global Health Observatory data repository. Health worker density—Data by country. World Health Organization. apps.who.int/gho/data/view.main.UHCHRHv
- WHO. (2020e). Global Health Observatory data repository. Out-of-pocket expenditure as percentage of current health expenditure (CHE) (%)—Data by country. World Health Organization. apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDOOPSCHESHA2011?lang=en
- WHO. (2020f). Hospital beds (per 10 000 population). [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-(per-10-000-population))
- WHO, UNICEF, UN, UN DESA, & World Bank. (2015). Trends in maternal mortality: 1990 to 2015 : estimates

- by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>
- Wickramage, K., Vearey, J., Zwi, A. B., Robinson, C., & Knipper, M. (2018). Migration and health: A global public health research priority. *BMC Public Health*, 18(1), 987. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5932-5>
- Services in the Democratic Republic of the Congo. *Global Health: Science and Practice*, 3(1), 56–70. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-14-00165>
- South African Government. (1993). Occupational Health and Safety Act No. 85/1993.
- South African Government. (1996). Constitution of the Republic of South Africa. <https://www.gov.za/documents/constitution-republic-south-africa-1996>
- South African Government. (2002). Immigration Act No. 13/2002. https://www.dha.gov.za/IMMIGRATION_ACT_2002_MAY2014.pdf
- South African Government. (2003). National Health Act No. 61/2003. https://www.gov.za/sites/default/files/gcis_document/201409/a61-03.pdf
- South African Government. (2016). Immigration Amendment Act No. 8/2016. <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/104333/127239/F-1328942105/ZAF104333.pdf>
- Stats SA Statistics South Africa: (2020). General Household Survey. <http://www.statssa.gov.za/publications/P0318/P03182018.pdf>
- Sudan Doctors Union UK. (2020). Sudan Doctors Union UK. <https://www.sdu.org.uk/>
- SurveyMonkey. (2020). Health Needs—Migrants and refugees views on their access to Health care in Europe Survey. <https://www.surveymonkey.com/r/MyHealthMigrantsRefugeesNeeds?lang=en>
- Sweileh, W. M., Wickramage, K., Pottie, K., Hui, C., Roberts, B., Sawalha, A. F., & Zyoud, S. H. (2018). Bibliometric analysis of global migration health research in peer-reviewed literature (2000–2016). *BMC Public Health*, 18(1), 777. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5689-x>
- Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services. (2017). SIAPS Democratic Republic of the Congo End of Project Report – SIAPS Program. <http://siapsprogram.org/publication/siaps-democratic-republic-of-the-congo-end-of-project-report/>
- Taran, P., & Youtz, K. (2015). Comprehensive Review of Nigeria Legislation and Policy Pertaining to Migration—Regarding the International Convention on Rights of Migrant Workers, ILO C-97 on Migration for Employment and ILO C-143 on Migrant Workers. International Organization for Migration. <https://publications.iom.int/books/comprehensive-review-nigeria-legislation-and-policy-pertaining-migration>
- Telquel. (2020). Vaccination contre le Covid-19: Ce qu'il faut retenir de l'intervention de Khalid Aït Taleb sur 2M. *Telquel.ma*. https://telquel.ma/2020/12/01/vaccination-contre-le-covid-19-ce-quil-faut-retenir-de-lintervention-de-khalid-ait-taleb-sur-2m_1703491?fbrefresh=7
- Teye Joseph (2018) 'Urbanisation and Migration in Africa', presentation to Expert Group Meeting, United Nations Headquarters in New York, 1-2 November, 2018. Available at: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/unpd_egm_201811_joseph_teye_ppt.pdf
- The Observatory of Economic Complexity. (2020). Nigeria. <https://oec.world/en/profile/country/nga>
- UN. (1990). INTERNATIONAL CONVENTION ON THE PROTECTION OF THE RIGHTS OF ALL MIGRANT WORKERS AND MEMBERS OF THEIR FAMILIES. https://treaties.un.org/doc/Treaties/1990/12/19901218%2008-12%20AM/Ch_IV_13p.pdf
- UN. (2015). Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development. https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/2051AAAA_Outcome.pdf
- UN. (2018). Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration. In A/RES/73/195. https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/195
- UN DESA. (2019a). International Migrant Stock 2019. <https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/index.asp>
- UN DESA. (2019b). International migrant stock 2019: Country Profiles. <https://www.un.org/en/development/>

desa/population/migration/data/estimates2/countryprofiles.asp

UN DESA. (2020). SDG Indicator 10.7.2 Data Booklet. In ST/ESA/SER.A/441. <https://doi.org/10.72>

UN General Assembly. (2008). Universal Declaration of Human Rights: Adopted and proclaimed by UN General Assembly Resolution 217 A (III) of 10 December 1948 Text: UN Document A/810, p. 71 (1948). *Refugee Survey Quarterly*, 27(3), 149–182. <https://doi.org/10.1093/rsq/hdn037>

UN General Assembly. (2017). Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. In *A New Era in Global Health*. Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826190123.ap02>

UN OCHA. (2019). République démocratique du Congo aperçu des besoins humanitaires 2020 (décembre 2019)—Democratic Republic of the Congo. ReliefWeb. <https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/r-publique-d-mocratique-du-congo-aper-u-des-besoins-humanitaires-1>

UNAIDS. (2019). AIDSinfo—People Living with HIV. <https://aidsinfo.unaids.org/>

UNCTAD. (2014). World investment report 2014: Investing in the SDGs - an action plan. UN. <https://doi.org/10.18356/3e74cde5-en>

UNCTAD. (2018). Economic Development in Africa Report 2018—Migration for Structural Transformation (pp. 1–204). https://unctad.org/en/PublicationsLibrary/aldcafrica2018_en.pdf

UNDP. (2019a). HDI Data 2019. <http://hdr.undp.org/en/countries>

UNDP. (2019b). Scaling Fences: Voices of Irregular African Migrants to Europe (pp. 1–136). <https://www.undp.org/content/dam/rba/docs/Reports/UNDP-Scaling-Fences-EN-2019.pdf>

UNDP. (2021). Africa Borderlands Centre | Project Document | UNDP in Africa. UNDP. <https://www.africa.undp.org/content/rba/en/home/library/reports/africa-borderlands-centre—project-document.html>

UNFPA. (2014). Programme of Action of the International Conference on Population Development. 20th Anniversary Edition. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf

UNHCR. (2011). Rainfall, disease, hitting refugee camps in Kenya, Ethiopia. UNHCR. <https://www.unhcr.org/news/briefing/2011/11/4ec2652b9/rainfall-disease-hitting-refugee-camps-kenya-ethiopia.html>

UNHCR. (2017). Migrants in vulnerable situations. <https://www.refworld.org/pdfid/596787174.pdf>

UNHCR. (2019a). Democratic Republic of the Congo | Global Focus. <https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/pdfsummaries/GR2019-DemocraticRepublicoftheCongoRegionalOffice-eng.pdf>

UNHCR. (2019b). DRC at a Glance. <https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/UNHCR%20DRC%20Fact%20Sheet%20August%202020.pdf>

UNHCR. (2019c). Global Report 2019. UNHCR. https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/gr2019/pdf/GR2019_English_Full_lowres.pdf#_ga=2.924337.1474206192.1602752791-1972290757.1595777342

UNHCR. (2019d). Morocco | Global Focus 2019. <https://reporting.unhcr.org/node/10331?y=2019#year>

UNHCR. (2019e). The Global Compact on Refugees. UNHCR. <https://www.unhcr.org/the-global-compact-on-refugees.html>

UNHCR. (2019f). UNHCR - Refugee Statistics. UNHCR. <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>

UNHCR. (2019g). UNHCR Country Portfolio Evaluation: Morocco (2016–2019). UNHCR. <https://www.unhcr.org/research/evalreports/5e1f058d7/unhcr-country-portfolio-evaluation-morocco-20162019.html>

UNHCR. (2020a). Figures at a Glance. <https://www.unhcr.org/ke/figures-at-a-glance>

UNHCR. (2020b). Inside the World's 10 Largest Refugee Camps. <https://www.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=8ff1d1534e8c41adb5c04ab435b7974b>

UNHCR. (2020c). Kakuma Refugee Camp and Kalobeyei Integrated Settlement. <https://www.unhcr.org/ke/kakuma-refugee-camp>

UNHCR. (2020d). Morocco Fact Sheet—September 2020. <https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/UNHCR%20Morocco%20Fact%20Sheet%20-%20September%202020.pdf>

- UNHCR. (2020e). Nigeria: Population of concern snapshot. October 2020. data2.unhcr.org/en/documents/details/83194
- UNHCR. (2020f). Refugee population by country or territory of asylum—Gabon, Congo, Dem. Rep., Cameroon, Mauritania, Morocco, Tunisia, Uganda, Sudan, Kenya, Botswana, South Africa, Angola, Nigeria, Gambia, The, Senegal | Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SM.POP.PREFG?locations=GA-CD-CM-MR-MA-TN-UG-SD-KE-BW-ZA-AO-NG-GM-SN>
- UNHCR. (2020g). Socio-economic impact assessment of COVID-19 pandemic among persons of concern in Nigeria. <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/78532>
- UNHCR. (2020h). UNHCR Nigeria: Population Statistics October 2020. data2.unhcr.org/en/documents/details/83192
- UNHCR. (2020i, January 10). Dadaab Refugee Complex. <https://www.unhcr.org/ke/dadaab-refugee-complex>
- United Nations Population Division. (2019). International migrant stock | By destination and origin. <https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimates19.asp>
- USAID. (2020). Global Health/ Regional | Southern Africa Regional | U.S. Agency for International Development. <https://www.usaid.gov/southern-africa-regional/global-health>
- Vaillancourt, C. (2014). Patients Without Borders: Medical tourism and Medical Migration in Souther Africa. <https://doi.org/10.3109/10903127.2014.942475>
- van den Ameele, S., Keygnaert, I., Rachidi, A., Roelens, K., & Temmerman, M. (2013). The role of the health care sector in the prevention of sexual violence against sub-Saharan transmigrants in Morocco: A study of knowledge, attitudes and practices of health care workers. *BMC Health Serv Res*, 13, 77. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-77>
- Varrella, S. (2020). Health in Nigeria—Statistics & facts. Statista. www.statista.com/topics/6575/health-in-nigeria/
- Ververs, M., Muriithi, J. W., Burton, A., Burton, J. W., & Lawi, A. O. (2019). Scurvy Outbreak Among South Sudanese Adolescents and Young Men—Kakuma Refugee Camp, Kenya, 2017-2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 68(3), 72–75. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6803a4>
- Viruell-Fuentes, E. A. (2007). Beyond acculturation: Immigration, discrimination, and health research among Mexicans in the United States. *Social Science & Medicine*, 65(7), 1524–1535. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.010>
- Viruell-Fuentes, E. A., Miranda, P.Y., & Abdulrahim, S. (2012). More than culture: Structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2099–2106. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.037>
- Volbrecht. (2019). The promise of a digitally connected DR Congo. <https://www.path.org/articles/digital-congo-ebola/>
- Wallace, S. P., Young, M.-E. D. T., Rodríguez, M. A., & Brindis, C. D. (2018). A social determinants framework identifying state-level immigrant policies and their influence on health. *SSM - Population Health*, 7. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2018.10.016>
- Watson, O., Abdelmagid, N., Ahmed, A., Ahmed Abd Elhameed, A. E., Whittaker, C., Brazeau, N., Hamlet, A., Walker, P., Hay, J., Ghani, A., Checchi, F., & Dahab, M. (2020). Report 39: Characterising COVID-19 epidemic dynamics and mortality under-ascertainment in Khartoum, Sudan [Report]. <https://doi.org/10.25561/84283>
- West African Health Organization. (2020). About WAHO. <https://www.wahooas.org/web-ooas/en/a-propos>
- WHO. (1946). Constitution of the World Health Organization. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- WHO. (2003). How Much Should Countries Spend on Health? https://www.who.int/health_financing/en/how_much_should_dp_03_2.pdf
- WHO. (2008). ESSENTIAL HEALTH PACKAGES: WHAT ARE THEY FOR? WHAT DO THEY CHANGE? https://www.who.int/healthsystems/topics/delivery/technical_brief_ehp.pdf

- WHO. (2011). Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf?ua=1
- WHO. (2012). Health Systems in Africa: Community Perceptions and Perspectives—The Report of a Multi-Country Study. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/english—health_systems_in_africa—2012.pdf
- WHO. (2013). WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2011. WHO. www.who.int/healthinfo/statistics/GlobalDALYmethods_2000_2011.pdf?ua=1
- WHO. (2016). Stratégie de coopération OMS - Maroc 2017-2021. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254588/CCS_Maroc_2016_fr_19364.pdf;jsessionid=8A03EA103C67B8C7BEF4CD0B8415B637?sequence=5
- WHO. (2017). Disease outbreak—Cholera—Kenya—11 December 2017. WHO | Regional Office for Africa. <https://www.afro.who.int/health-topics/cholera/outbreak/11-december-2017-kenya>
- WHO. (2018a). GHO | By category | Current health expenditure (CHE) per capita in PPP - Data by country. WHO; World Health Organization. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDCHEpcPPPSHA2011?lang=en>
- WHO. (2018b). GHO | By category | Health financing. WHO; World Health Organization. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.HEALTHFINANCING?lang=en>
- WHO. (2018c). Health of refugees and migrants. Regional situation analysis, practices, experiences, lessons learned and ways forward. 28. <https://doi.org/10.1287/mksc.1090.0503>
- WHO. (2018d). Health of refugees and migrants—Practices in addressing the health needs of refugees and migrants. <https://www.who.int/migrants/publications/AFRO-Practices.pdf?ua=1>
- WHO. (2018e). Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure)—South Africa | Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=ZA>
- WHO. (2018f). The state of health in the WHO African Region: An analysis of the status of health, health services and health systems in the context of the Sustainable Development Goals. <https://www.afro.who.int/publications/state-health-who-african-region>
- WHO. (2019). Promoting the health of refugees and migrants: Draft global action plan 2019–2023. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/promoting-the-health-of-refugees-and-migrants-draft-global-action-plan-2019-2023>
- WHO. (2020a). 10th Ebola outbreak in the Democratic Republic of the Congo declared over; vigilance against flare-ups and support for survivors must continue. <https://www.who.int/news/item/25-06-2020-10th-ebola-outbreak-in-the-democratic-republic-of-the-congo-declared-over-vigilance-against-flare-ups-and-support-for-survivors-must-continue>
- WHO. (2020b). 11th Ebola outbreak in the Democratic Republic of the Congo declared over. WHO | Regional Office for Africa. <https://www.afro.who.int/news/11th-ebola-outbreak-democratic-republic-congo-declared-over>
- WHO. (2020c). ApartTogether. <https://www.aparttogetherstudy.org/>
- WHO. (2020d). Global Health Observatory data repository. Health worker density—Data by country. World Health Organization. apps.who.int/gho/data/view.main.UHCHRHv
- WHO. (2020e). Global Health Observatory data repository. Out-of-pocket expenditure as percentage of current health expenditure (CHE) (%)—Data by country. World Health Organization. apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDOOPSCHESHA2011?lang=en
- WHO. (2020f). Hospital beds (per 10 000 population). [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-(per-10-000-population))
- WHO, UNICEF, UN, UN DESA, & World Bank. (2015). Trends in maternal mortality: 1990 to 2015 : estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>
- Wickramage, K., Vearey, J., Zwi, A. B., Robinson, C., & Knipper, M. (2018). Migration and health: A global public health research priority. *BMC Public Health*, 18(1), 987. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5932-5>

- Williams, W. (2019). Shifting Borders: Africa's Displacement Crisis and Its Security Implications. African Center for Strategic Studies. <https://africacenter.org/wp-content/uploads/2019/10/ARP08EN-Shifting-Borders-Africas-Displacement-Crisis-and-Its-Implications.pdf>
- World Bank. (2015). Gini index (World Bank estimate)—South Africa | Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI?end=2014&locations=ZA&start=1993&view=chart>
- World Bank. (2017a). Nurses and midwives (per 1,000 people)—South Africa. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.NUMW.P3?locations=ZA>
- World Bank. (2017b). UHC service coverage index. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.UHC.SRVS.CV.XD>
- World Bank. (2017c). World Development Indicators | Out-of-pocket-expenditure (% of current health expenditure). <https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&series=SH.XPD.OOPC.CH.ZS&country=CMR,MRT,MAR,COD,GAB,KEN,UGA,TUN,SDN,ZAF,BWA,AGO,NGA,GMB,SEN>
- World Bank. (2018a). Kenya Nurses and midwives (per 1,000 people)—Kenya | Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.NUMW.P3?locations=KE>
- World Bank. (2018b). Kenya Physicians (per 1,000 people) | Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS>
- World Bank. (2018c). World Development Indicators | Life Expectancy at birth. <https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&series=SP.DYN.LE00.IN&country=CMR,MRT,MAR,COD,GAB,KEN,UGA,TUN,SDN,ZAF,BWA,AGO,NGA,GMB,SEN>
- World Bank. (2019a). GDP (current US\$) 2019 | Data. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD>
- World Bank. (2019b). Incidence of malaria (per 1,000 population at risk). <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MLR.INCD.P3>
- World Bank. (2019c). Net migration—Kenya | Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SM.POP.NETM?locations=KE>
- World Bank. (2019d). Overview: South Africa [Text/HTML]. World Bank. <https://www.worldbank.org/en/country/southafrica/overview>
- World Bank. (2019e). Population, total—Nigeria | Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=NG>
- World Bank. (2019f). The World Bank in Kenya—Overview [Text/HTML]. World Bank. <https://www.worldbank.org/en/country/kenya/overview>
- World Bank. (2019g). World Development Indicators | GDP per capita, PPP. <https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&series=SH.XPD.OOPC>
- World Bank. (2020a). COVID-19: Remittance Flows to Shrink 14% by 2021. World Bank. <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2020/10/29/covid-19-remittance-flows-to-shrink-14-by-2021>
- World Bank. (2020b). GDP per capita (current US\$)—Morocco | Data. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=MA>
- World Bank. (2020c). Life expectancy at birth, total (years)—Morocco | Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=MA>
- World Bank. (2020d). Morocco | Data. <https://data.worldbank.org/country/MA>
- World Bank. (2020e). Mortality rate, infant (per 1,000 live births)—Morocco | Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?locations=MA>
- World Bank. (2020f). Project-Information-Document-Nigeria-COVID-19-Preparedness-and-Response-Project-P173980.pdf. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/338411595586903178/pdf/Project-Information-Document-Nigeria-COVID-19-Preparedness-and-Response-Project-P173980.pdf>
- World Bank. (2021a). Domestic general government health expenditure per capita (current US\$)—Congo, Dem. Rep. | Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.PC.CD?locations=CD>
- World Bank. (2021b). GDP per capita, PPP (current international \$)—Nigeria | Data. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.CD?locations=NG>

Yeung, P. (2020). Cheap and easy \$1 coronavirus test to undergo trials in Senegal. *New Scientist*. <https://www.newscientist.com/article/mg24632823-700-cheap-and-easy-1-coronavirus-test-to-undergo-trials-in-senegal/>

Zanker, F. L., & Moyo, K. (2020). The Corona Virus and Migration Governance in South Africa: Business As Usual? *Africa Spectrum*, 55(1), 100–112. <https://doi.org/10.1177/0002039720925826>

Zimmerman, C., Kiss, L., & Hossain, M. (2011). Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. *PLoS Medicine*, 8(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001034>

Annexes

Annexe I: Sources infographiques	135
Annexe II: Exemples de bonnes pratiques	136
Annexe III: Migration, préparation à une pandémie et COVID-19	139
Annexe IV: Tableaux	143
Tableau 1: Statistiques descriptives sur l'échantillon de l'enquête par: Sexe, urbanité de résidence, statut de résidence, niveau d'éducation, statut professionnel	143
Tableau 2: Statistiques descriptives sur l'échantillon de l'enquête: Type d'appartement, Taille du ménage, Durée du séjour dans le pays	144
Tableau 3: Statistiques descriptives regroupées par pays et par cohortes de genre dans différents pays : Évaluation de l'accès à la santé, évaluation de la qualité du système de santé, évaluation de son propre état de santé (1) : avant la migration, (2) : à l'arrivée dans le pays de résidence, (3) : au moment de l'enquête	144
Tableau 4: Statistiques descriptives sur les 3 pays, regroupés par sexe : où les répondants cherchent de l'aide s'ils ont des problèmes et où ils ont trouvé des informations sur le système de santé local (tous deux à sélection multiple)	145
Tableau 5: Les maladies qui inquiètent le plus les gens	146
Tableau 6: Évaluation de l'accès à la santé, de la qualité dans le pays respectif et de l'état de santé à trois périodes: avant la migration, à l'arrivée et maintenant	147
Tableau 7: Restrictions vécues	147
Tableau 8: Tableau statistique descriptif axé sur les sans-papiers - Afrique du Sud uniquement (1)	148
Tableau 9: Tableau 9: Tableau de statistiques descriptives pour l'Afrique du Sud (2)	149
Tableau 10: Statistiques descriptives sur l'échantillon sud-africain, regroupées en cohortes de sexe et de résidence sur : Évaluation de l'accès à la santé, évaluation de la qualité du système de santé, évaluation de son propre état de santé (1) : avant la migration, (2) : à l'arrivée dans le pays de résidence, (3) : au moment de l'enquête.	150
Annexe V: Questionnaire de l'enquête	151
Annexe VI: Matrice abrégée des relations de codage des groupes d'entretien	160
Annexe VII: Typologie de groupes de migrants	161
Annexe VIII: Liste des partenaires pour les entretiens d'informateurs clés (KII) et les entretiens de groupe (Equipe de Berlin)	163
Annexe IX: Processus de dialogues inter-étatiques sur la migration en Afrique	164

Annexe I: Sources infographiques

Pour obtenir les chiffres cités, le pays respectif doit être sélectionné.

Informations générales

Population	- (CIA, 2020; UN DESA, 2019b)
PIB	- (Banque mondiale, 2019a)
Indice de développement humain	- (PNUD, 2019a)
Couverture des services de la CSU	- (Banque mondiale, 2017b)
Données sur la population migrante	- (UNHCR, 2019f)
Lits d'hôpitaux	- (OMS, 2020f)
Médecins	- (Banque mondiale, 2018b)
Prévalence SIDA/VIH	- (ONUSIDA, 2019)
Prévalence du paludisme	- (Banque mondiale, 2019b)
Prévalence de la typhoïde	- (Kim et al., 2017)
Prévalence du COVID-19	- (Johns Hopkins University & Medicine, 2021b)
Données sur l'épidémie d'Ebola	- (CDC, 2021)
Données sur les priorités en matière de soins de santé	- (IHME, 2018a; Roser & Ritchie, 2016)

Informations spécifiques au pays

RDC:

Données sur les infrastructures hospitalières (Sion et al., 2015)

Maroc:

Priorités de santé des migrants et prestation de soins de santé aux réfugiés (HCR, 2019g)

Données régionales de couverture en lits d'hôpitaux (Dr H. Semlali, 2010)

Kenya:

Prestation de soins de santé pour les migrants et les réfugiés (Odipo, 2018 ; OMS, 2018c)

Nigéria:

Données hospitalières régionales (OMS, 2012)

Afrique du Sud:

Données hospitalières régionales (Vie Santé, 2021)
Projet de placement de médecin réfugié AHP (OMS, 2018c)

Annexe II : Exemples de bonnes pratiques

Les exemples de bonnes pratiques concernant les politiques et programmes de migration et de santé identifiés au cours de cette étude sont les suivants:

Collecte de données et partage d'informations

Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique - Projet de soutien à la lutte contre la tuberculose et aux systèmes de santé en Afrique australe - Lesotho, Malawi, Communauté de santé d'Afrique orientale, centrale et australe et Agence de développement de l'Union africaine (Banque mondiale 2020e). Le projet vise à : (i) améliorer la couverture et la qualité des services de lutte contre la tuberculose (TB) et des maladies pulmonaires professionnelles (OLD) dans les zones géographiques ciblées des pays participants ; (ii) renforcer la capacité régionale à gérer le fardeau de la tuberculose et des OLD ; et (iii) renforcer la préparation et la réponse aux épidémies au niveau national et transfrontalier (ibid.)

Matrice de suivi des déplacements de l'OIM - Programmation dans l'Est et la Corne de l'Afrique - Burundi, Éthiopie, Kenya, Somalie, Soudan du Sud, Ouganda.

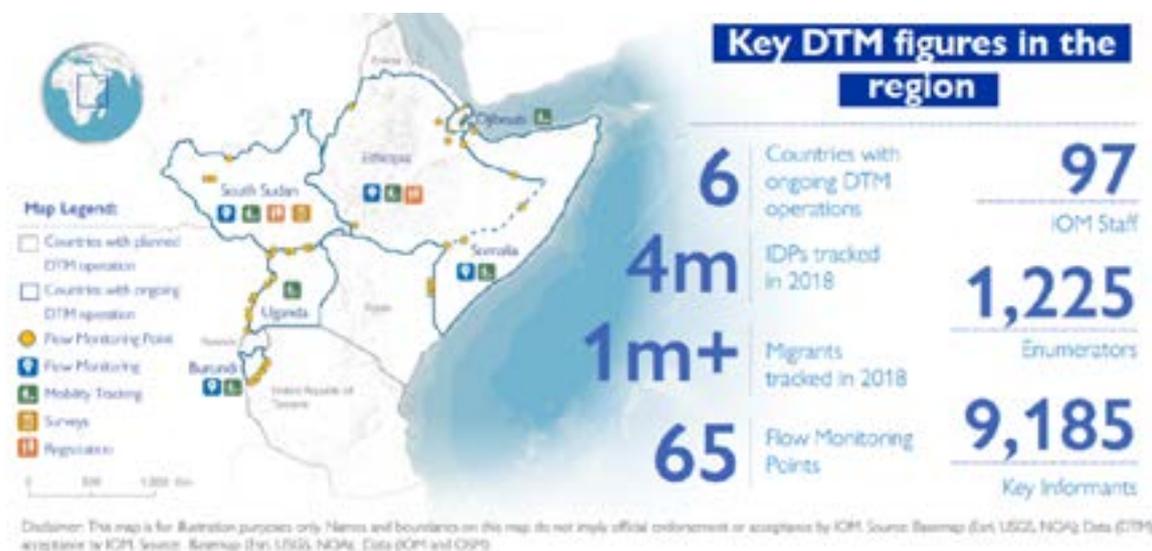


Figure 22: Matrice de suivi des déplacements de l'OIM - Programmation dans l'Est et la Corne de l'Afrique (Source: OIM, 2021a)

La matrice de suivi des déplacements (DTM) est un système permettant de suivre et de surveiller les déplacements et la mobilité des populations, de fournir des informations essentielles aux décideurs et aux intervenants pendant les crises et de mieux comprendre les flux migratoires (OIM, 2021a). Des données sur les migrants sont collectées sur la population, l'emplacement, les conditions, les besoins et les vulnérabilités, et les flux.

Dépistage de santé

Contrôle sanitaire renforcé dans les aéroports et aux points de passage frontaliers – Nigéria

Nigeria Centre for Disease Control (NCDC), Nigerian Civil Aviation Authority (NCAA), Federal Airports Authority of Nigeria, Source: Adepoju (2020)

La mobilisation rapide des ressources et de la main-d'œuvre du Nigéria pour lutter contre la maladie du virus Ebola en 2014, dirigée par le NCDC, a reçu les éloges de la communauté internationale et de l'Organisation mondiale de la santé. L'épidémie au Nigeria a été maîtrisée en seulement 92 jours, un « travail de détective épidémiologique de classe mondiale », a déclaré l'OMS à l'époque. En outre, le Nigéria a été l'un des premiers pays à adopter le contrôle sanitaire amélioré dans les aéroports, la NCAA et la FAAN ayant établi des contrôles de température et des contrôles de santé dès le début. Le NCDC, la NCAA et la FAAN ont également introduit le dépistage médical du COVID-19 en janvier 2020.

Évaluations de la santé des migrations de l'OIM et assistance médicale en voyage pour les migrants réguliers dans les États africains.

Les activités de santé avant la migration (PMHA) sont l'un des services les plus anciens offerts par l'OIM, fournis par le biais du Programme mondial d'évaluation de la santé de la migration (HAP) de l'OIM à la demande des gouvernements des pays d'accueil (OIM, 2020i). En 2019, l'OIM a réalisé un peu plus de 140 000 PMHAS en Afrique subsaharienne et 57 000 dans la région MENA pour les migrants et les réfugiés (ibid.).

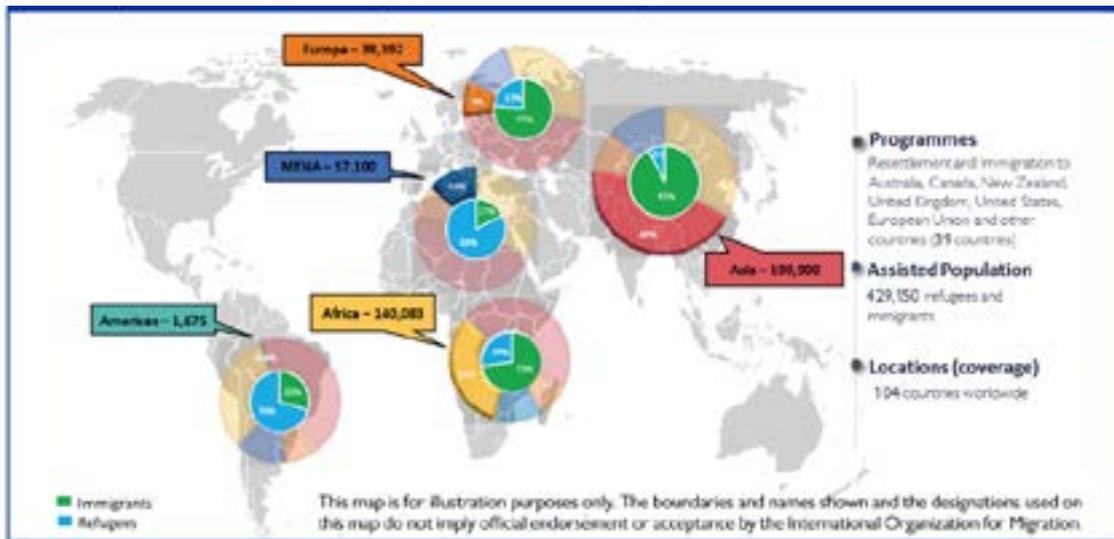


Figure 23: Évaluations de la santé mondiale de l'OIM 2019
Source: (OIM, 2020i)

Surveillance transfrontalière des maladies infectieuses

Centre de surveillance des maladies infectieuses d'Afrique australe (SACIDS), Réseau de surveillance des maladies infectieuses d'Afrique de l'Est (EAIDSNET) - Afrique australe et orientale

SACIDS, basé à l'Université de Sokoine en Tanzanie, et EAIDSNET, basé à l'Université d'Entebbe en Ouganda, ont développé des modèles innovants de surveillance des maladies infectieuses dans les zones reculées et transfrontalières en travaillant avec les agriculteurs et les éleveurs locaux. Ils ont développé également des applications mobiles pour aider à identifier les agents pathogènes dans vecteurs humains et animaux mobiles, tels que les nomades et leurs troupeaux, ou les réfugiés et les personnes déplacées. Des scientifiques, des médecins et des vétérinaires de SACIDS et d'EAIDSNET ont apporté leur expertise à d'autres régions, déployées en Afrique de l'Ouest et en RDC pour aider à la surveillance du virus Ebola et d'autres réseaux de maladies infectieuses (EAIDSNET, 2021 ; SACIDS, 2021).

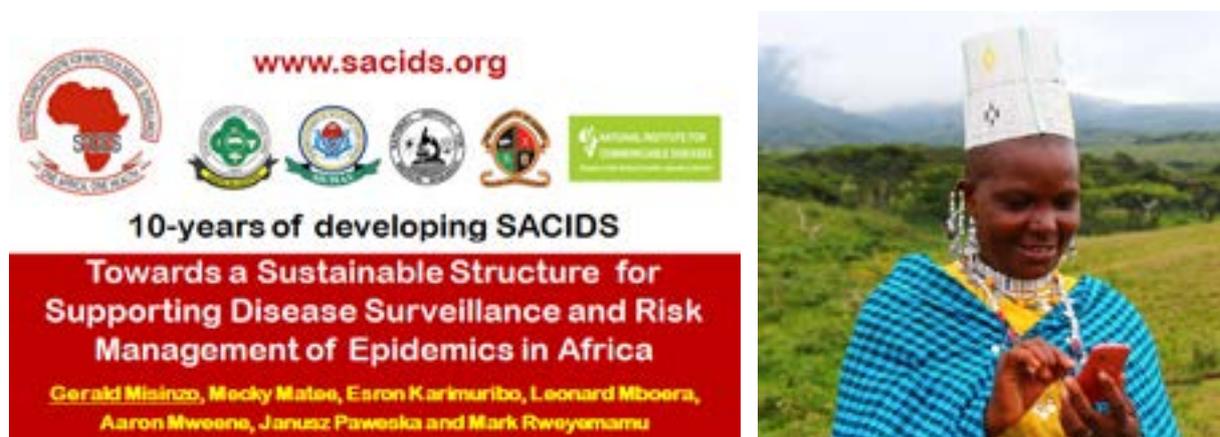


Figure 24: Femme Massai en Tanzanie travaillant à identifier les épidémies dans les zones reculées et transfrontalières pour SACIDS à l'aide de la technologie mobile. ((Source: SACIDS, 2021))

Planification de la préparation à une pandémie - CDC Afrique

CDC Afrique fournit des conseils réguliers et à jour aux gouvernements africains, aux agents de santé et aux citoyens sur (entre autres) l'importance d'inclure les migrants dans les plans de préparation aux pandémies et les protocoles de système de recherche des contacts locaux efficaces.

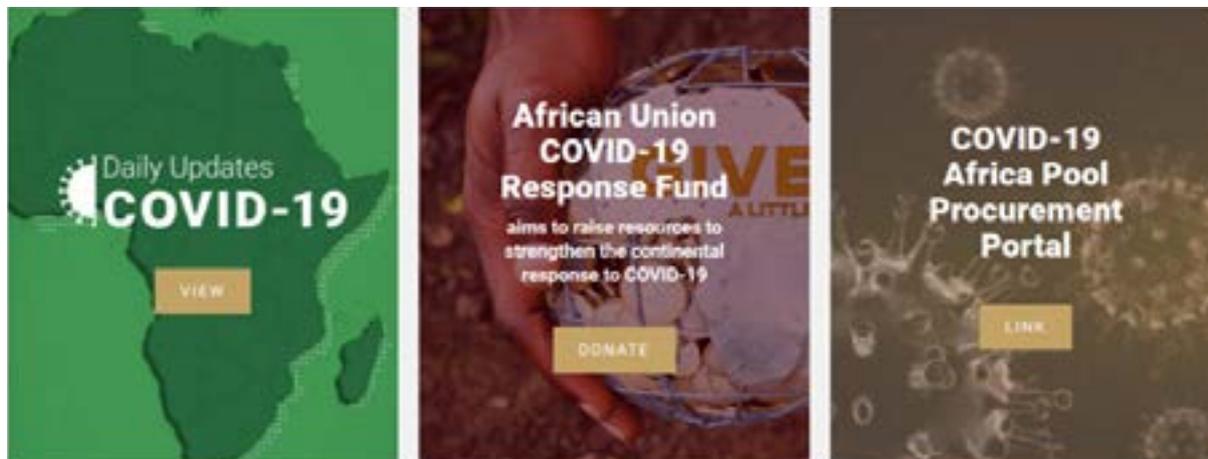


Figure 25: CDC Afrique - Réponses COVID-19
(Source: Africa CDC 2020)

Couverture sociale

Extension des services de santé primaires à tous les groupes de population (Afrique du Sud)

Depuis 1994, l'Afrique du Sud a progressivement mis en place un accès gratuit aux soins de santé d'urgence pour tous les groupes de population, y compris les migrants, quel que soit leur statut (Leatt et al., 2006). Cela permet aux migrants d'accéder gratuitement aux soins de santé d'urgence, ce qui entraîne de meilleurs résultats de santé et une identification plus précoce de la maladie.

Migration des professionnels de la santé qualifiés

Accords bilatéraux sur le personnel de santé pour promouvoir la rétention et/ou le retour circulaire du personnel médical formé

Des programmes bilatéraux de formation et d'échange plus durables pour les professionnels de la santé qui favorisent la rétention et/ou le retour circulaire des agents de santé qualifiés promettent d'aider à lutter contre cette tendance pour les États africains.

Par exemple, le Soudan a également négocié des accords bilatéraux d'agents de santé avec l'Irlande, le Qatar et l'Arabie saoudite dans le but de gérer les flux migratoires et de lutter contre la fuite des cerveaux en offrant des stages de formation aux résidents soudanais et des modalités de remplacement de courte durée pour les spécialistes soudanais en plus des liens institutionnels bilatéraux entre les pays (Abdalla et al., 2016). En outre, certains accords de mobilité des personnels de santé et autres entre la France et le Bénin et le Sénégal, et entre l'Espagne et le Maroc et d'autres États d'Afrique de l'Ouest, visent également à intégrer le retour circulaire et le renforcement des capacités des personnels de santé. (Khadria, 2010).

Renforcement du système de santé de la diaspora, réponse humanitaire et promotion de la santé publique

Les réseaux de professionnels de la santé de la diaspora africaine sont actifs dans l'échange de compétences et l'assistance technique pour renforcer les systèmes de santé dans les pays d'origine et la réponse humanitaire de la diaspora aux crises sanitaires. Par exemple, les réseaux de professionnels de la santé de la diaspora soudanaise basés en Europe, en Amérique du Nord et au Moyen-Orient, tels que le Sudan Doctors' Union (SDU), se sont mobilisés pour soutenir le système de santé du pays pendant la pandémie de coronavirus et les récentes inondations (Sudan Doctors Union britannique, 2020).

De même, l'organisation de la diaspora somalienne Himiilo Relief and Development Association Netherlands (HIRDA NL) travaille avec l'organisation sœur Hirda Somalia pour fournir des services de santé maternelle et infantile (SMI) dans la région de Gedo en Somalie et a fourni des fournitures de secours et de WASH aux personnes déplacées par sécheresse et autres catastrophes naturelles en Somalie (www.hirda.org).

Annexe III : Migration, préparation à une pandémie et COVID-19

Comme indiqué au chapitre 3, la surveillance des maladies - et en fait la sensibilisation à la santé publique - est sans doute plus importante dans de nombreux États africains en raison de leur expérience antérieure de la gestion des épidémies et d'autres problèmes de santé publique. Alors que de nombreuses communautés pauvres en Afrique peuvent ne pas avoir accès à l'eau courante et aux détergents, elles ont également l'expérience des campagnes de santé publique et vivent avec des épidémies. Cette expérience antérieure peut aider à servir de facteur de protection par rapport à la pandémie actuelle de la COVID 19,

Comme l'a noté une personne interrogée de l'UNICEF,

“ « La pandémie de COVID a montré des faiblesses dans la surveillance [en Afrique] [...] Les maladies ne connaissent pas de frontières. La dernière fois que j'ai vérifié, la maladie n'a jamais demandé de visa pour pouvoir traverser d'un pays à l'autre ! [...] nous l'avons vu avec la COVID”

Par conséquent, le Centre africain de contrôle des maladies (CDC Afrique) est très important pour l'élaboration de politiques et d'orientations en matière de migration et de santé et dans le renforcement de la surveillance des maladies. Son réseau de centres de coordination régionaux (CCR) en Égypte, au Gabon, au Kenya, au Nigéria et en Zambie est chargé de superviser les efforts et la réponse de surveillance de la santé publique et des maladies infectieuses. En effet, le Plan stratégique du CDC Afrique 2017-2021 (2017) désigne les migrants et les réfugiés comme des « populations clés » dans la gestion des risques (Africa CDC, 2017).

Alors que la préparation aux pandémies dans de nombreux États africains s'est améliorée, en particulier après les épidémies du virus Ebola en Afrique de l'Ouest et en RD du Congo, de nombreux États membres interrogés dans le cadre de l'étude de cadrage n'ont pas pris en compte les groupes de migrants dans leurs plans de préparation aux pandémies comme une évidence. Il s'agit donc d'un domaine clé à aborder pour améliorer plus largement la santé et la sécurité sanitaire des migrants. De plus, il existe déjà des modèles de bonnes pratiques en matière de surveillance des maladies dans les zones reculées et transfrontalières (Wickramage et al., 2018).

Le réseau de surveillance des maladies infectieuses d'Afrique australe (SACIDS) en Tanzanie et le réseau de surveillance des maladies infectieuses d'Afrique de l'Est (EAIDSNET) en Ouganda ont développé des approches innovantes pour la surveillance transfrontalière des maladies, en travaillant avec les communautés locales et les applications de téléphonie mobile pour identifier et surveiller les épidémies chez les populations mobiles et leurs animaux (Danquah et al., 2019). Ils ont également détaché des scientifiques et des médecins pour aider à améliorer la surveillance des épidémies du virus Ebola en RD du Congo et en Afrique de l'Ouest (Ibid.).

Impact de la COVID-19 sur la migration et la mobilité en Afrique



Figure 26: Carte des cas cumulés de COVID-19 en Afrique, 28 janvier 2021. (Source: Africa CDC, 2021)

La pandémie de COVID-19 a déjà eu des impacts significatifs sur les économies et la mobilité en Afrique. Les restrictions de voyage, les fermetures de frontières et les mesures de « confinement » économique (même légèrement mises en œuvre) ont affecté la mobilité entre les États membres de l'UA et la vie des migrants de tous types, habitant dans des États africains particuliers.

Une partie de cet impact provient d'une grave perturbation des moyens de subsistance. Les migrants en situation irrégulière qui doivent trouver quotidiennement du travail dans le secteur informel pour répondre à leurs besoins sont confrontés à des défis considérables à cet égard. De nombreux migrants irréguliers, sinon la plupart, risquent d'être contraints de choisir entre se protéger de la COVID-19 ou de la famine. De même, les réfugiés et les personnes déplacées dans les camps et les installations surpeuplées auront du mal à se protéger de l'infection (Mixed Migration Centre, 2021).

Les migrants réguliers sont également touchés, à la fois par les ralentissements économiques et par les restrictions de mouvement et d'activités génératrices de revenus dans certains pays.

Pour les migrants réguliers et irréguliers, il y a également eu un double choc économique, car l'envoi et la réception d'envois de fonds sont concernés. La Banque mondiale a averti que les envois de fonds vers l'Afrique chuteraient de manière significative jusqu'à 23 % en 2020 et 2021 pour atteindre 445 milliards de dollars (Banque mondiale, 2020a, 2020h). Cela est susceptible d'exercer une pression croissante sur la capacité des migrants et de leurs personnes à charge à payer les soins de santé.

Cette baisse des flux d'envois de fonds a des implications macroéconomiques pour les États africains, tels que la Somalie ou le Cap-Vert, où les envois de fonds représentent une part importante du PIB, ainsi que des effets microéconomiques sur les individus et les familles qui dépendent des flux d'envois de fonds pour aider à répondre aux besoins de subsistance de base, ainsi que les petites et moyennes entreprises (PME) et les emplois soutenus par les envois de fonds (KNOMAD, 2021).

Par conséquent, il sera important pour les institutions internationales, notamment les banques multilatérales de développement, d'aider les pays les plus vulnérables à faire face aux effets de ces chocs. Par exemple, la Banque africaine de développement (BAD) a mis en place un mécanisme de réponse aux crises COVID-19 (CRF) de 10 milliards de dollars US, dédié aux opérations du secteur public par le biais d'un appui budgétaire ou de projets d'investissement pour soutenir les États membres de l'UA à cet égard (BAD, 2020b).

Cela comprend le soutien aux opérations du secteur privé, aux opérations régionales de l'OMS et aux subventions d'urgence comprenant des projets et des opérations ciblant les communautés vulnérables, y compris les personnes déplacées (ibid.). Le CDC Afrique continue de fournir des mises à jour et des conseils réguliers aux États membres de l'UA sur la situation de la COVID-19, y compris une surveillance quotidienne et des rapports en temps réel sur la pandémie. Les données à ce jour montrent une détérioration de la situation en Afrique alors que les pays signalent une augmentation des taux d'infection et de mortalité (Union africaine, 2020d). Le CDC Afrique a également noté l'impact des restrictions de voyage sur la mobilité et la migration (ibid.). L'élaboration du programme de l'UA sur la migration et la santé, annoncé en juillet 2020, sera également une étape importante pour améliorer les résultats de santé des migrants, en particulier dans le contexte de la pandémie actuelle (Africa CDC, 2021).

Interventions potentielles pour réduire l'infection et la transmission de la COVID-19 parmi les groupes de migrants

Cette section présente les interventions potentielles pour protéger les migrants du risque d'infection et de transmission de la COVID-19. Certains d'entre eux sont déjà mis en œuvre par les États membres de l'UA pour leurs propres populations. Tous les migrants (qu'ils soient internationaux ou internes) sont des vecteurs potentiels de transmission de la COVID-19, bien que leurs parcours migratoires et leur statut juridique puissent créer des problèmes ou des défis spécifiques dans la gestion et la réduction de la transmission.

Une liste non exhaustive des problèmes identifiés et des mesures d'atténuation potentielles est présentée ci-dessous. Dans tous les groupes de migrants (comme pour la population en général), les interventions les plus efficaces et évolutives sont susceptibles de se concentrer sur:

1. Mesures d'atténuation de base

- Campagnes de promotion de la santé pour encourager le changement de comportement (par exemple, sensibiliser à l'importance de la distanciation sociale, ne pas toucher le visage, se laver les mains régulièrement dans la mesure du possible, éviter les rassemblements sociaux inutiles),
- Améliorer l'accès aux masques et promouvoir leur utilisation (Union africaine, 2020f)

Dépistage

- Un dépistage sanitaire amélioré aux frontières et aux points de passage, comme les contrôles de température et d'autres mesures, peut aider à identifier les cas et à réduire la transmission pour les migrants réguliers en transit.
- Pour les personnes se trouvant dans des situations semblables à celles des réfugiés et les personnes déplacées de force, un dépistage sanitaire amélioré dans les camps et les installations ainsi que dans les centres d'accueil des réfugiés et les cliniques peut aider à identifier les cas et à réduire la transmission dans ce groupe.
- Lorsque cela est pratique/faisable, le dépistage de la santé sur le lieu de travail contribuerait également à réduire la transmission des cas

Surveillance transfrontalière des maladies infectieuses

- Une surveillance efficace des maladies infectieuses, y compris dans les zones transfrontalières reculées, est cruciale pour aider à identifier et à surveiller les foyers de maladies et la propagation d'agents pathogènes via des vecteurs humains et animaux.
- Les modèles existants de bonnes pratiques en matière de surveillance transfrontalière des maladies en Afrique orientale et australe devraient être améliorés et reproduits dans d'autres régions du continent (voir également l'annexe 1 (Wickramage et al., 2018))

2. Migrants réguliers

Bien que les migrants réguliers/de travail dans les États membres puissent en principe avoir accès aux services de santé comme les citoyens nationaux, dans la pratique, ils peuvent ne pas pouvoir accéder aux services au même niveau/titre de santé que les autres groupes. Les mesures potentielles pour aider à résoudre ce problème comprennent:

- Les prestataires d'assurance sociale publics et privés devraient envisager d'abaisser les critères d'éligibilité (par exemple, la durée de résidence, les montants minimaux à verser) pour permettre à plus de migrants réguliers d'accéder à l'assurance sociale et aux soins de santé
- Les autorités sanitaires devraient produire des orientations à l'intention des entreprises et des employeurs sur la manière de protéger autant que possible leur main-d'œuvre contre le COVID-19
- Lorsque cela est pratique/faisable, les entreprises et les employeurs qui emploient des migrants devraient mettre en œuvre des mesures – telles que l'utilisation de la distanciation et des écrans – pour réduire les risques de transmission aux employés et aux lieux de travail.

3. Personnes en situation de réfugiés

Les réfugiés, les demandeurs d'asile et les personnes déplacées dans les camps sont susceptibles d'avoir accès à certains services de santé de base, mais avec un manque d'installations d'hygiène adéquates et une forte densité de population, ce qui rend l'auto-isolément et la distanciation extrêmement difficiles, voire impossibles dans certains contextes.

Les camps et zones d'installation de réfugiés en Afrique ont déjà besoin d'un soutien financier et technique supplémentaire accru, ainsi que d'équipements de protection et d'autres fournitures médicales pour faire face au nombre croissant de cas suspects. Les personnes déplacées de force, les personnes déplacées internes et les autres personnes en situation de réfugiés vivant en dehors des camps et des zones d'installation sont particulièrement vulnérables car elles peuvent ne pas avoir accès aux soins de santé. S'ils ont accès à un logement, celui-ci est plus susceptible d'être en dessous des normes avec une densité de population élevée et des installations WASH extrêmement limitées. Comme les migrants en situation irrégulière (voir ci-

dessous), ils sont également plus susceptibles de dépendre d'un emploi informel précaire au quotidien, ainsi que d'une offre publique et caritative limitée, pour répondre à leurs besoins fondamentaux.

Les mesures potentielles pour aider à relever ces défis comprennent:

- l'allocation des ressources accrues par les gouvernements et les partenaires humanitaires pour renforcer la capacité des services de santé dans les camps et la fourniture de fournitures médicales et d'équipements de protection
- l'investissements des autorités sanitaires et les agences humanitaires dans la capacité de dépistage sanitaire dans les camps et les zones d'installation
- des campagnes ciblées de promotion de la santé avec des conseils pratiques pour minimiser les risques d'infection et de transmission

4. Migrants irréguliers

Les migrants en situation irrégulière – y compris certaines personnes vivant dans des situations semblables à celles des réfugiés – représentent sans doute l'un des plus grands défis pour identifier et isoler les cas ou mettre en œuvre des mesures préventives. En raison de l'absence de statut juridique, ils sont plus susceptibles de vivre dans la précarité et plus susceptibles de dépendre de la recherche d'un emploi dans l'économie informelle, où il y aura probablement moins de mesures de protection en place par rapport à ceux qui occupent un emploi formel. Ce manque de statut les rend également moins susceptibles d'accéder aux services de santé et moins disposés à s'engager avec les services de peur d'attirer l'attention des autorités.

Les solutions potentielles pour aider à surmonter ces défis comprennent :

- Les gouvernements devraient envisager des programmes d'enregistrement temporaire et des amnisties pour les migrants en situation irrégulière à haut risque de transmission afin d'améliorer l'accès aux services de santé et au dépistage
- Les gouvernements devraient travailler avec le secteur privé pour réduire les critères d'éligibilité à l'assurance sociale ou à la couverture sociale (par exemple, la durée de résidence, les montants minimaux à verser) afin de permettre à davantage de migrants d'accéder à l'assurance sociale et aux soins de santé, au moins temporairement.
- Les gouvernements devraient envisager d'élaborer des politiques de santé allant au-delà de la couverture sociale pour fournir des « socles sociaux » minimum à la population dans son ensemble
- Campagnes ciblées de promotion de la santé avec des conseils pratiques sur la minimisation des risques d'infection et de transmission et les sources d'assistance médicale
- Les gouvernements devraient travailler avec le secteur privé pour investir dans le développement de kits de test efficaces et relativement peu coûteux pour cibler les groupes de population vulnérables, y compris les migrants irréguliers, les réfugiés et les personnes déplacées. Le test à faible coût développé par l'Institut Pasteur au Sénégal est extrêmement prometteur à cet égard, mais l'investissement dans des innovations similaires en Afrique devrait être encouragé (Yeung, 2020).
- Les gouvernements devraient envisager de mettre en place des systèmes de recherche des contacts plus efficaces au niveau local, comme cela a été utilisé dans certains pays asiatiques, en s'appuyant sur l'expérience et l'expertise africaines en matière de recherche des contacts développées en réponse à des épidémies antérieures (Union africaine, 2020c ; Juneau et al., 2020).

Annexe IV: Tableau 2: Statistiques descriptives sur l'échantillon de l'enquête: Type d'appartement, Taille du ménage, Durée du séjour dans le pays

Table with descriptive statistics for all 3 country cohorts (2)

	#Total																							
	Kenya						Nigeria						South Africa											
	Kenya		Nigeria		South Africa		Female		Male		Prefer not to say		Female		Male		Prefer not to say							
	cases	%	cases	%	cases	%	cases	%	cases	%	cases	%	cases	%	cases	%	cases	%						
type_of_app																								
I have no permanent place to stay	8	2.7	29	8.3	9	2.9	4	2.0	4	4.4	0	0	9	7.2	19	8.8	0	0	7	4.4	2	1.4	0	0
In a camp/refugee settlement	0	0.0	89	25.1	4	1.3	0	0.0	0	0.0	0	0	181	4.4	65	28.8	1	0.0	3	1.9	1	0.7	0	0
In a private Apartment/ house	218	74.1	291	85.8	280	91.5	150	74.3	68	75.6	0	0	877	6	153	68.9	0	0	147	91.9	141	95.5	0	0
Prefer not to say	0	0.0	0	0.0	7	2.3	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0.0	0	0.0	0	0	3	1.9	4	2.7	0	0
Other (please specify)	88	25.1	3	0.9	0	0.0	48	23.8	18	20.0	0	0	1	0.8	2	0.9	0	0	0	0.0	0	0.0	0	0
#Total cases	294	294	351	351	310	310	202	202	90	90	0	0	125	125	222	222	1	1	160	160	146	146	0	0
household_size																								
0	0	0.0	4	1.2	2	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0	1	0.9	3	1.4	0	0	2	1.4	9	6.0	0	0
1	6	2.1	9	2.7	39	13.5	2	1.0	4	4.5	0	0	4	3.5	5	2.3	0	0	12	8.1	27	19.4	0	0
2	11	3.8	16	4.8	42	13.9	8	4.0	3	3.4	0	0	7	6.1	9	4.3	0	0	27	18.2	39	28.7	0	0
3	36	12.5	18	5.4	67	23.2	24	12.1	12	13.6	0	0	9	7.9	8	3.7	0	0	47	29.1	24	17.5	0	0
4	43	14.9	22	6.6	46	15.8	31	15.6	12	13.6	0	0	10	8.8	12	5.5	0	0	36	24.4	27	19.4	0	0
5	34	11.7	61	18.2	30	10.4	35	17.6	10	11.3	0	0	21	18.4	40	18.4	0	0	15	10.1	13	10.0	0	0
6 or more	129	48.1	205	61.2	23	8.0	99	49.7	29	34.4	0	0	62	54.4	146	64.5	1	0.0	10	6.5	13	9.4	0	0
#Total cases	299	299	355	355	239	239	199	199	88	88	0	0	114	114	217	217	1	1	148	148	139	139	0	0
language_spoken																								
0	175	59.7	40	11.8	158	54.8	124	64.4	48	55.1	0	0	15	13.5	25	11.6	0	0	82	51.6	75	52.1	0	0
1	85	29.2	82	24.2	65	21.3	47	23.1	22	24.7	0	0	19	17.8	43	19.9	0	0	36	23.9	27	19.8	0	0
2	22	7.5	101	29.7	15	4.9	16	7.9	6	6.7	0	0	32	28.7	67	31.0	1	0.0	8	5.8	7	4.9	0	0
3	13	4.4	77	22.6	18	5.9	8	4.0	5	5.6	0	0	27	24.5	36	16.3	0	0	6	3.8	11	7.6	0	0
4	0	0.0	32	9.4	16	5.2	9	4.5	0	0.0	0	0	13	12.5	16	7.4	0	0	9	5.7	7	4.9	0	0
5	18	6.1	28	8.2	33	10.8	11	5.4	7	7.9	0	0	12	10.9	15	6.9	0	0	16	10.1	17	12.1	0	0
#Total cases	293	293	340	340	305	305	202	202	89	89	0	0	150	150	216	216	1	1	159	159	144	144	0	0
length_of_stay																								
1-2 years	31	10.5	91	26.1	37	12.1	16	7.9	11	15.6	0	0	33	29.6	57	25.9	0	0	18	11.2	18	12.4	0	0
2-5 years	104	35.3	114	32.8	114	37.1	79	34.5	33	36.7	0	0	33	29.6	79	35.9	1	0.0	76	47.3	36	26.2	0	0
3-6 months	1	0.3	16	4.8	10	3.3	1	0.5	0	0.0	0	0	7	6.3	9	4.1	0	0	5	3.0	2	1.4	0	0
6-12 months	1	0.3	45	12.9	7	2.3	1	0.5	0	0.0	0	0	22	19.7	23	10.5	0	0	3	1.9	2	1.4	0	0
more than 5 years	177	59.7	76	22.4	138	45.8	114	56.2	41	47.3	0	0	78	70.2	49	22.3	0	0	53	33.1	35	25.0	0	0
up to 3 months	0	0.0	2	0.6	1	0.3	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0.0	2	0.9	0	0	0	0.0	0	0.0	0	0
Prefer not to say	1	0.3	2	0.6	0	0.0	1	0.5	0	0.0	0	0	1	0.9	1	0.5	0	0	0	0.0	0	0.0	0	0
#Total cases	295	295	348	348	307	307	202	202	90	90	0	0	124	124	220	220	1	1	160	160	145	145	0	0

Annexe IV: Tableau 3: Statistiques descriptives regroupées par pays et par cohortes de genre dans différents pays : Évaluation de l'accès à la santé, évaluation de la qualité du système de santé, évaluation de son propre état de santé (1) : avant la migration, (2) : à l'arrivée dans le pays de résidence, (3) : au moment de l'enquête

Table with health status rating statistics for all 3 country cohorts grouped by gender

	#Total																	
	Kenya						Nigeria						South Africa					
	Kenya		Nigeria		South Africa		Female		Male		Prefer not to say		Female		Male		Prefer not to say	
	Mean	Std. dev.	Unc. valid N	Mean	Std. dev.	Unc. valid N	Mean	Std. dev.	Unc. valid N	Mean	Std. dev.	Unc. valid N	Mean	Std. dev.	Unc. valid N	Mean	Std. dev.	Unc. valid N
rating_quality																		
Mean	8.3	8.3	293.0	8.6	8.4	411.0	8.3	8.3	293.0	8.4	8.6	411.0	8.5	8.6	411.0	8.5	8.6	411.0
Std. dev.	1.0	1.2	299.0	1.5	1.5	411.0	1.5	1.8	299.0	1.4	1.2	411.0	1.6	1.5	411.0	1.6	1.5	411.0
Unc. valid N	293.0	299.0	309.0	475.0	411.0	411.0	294.0	299.0	309.0	483.0	374.0	411.0	158.0	148.0	411.0	158.0	148.0	411.0
rating_access																		
Mean	8.1	8.5	289.0	7.8	8.1	405.0	8.0	8.1	289.0	8.4	8.6	405.0	7.9	7.8	405.0	8.0	8.1	405.0
Std. dev.	1.7	1.5	289.0	2.0	1.8	405.0	1.7	1.8	289.0	1.7	1.3	405.0	2.1	2.0	405.0	1.7	1.5	405.0
Unc. valid N	289.0	289.0	309.0	466.0	405.0	405.0	290.0	289.0	309.0	386.0	370.0	405.0	158.0	148.0	405.0	158.0	148.0	405.0
health_status_bef																		
Mean	7.9	7.4	292.0	8.9	8.1	430.0	8.0	7.6	292.0	7.3	7.5	430.0	8.3	8.0	430.0	8.3	8.0	430.0
Std. dev.	2.0	1.3	292.0	1.6	1.9	430.0	2.0	2.1	292.0	1.5	1.1	430.0	1.7	1.5	430.0	1.7	1.5	430.0
Unc. valid N	292.0	349.0	310.0	484.0	430.0	430.0	290.0	290.0	349.0	324.0	220.0	430.0	160.0	148.0	430.0	160.0	148.0	430.0
health_status_upon																		
Mean	7.9	8.4	292.0	8.8	8.3	430.0	8.1	7.7	292.0	8.2	8.6	430.0	8.7	8.9	430.0	8.7	8.9	430.0
Std. dev.	2.0	1.3	292.0	1.4	1.8	430.0	1.9	2.1	292.0	1.7	1.1	430.0	1.6	1.2	430.0	1.7	1.5	430.0
Unc. valid N	292.0	350.0	309.0	435.0	430.0	430.0	291.0	290.0	350.0	324.0	221.0	430.0	160.0	147.0	430.0	160.0	147.0	430.0
health_status_now																		
Mean	8.4	8.7	283.0	8.9	8.6	408.0	8.4	8.4	283.0	8.5	8.9	408.0	8.8	8.9	408.0	8.8	8.9	408.0
Std. dev.	1.9	1.3	283.0	1.3	1.6	408.0	1.8	2.0	283.0	1.7	1.6	408.0	1.8	1.2	408.0	1.8	1.2	408.0
Unc. valid N	283.0	339.0	307.0	473.0	408.0	408.0	196.0	232.0	339.0	319.0	216.0	408.0	158.0	145.0	408.0	158.0	145.0	408.0

Annexe IV: Tableau 4: Statistiques descriptives sur les 3 pays, regroupés par sexe : où les répondants cherchent de l'aide s'ils ont des problèmes et où ils ont trouvé des informations sur le système de santé local (tous deux à sélection multiple)

Table with statistics where to get help if needed and where find information regarding health care needs, grouped by gender

	Kenya						Nigeria						South Africa							
	Female		Male		Prefer not to say	Total	Female		Male		Prefer not to say	Total	Female		Male		Prefer not to say	Total		
	A	B	A	B			A	B	A	B			A	B	A	B			A	B
	cases	%	cases	%	cases	%	cases	%	cases	%	cases	%	cases	%	cases	%	cases	%		
where_help_public_health_center	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
1	210	71.7	178	51.6	190	61.5	147	73.1	81	67.2	0	0	95	59.4	94	63.9	0	0		
#Total cases	293	293	349	349	300	300	281	281	80	80	0	0	124	124	221	221	1	1	100	100
where_help_private_doctor	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1	148	77.3	183	53.3	193	61.3	122	60.7	83	50.0	0	0	91	69.2	129	58.4	1	100	97	90.8
#Total cases	293	293	349	349	309	309	281	281	90	90	0	0	124	124	221	221	1	1	100	100
where_help_NGO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1	197	67.2	342	98.0	389	100.0	132	65.7	84	71.3	0	0	123	99.2	215	97.3	1	100	100	100.0
#Total cases	293	293	349	349	309	309	281	281	90	90	0	0	124	124	221	221	1	1	100	100
where_help_emergency_room	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1	0	0.0	1	0.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0.0
#Total cases	293	293	349	349	309	309	281	281	90	90	0	0	124	124	221	221	1	1	100	100
where_help_pharmacy	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1	151	72.0	208	78.8	270	90.0	149	78.1	60	68.7	0	0	90	72.8	174	78.7	1	100	100	100.0
#Total cases	293	293	349	349	309	309	281	281	90	90	0	0	124	124	221	221	1	1	100	100
where_help_friends	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1	13	4.4	191	43.3	1	0.3	32	6.0	1	1.1	0	0	37	29.8	112	50.7	1	100	0	0.0
#Total cases	293	293	349	349	309	309	281	281	90	90	0	0	124	124	221	221	1	1	100	100
where_help_non_conventional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1	0	0.0	102	29.2	3	1.0	0	0.0	0	0.0	0	0	22	17.7	79	35.3	1	100	0	0.0
#Total cases	293	293	349	349	309	309	281	281	90	90	0	0	124	124	221	221	1	1	100	100
where_help_internet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1	0	0.0	71	20.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	14	11.3	18	7.2	0	0	0	0.0
#Total cases	293	293	349	349	309	309	281	281	90	90	0	0	124	124	221	221	1	1	100	100
where_help_other	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1	11	3.8	0	0.0	3	1.0	10	5.0	1	1.1	0	0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0.0
#Total cases	293	293	349	349	309	309	281	281	90	90	0	0	124	124	221	221	1	1	100	100
where_help_dont_know	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1	1	0.3	16	4.6	0	0.0	1	0.5	0	0.0	0	0	4	3.2	12	5.4	0	0	4	2.5
#Total cases	293	293	349	349	309	309	281	281	90	90	0	0	124	124	221	221	1	1	100	100
where_info_family	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1	261	89.1	258	73.9	260	84.8	183	90.6	76	85.4	0	0	190	100.0	155	70.1	0	0	124	56.1
#Total cases	293	293	349	349	307	307	282	282	89	89	0	0	124	124	221	221	1	1	158	158
where_info_NGO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1	47	16.0	28	7.4	3	0.9	37	18.3	10	11.2	0	0	19	15.3	16	7.2	0	0	0	0.0
#Total cases	293	293	349	349	307	307	282	282	89	89	0	0	124	124	221	221	1	1	158	158
where_info_public_system_professionals	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1	28	9.5	146	41.8	30	9.8	28	9.9	5	5.6	0	0	85	68.4	91	41.2	0	0	15	6.7
#Total cases	293	293	349	349	307	307	282	282	89	89	0	0	124	124	221	221	1	1	158	158
where_info_dont_know	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1	10	3.4	39	11.2	13	4.2	4	2.0	6	6.7	0	0	33	26.6	49	22.2	1	100	0	0.0
#Total cases	293	293	349	349	307	307	282	282	89	89	0	0	124	124	221	221	1	1	158	158
where_info_internet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1	7	2.4	73	21.2	38	12.3	3	1.3	4	4.5	0	0	33	26.6	27	12.2	0	0	20	9.1
#Total cases	293	293	349	349	307	307	282	282	89	89	0	0	124	124	221	221	1	1	158	158
where_info_other	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1	19	6.5	3	0.9	3	1.0	41	20.3	23	25.8	0	0	1	0.8	2	0.9	0	0	3	1.4
#Total cases	293	293	349	349	307	307	282	282	89	89	0	0	124	124	221	221	1	1	158	158

Annexe IV: Tableau 5: Les maladies qui inquiètent le plus les gens

Table with statistics health complications the people are most worried about, grouped by gender

	Kenya			Nigeria			South Africa					
	# Total			Female			Male					
	A	B	C	A	B	C	A	B	C			
most_worried_mental												
#	217 97.3 B C	216 61.7	173 35.8	199 93.8	16 95.8	0 0	76 60.3	139 62.0	0 0	39 32.8	82 53.4	0 0
1	0 2.7	194 38.3 A	137 44.2 A	4 2.6	4 4.4	0 0	40 38.7	15 37.4	1 100	71 64.1	66 64.8	0 0
#Total cases	215 295	350 350	318 310	203 203	90 90	0 0	124 124	222 222	1 1	100 100	148 148	0 0
most_worried_children												
#	294 88.5	302 86.3	257 82.9	177 87.2	82 91.1	0 0	102 82.3	197 88.7	1 100	123 76.9	132 89.2 A	0 0
1	34 11.5	48 15.7	53 17.1	26 12.8	3 8.9	0 0	32 17.7	25 11.3	0 0	37 23.1 B	18 18.8	0 0
#Total cases	295 295	350 350	318 310	203 203	90 90	0 0	124 124	222 222	1 1	100 100	148 148	0 0
most_worried_infectious												
#	142 65.1	325 93.7 A C	267 86.1 A	134 66.0	56 62.2	0 0	115 92.7	211 93.0	1 100	141 83.1	124 83.0	0 0
1	103 34.9 B C	22 6.3	43 13.9 B	69 34.0	34 37.8	0 0	9 7.3	11 3.0	0 0	39 11.9	24 16.2	0 0
#Total cases	295 295	350 350	318 310	203 203	90 90	0 0	124 124	222 222	1 1	100 100	148 148	0 0
most_worried_sexually												
#	224 75.9 C	333 95.1 A C	184 59.4	164 80.8 B	31 64.4	0 0	114 91.8	215 96.8 A	1 100	92 57.5	91 61.5	0 0
1	71 24.1 B	17 4.9	124 40.6 A B	39 19.2	32 35.6 A	0 0	10 8.1 B	7 3.2	0 0	68 42.5	37 28.5	0 0
#Total cases	295 295	350 350	318 310	203 203	90 90	0 0	124 124	222 222	1 1	100 100	148 148	0 0
most_worried_chronic												
#	117 63.4	323 92.3 A C	198 63.0	123 61.6	69 66.7	0 0	111 89.5	203 93.7	1 100	96 60.8	99 68.2	0 0
1	100 36.6 B	27 7.7	122 39.4 B	79 39.4	50 53.3	0 0	13 18.5	14 6.3	0 0	64 40.8	38 29.2	0 0
#Total cases	295 295	350 350	318 310	203 203	90 90	0 0	124 124	222 222	1 1	100 100	148 148	0 0
most_worried_physical												
#	215 90.6 C	327 93.4 C	273 88.1	197 87.6	66 95.6	0 0	115 92.5	206 93.7	1 100	149 92.5 B	123 83.1	0 0
1	39 14.4	21 6.6	37 11.9 A B	6 3.8	4 4.4	0 0	9 7.3	14 6.3	0 0	32 17.5	23 16.9 A	0 0
#Total cases	295 295	350 350	318 310	203 203	90 90	0 0	124 124	222 222	1 1	100 100	148 148	0 0
most_worried_dental												
#	291 98.6 B C	333 95.1 C	253 81.6	202 99.3	17 96.7	0 0	117 94.4	214 96.4	1 100	132 82.5	126 81.1	0 0
1	4 1.4	18 4.3 A	37 11.4 A B	1 0.2	3 3.3	0 0	7 5.6	8 3.6	0 0	20 17.5	20 18.9	0 0
#Total cases	295 295	350 350	318 310	203 203	90 90	0 0	124 124	222 222	1 1	100 100	148 148	0 0
most_worried_dermatological												
#	295 100.0 B C	291 83.1	303 97.7 B	203 100.0	90 100.0	0 0	109 87.9	176 88.2	1 100	135 96.9	146 96.6	0 0
1	0 0.0	59 16.9 C	7 2.3	0 0.0	0 0.0	0 0	15 12.1	44 19.8	0 0	3 3.1	2 1.4	0 0
#Total cases	295 295	350 350	318 310	203 203	90 90	0 0	124 124	222 222	1 1	100 100	148 148	0 0
most_worried_eyes												
#	230 94.9 C	319 91.1	269 86.2	194 95.6	64 93.3	0 0	109 87.9	207 93.2	1 100	142 95.4	123 83.1	0 0
1	15 5.1	31 8.9	42 13.5 A	9 4.4	6 6.7	0 0	15 12.1	15 6.8	0 0	37 18.6	25 16.9	0 0
#Total cases	295 295	350 350	318 310	203 203	90 90	0 0	124 124	222 222	1 1	100 100	148 148	0 0
most_worried_reproductive												
#	299 99.3 C	341 97.4	294 94.3	203 99.6	90 100.0	0 0	113 92.7	222 100.0 A	1 100	144 96.9	148 100.0 A	0 0
1	2 0.7	9 2.6	16 5.2 A	2 1.0	0 0.0	0 0	9 7.3	0 0.0	0 0	36 18.8	8 8.8	0 0
#Total cases	295 295	350 350	318 310	203 203	90 90	0 0	124 124	222 222	1 1	100 100	148 148	0 0
most_worried_cancer												
#	72 24.4	275 78.6 A C	105 33.9 A	49 22.2	27 30.6	0 0	96 77.4	175 78.8	1 100	63 34.4 B	41 27.7	0 0
1	223 75.6 B C	75 21.4	203 66.1 B	110 77.8	63 70.6	0 0	25 22.6	47 21.2	0 0	97 65.6	107 72.3 A	0 0
#Total cases	295 295	350 350	318 310	203 203	90 90	0 0	124 124	222 222	1 1	100 100	148 148	0 0
most_worried_obola												
#	295 100.0 C	350 100.0 C	303 96.4	203 100.0	90 100.0	0 0	124 100.0	222 100.0	1 100	127 86.3	146 98.6	0 0
1	0 0.0	0 0.0	3 1.0	0 0.0	0 0.0	0 0	0 0.0	0 0.0	0 0	3 1.8	2 1.4	0 0
#Total cases	295 295	350 350	318 310	203 203	90 90	0 0	124 124	222 222	1 1	100 100	148 148	0 0
most_worried_nutrition												
#	210 97.6 B	296 82.9	303 97.1 B	200 99.3	66 95.6	0 0	110 88.7 B	176 88.2	0 0	134 96.2	145 98.0	0 0
1	7 2.4	60 17.1 A C	9 2.9	1 1.7	4 4.4	0 0	14 11.3	44 19.8 A	1 100	6 3.8	3 2.8	0 0
#Total cases	295 295	350 350	318 310	203 203	90 90	0 0	124 124	222 222	1 1	100 100	148 148	0 0
most_worried_arter												
#	291 100.0 C	347 99.1 C	308 96.9	203 100.0	90 100.0	0 0	123 99.2	220 99.1	1 100	133 96.9	143 96.6	0 0
1	0 0.0	3 0.9	10 3.2 B	0 0.0	0 0.0	0 0	1 8.8	2 8.9	0 0	3 3.1	3 3.4	0 0
#Total cases	295 295	350 350	318 310	203 203	90 90	0 0	124 124	222 222	1 1	100 100	148 148	0 0
most_worried_anoar												
#	295 100.0 B C	230 65.7	304 96.1 B	203 100.0	90 100.0	0 0	85 71.8	187 84.7	1 100	133 90.3	143 98.0	0 0
1	0 0.0	120 34.3 C	6 1.9	0 0.0	0 0.0	0 0	15 12.2	85 38.3	0 0	2 1.2	3 2.8	0 0
#Total cases	295 295	350 350	318 310	203 203	90 90	0 0	124 124	222 222	1 1	100 100	148 148	0 0
most_worried_ear_say												
#	295 100.0 B	341 97.4	308 99.4	203 100.0	90 100.0	0 0	129 96.8	217 97.7	1 100	138 98.8	148 100.0	0 0
1	0 0.0	9 2.6	2 0.6	0 0.0	0 0.0	0 0	4 3.2	3 2.3	0 0	2 1.2	8 8.8	0 0
#Total cases	295 295	350 350	318 310	203 203	90 90	0 0	124 124	222 222	1 1	100 100	148 148	0 0

Annexe IV: Tableau 6: Évaluation de l'accès à la santé, de la qualité dans le pays respectif et de l'état de santé à trois périodes: avant la migration, à l'arrivée et maintenant

Table with health status rating statistics for all 3 country cohorts grouped by gender

	Kenya			Nigeria			South Africa			#Total			C		
	Female	Male	Prefer not to say	Female	Male	Prefer not to say	Female	Male	Prefer not to say	Female	Male	Prefer not to say			
														Mean	Std. dev.
rating_quality															
Mean	3.3	3.5	3.4	3.4	3.5	0	3.3	3.3	0	3.4	3.4	0	3.5	3.6	0
Std. dev.	1.0	1.2	1.2	1.5	1.5	0	1.5	1.8	0	1.4	1.2	0	1.6	1.5	0
Unc. valid N	295.0	209.0	308.0	475.0	418.0	0	204.0	399.0	0	113.0	174.0	0	158.0	143.0	0
rating_access															
Mean	3.1	3.5	3.1	3.1	3.2	0	3.0	3.1	0	3.4	3.6	0	3.9	3.8	0
Std. dev.	1.7	1.5	2.0	1.8	1.7	0	1.7	1.8	0	1.7	1.3	0	2.1	2.0	0
Unc. valid N	208.0	200.0	306.0	466.0	405.0	0	200.0	370.0	0	160.0	170.0	0	155.0	148.0	0
health_status_bef															
Mean	2.9	2.4	3.9	3.1	3.0	3	3.0	2.6	0	2.3	2.5	3	3.3	3.0	0
Std. dev.	2.0	1.3	1.6	1.9	1.6	0	2.0	2.1	0	1.5	1.1	0	1.7	1.5	0
Unc. valid N	292.0	399.0	399.0	484.0	458.0	1	200.0	90.0	0	124.0	220.0	1	160.0	148.0	0
health_status_upon															
Mean	2.9	3.4	3.3	3.3	3.5	9	3.1	2.7	0	3.2	3.4	9	3.7	3.9	0
Std. dev.	2.0	1.3	1.4	1.8	1.4	0	1.9	2.1	0	1.7	1.1	0	1.6	1.2	0
Unc. valid N	293.0	350.0	309.0	485.0	458.0	1	201.0	90.0	0	124.0	221.0	1	160.0	147.0	0
health_status_now															
Mean	3.4	3.7	3.9	3.8	3.8	10	3.4	3.4	0	3.5	3.9	10	3.8	3.9	0
Std. dev.	1.6	1.3	1.3	1.6	1.1	0	1.8	2.0	0	1.7	1.6	0	1.8	1.2	0
Unc. valid N	285.0	399.0	305.0	475.0	448.0	1	190.0	37.0	0	119.0	210.0	1	155.0	143.0	0

Annexe IV: Tableau 7: Restrictions vécues

Table with statistics what restrictions they have experienced, grouped by gender

	#Total			Kenya			Nigeria			South Africa			C
	Kenya	Nigeria	South Africa	Female	Male	Prefer not to say	Female	Male	Prefer not to say	Female	Male	Prefer not to say	
Have not tried so far													
No	227 77.2 B C	232 66.3	189 66.2	139 79.3	87 75.3	0	83 70.4	142 84.3	0	161 63.1	11 36.5	0	0
Yes	45 15.3 B	34 9.9	115 17.2 A B	11 16.3	11 17.4	0	10 8.8	11 5.9	1	54 33.3	81 41.5	0	0
#Total cases	284 284	350 350	309 309	201 200	10 10	0	123 123	221 221	1	100 100	147 147	0	0
restrictions_language													
0	7 13.6	15 62.5 A	63 34.8 A	3 15.2	2 18.2	0	3 30.0	9 66.2	1	26 31.9	35 57.4	0	0
1	38 66.4 B C	9 37.5	52 43.2	29 84.8	9 81.8	0	3 30.0	4 29.8	0	26 48.1	26 42.6	0	0
#Total cases	45 45	24 24	115 115	33 33	11 11	0	10 10	13 13	1	54 54	61 61	0	0
restrictions_religious													
0	43 95.0	23 95.3	113 99.0 A B	31 93.9	11 100.0	0	9 90.0	13 100.0	1	34 100.0	61 100.0	0	0
1	2 4.4	1 4.2	3 8.0	2 6.1	0 0.0	0	1 10.0	0 0.0	0	0 0.0	0 0.0	0	0
#Total cases	45 45	24 24	115 115	33 33	11 11	0	10 10	13 13	1	34 34	61 61	0	0
restrictions_adults													
0	33 73.3	12 50.0	79 67.8	25 75.8	7 63.6	0	4 40.0	7 53.8	1	36 66.7	42 68.9	0	0
1	12 26.7	12 50.0	37 32.2	8 24.2	4 36.4	0	6 60.0	6 46.2	0	18 33.3	19 31.1	0	0
#Total cases	45 45	24 24	115 115	33 33	11 11	0	10 10	13 13	1	54 54	61 61	0	0
restrictions_occupational													
0	43 95.6 C	20 83.3	90 78.1	51 81.9	11 100.0	0	9 90.0	11 84.6	0	43 79.6	48 78.7	0	0
1	2 4.4	4 16.7	24 20.9 A	2 6.1	0 0.0	0	1 10.0	2 15.4	1	11 20.4	13 21.3	0	0
#Total cases	45 45	24 24	115 115	33 33	11 11	0	10 10	13 13	1	54 54	61 61	0	0
restrictions_family													
0	45 100.0	24 100.0	113 96.5	33 100.0	11 100.0	0	10 100.0	13 100.0	1	50 92.6	61 100.0 A	0	0
1	0 0.0	0 0.0	4 3.5	0 0.0	0 0.0	0	0 0.0	0 0.0	0	4 7.4	0 0.0	0	0
#Total cases	45 45	24 24	115 115	33 33	11 11	0	10 10	13 13	1	54 54	61 61	0	0
restrictions_geographical													
0	45 100.0 B C	17 70.8	102 88.7 B	33 100.0	11 100.0	0	3 30.0	8 61.5	1	49 90.7	53 86.9	0	0
1	0 0.0	7 29.2 C	13 11.3	0 0.0	0 0.0	0	2 20.0	3 23.5	0	5 9.3	6 10.1	0	0
#Total cases	45 45	24 24	115 115	33 33	11 11	0	10 10	13 13	1	54 54	61 61	0	0
restrictions_undocumented													
0	41 91.1	23 95.8	90 78.1	31 93.9	9 81.8	0	9 90.0	13 100.0	1	44 81.3	47 77.0	0	0
1	4 8.9	1 4.2	24 20.9	2 6.1	2 18.2	0	1 10.0	0 0.0	0	9 16.7	14 23.0	0	0
#Total cases	45 45	24 24	115 115	33 33	11 11	0	10 10	13 13	1	54 54	61 61	0	0
restrictions_gender													
0	45 100.0	23 95.8	114 99.7	33 100.0	11 100.0	0	10 100.0	12 92.3	1	53 98.1	57 93.4	0	0
1	0 0.0	1 4.2	1 0.9	0 0.0	0 0.0	0	0 0.0	1 7.7	0	1 1.9	4 6.6	0	0
#Total cases	45 45	24 24	115 115	33 33	11 11	0	10 10	13 13	1	54 54	61 61	0	0
restrictions_prejudice													
0	37 82.2	21 87.5	90 78.9	27 81.8	9 81.8	0	8 80.0	13 100.0	0	43 79.6	50 82.0	0	0
1	8 17.8	3 12.5	22 19.1	6 18.2	2 18.2	0	2 20.0	0 0.0	1	11 20.4	11 18.0	0	0
#Total cases	45 45	24 24	115 115	33 33	11 11	0	10 10	13 13	1	54 54	61 61	0	0
restrictions_cultural													
0	44 97.8 C	24 100.0 C	90 78.0	32 97.0	11 100.0	0	10 100.0	13 100.0	1	42 77.8	51 83.6	0	0
1	1 2.2	0 0.0	22 19.1 A	1 3.0	0 0.0	0	0 0.0	0 0.0	0	12 22.2	10 16.4	0	0
#Total cases	45 45	24 24	115 115	33 33	11 11	0	10 10	13 13	1	54 54	61 61	0	0
restrictions_other													
0	43 95.6 C	24 100.0 C	92 80.0	31 93.9	11 100.0	0	10 100.0	13 100.0	1	41 75.9	51 83.6	0	0
1	2 4.4	0 0.0	23 20.0 A	2 6.1	0 0.0	0	0 0.0	0 0.0	0	13 24.1	10 16.4	0	0
#Total cases	45 45	24 24	115 115	33 33	11 11	0	10 10	13 13	1	54 54	61 61	0	0

Annexe IV: Tableau 8: Tableau statistique descriptif axé sur les sans-papiers - Afrique du Sud uniquement (1)

Table with descriptive statistics for South Africa for experienced health complications and diseases people are most worried about

	#Total		gender				residence3					
	cases	%	Female		Male		No documents		some documents		excluded	
			cases	%	cases	%	cases	%	cases	%	cases	%
health_complication_ay												
No	169	54.9	89	55.6	78	53.4	113	55.7	55	54.5	1	25.0
Prefer not to say	1	0.3	1	0.6	0	0.0	1	0.5	0	0.0	0	0.0
Yes (plcase specify)	138	44.8	70	43.8	68	46.6	89	43.8	46	45.5	3	75.0
#Total cases	308	308	160	160	146	146	203	203	101	101	4	4
health_complication_chronic												
0	125	90.6	63	90.0	62	91.2	82	92.1	41	89.1	2	66.7
1	13	9.4	7	10.0	6	8.8	7	7.9	5	10.9	1	33.3
#Total cases	138	138	70	70	68	68	89	89	46	46	3	3
health_complication_dental												
0	110	79.7	56	80.0	54	79.4	73	82.0	34	73.9	3	100.0
1	28	20.3	14	20.0	14	20.6	16	18.0	12	26.1	0	0.0
#Total cases	138	138	70	70	68	68	89	89	46	46	3	3
health_complication_dermatological												
0	135	97.8	69	98.6	66	97.1	86	96.6	46	100.0	3	100.0
1	3	2.2	1	1.4	2	2.9	3	3.4	0	0.0	0	0.0
#Total cases	138	138	70	70	68	68	89	89	46	46	3	3
health_complication_eye												
0	123	89.1	63	90.0	60	88.2	80	89.9	40	87.0	3	100.0
1	15	10.9	7	10.0	8	11.8	9	10.1	6	13.0	0	0.0
#Total cases	138	138	70	70	68	68	89	89	46	46	3	3
health_complication_other												
0	113	81.9	59	84.3	54	79.4	74	83.1	38	82.6	1	33.3
1	25	18.1	11	15.7	14	20.6	15	16.9	8	17.4	2	66.7
#Total cases	138	138	70	70	68	68	89	89	46	46	3	3
health_complication_physical												
0	110	79.7	62	88.6	48	70.6	68	76.4	39	84.8	3	100.0
1	28	20.3	8	11.4	20	29.4	21	23.6	7	15.2	0	0.0
#Total cases	138	138	70	70	68	68	89	89	46	46	3	3
health_complication_reproductive												
0	114	82.6	46	65.7	68	100.0	73	82.0	38	82.6	3	100.0
1	24	17.4	24	34.3	0	0.0	16	18.0	8	17.4	0	0.0
#Total cases	138	138	70	70	68	68	89	89	46	46	3	3
most_worried_mental												
0	173	55.8	89	55.6	82	55.4	107	52.5	62	60.8	4	100.0
1	137	44.2	71	44.4	66	44.6	97	47.5	40	39.2	0	0.0
#Total cases	310	310	160	160	148	148	204	204	102	102	4	4
most_worried_sexuality												
0	184	59.4	92	57.5	91	61.5	121	59.3	60	58.8	3	75.0
1	126	40.6	68	42.5	57	38.5	83	40.7	42	41.2	1	25.0
#Total cases	310	310	160	160	148	148	204	204	102	102	4	4
most_worried_chronic												
0	188	60.6	96	60.0	90	60.8	118	57.8	68	66.7	2	50.0
1	122	39.4	64	40.0	58	39.2	86	42.2	34	33.3	2	50.0
#Total cases	310	310	160	160	148	148	204	204	102	102	4	4
most_worried_corona												
0	105	33.9	63	39.4	41	27.7	75	36.8	27	26.5	3	75.0
1	205	66.1	97	60.6	107	72.3	129	63.2	75	73.5	1	25.0
#Total cases	310	310	160	160	148	148	204	204	102	102	4	4
most_worried_children												
0	257	82.9	123	76.9	132	89.2	170	83.3	83	81.4	4	100.0
1	53	17.1	37	23.1	16	10.8	34	16.7	19	18.6	0	0.0
#Total cases	310	310	160	160	148	148	204	204	102	102	4	4
most_worried_nutrition												
0	301	97.1	154	96.2	145	98.0	199	97.5	98	96.1	4	100.0
1	9	2.9	6	3.8	3	2.0	5	2.5	4	3.9	0	0.0
#Total cases	310	310	160	160	148	148	204	204	102	102	4	4
most_worried_infectious												
0	267	86.1	141	88.1	124	83.8	172	84.3	93	91.2	2	50.0
1	43	13.9	19	11.9	24	16.2	32	15.7	9	8.8	2	50.0
#Total cases	310	310	160	160	148	148	204	204	102	102	4	4

Annexe IV: Tableau 9: Tableau de statistiques descriptives pour l'Afrique du Sud (2)

Table with descriptive statistics for South Africa for experienced restrictions payment methods

	#Total		gender				residence3					
	cases	%	Female		Male		No documents		some documents		excluded	
			cases	%	cases	%	cases	%	cases	%	cases	%
restrictions												
Have not tried so far	8	2.6	5	3.1	3	2.0	7	3.4	1	1.0	0	0
No	186	60.2	101	63.1	83	56.5	119	58.6	65	63.7	2	50
Yes	115	37.2	54	33.8	61	41.5	77	37.0	36	35.3	2	50
#Total cases	309	309	160	160	147	147	203	203	102	102	4	4
restrictions_language												
0	63	54.8	28	51.9	35	57.4	46	59.7	15	41.7	2	100
1	52	45.2	26	48.1	26	42.6	31	40.3	21	58.3	0	0
#Total cases	115	115	54	54	61	61	77	77	36	36	2	2
restrictions_religious												
0	115	100.0	54	100.0	61	100.0	77	100.0	36	100.0	2	100
#Total cases	115	115	54	54	61	61	77	77	36	36	2	2
restrictions_admin												
0	78	67.8	36	66.7	42	68.9	44	57.1	33	91.7	1	50
1	37	32.2	18	33.3	19	31.1	33	42.9	3	8.3	1	50
#Total cases	115	115	54	54	61	61	77	77	36	36	2	2
restrictions_occupational												
0	91	79.1	43	79.6	48	78.7	59	76.6	30	83.3	2	100
1	24	20.9	11	20.4	13	21.3	18	23.4	6	16.7	0	0
#Total cases	115	115	54	54	61	61	77	77	36	36	2	2
restrictions_family												
0	111	96.5	50	92.6	61	100.0	73	94.8	36	100.0	2	100
1	4	3.5	4	7.4	0	0.0	4	5.2	0	0.0	0	0
#Total cases	115	115	54	54	61	61	77	77	36	36	2	2
restrictions_geographical												
0	102	88.7	49	90.7	53	86.9	65	84.4	35	97.2	2	100
1	13	11.3	5	9.3	8	13.1	12	15.6	1	2.8	0	0
#Total cases	115	115	54	54	61	61	77	77	36	36	2	2
restrictions_undocumented												
0	91	79.1	44	81.5	47	77.0	59	76.6	31	86.1	1	50
1	24	20.9	10	18.5	14	23.0	18	23.4	5	13.9	1	50
#Total cases	115	115	54	54	61	61	77	77	36	36	2	2
restrictions_gender												
0	110	95.7	53	98.1	57	93.4	72	93.5	36	100.0	2	100
1	5	4.3	1	1.9	4	6.6	5	6.5	0	0.0	0	0
#Total cases	115	115	54	54	61	61	77	77	36	36	2	2
restrictions_prejudices												
0	93	80.9	43	79.6	50	82.0	64	83.1	27	75.0	2	100
1	22	19.1	11	20.4	11	18.0	13	16.9	9	25.0	0	0
#Total cases	115	115	54	54	61	61	77	77	36	36	2	2
restrictions_cultural												
0	93	80.9	42	77.8	51	83.6	60	77.9	31	86.1	2	100
1	22	19.1	12	22.2	10	16.4	17	22.1	5	13.9	0	0
#Total cases	115	115	54	54	61	61	77	77	36	36	2	2
restrictions_other												
0	92	80.0	41	75.9	51	83.6	62	80.5	28	77.8	2	100
1	23	20.0	13	24.1	10	16.4	15	19.5	8	22.2	0	0
#Total cases	115	115	54	54	61	61	77	77	36	36	2	2
payment_myself												
0	45	40.2	23	43.4	22	37.3	34	44.7	10	29.4	1	50
1	67	59.8	30	56.6	37	62.7	42	55.3	24	70.6	1	50
#Total cases	112	112	53	53	59	59	76	76	34	34	2	2
payment_insurance												
0	111	99.1	53	100.0	58	98.3	76	100.0	33	97.1	2	100
1	1	0.9	0	0.0	1	1.7	0	0.0	1	2.9	0	0
#Total cases	112	112	53	53	59	59	76	76	34	34	2	2
payment_government												
0	30	26.8	12	22.6	18	30.5	15	19.7	15	44.1	0	0
1	82	73.2	41	77.4	41	69.5	61	80.3	19	55.9	2	100
#Total cases	112	112	53	53	59	59	76	76	34	34	2	2
payment_NGO												
0	112	100.0	53	100.0	59	100.0	76	100.0	34	100.0	2	100
#Total cases	112	112	53	53	59	59	76	76	34	34	2	2
payment_other												
0	112	100.0	53	100.0	59	100.0	76	100.0	34	100.0	2	100
#Total cases	112	112	53	53	59	59	76	76	34	34	2	2
payment_dont_know												
0	112	100.0	53	100.0	59	100.0	76	100.0	34	100.0	2	100
#Total cases	112	112	53	53	59	59	76	76	34	34	2	2

Annexe IV: Tableau 10: Statistiques descriptives sur l'échantillon sud-africain, regroupées en cohortes de sexe et de résidence sur : Évaluation de l'accès à la santé, évaluation de la qualité du système de santé, évaluation de son propre état de santé (1) : avant la migration, (2) : à l'arrivée dans le pays de résidence, (3) : au moment de l'enquête.

South Africa: Rating of health care access, quality of the system and own health status

	#Total	residence3			gender	
		No documents	some documents	excluded	Female	Male
		A	B	C	A	B
rating_access						
Mean	7.8	7.6	8.3 A	6.5	7.9	7.8
Std. dev.	2.0	2.1	1.7	3.3	2.1	2.0
Unw. valid N	308.0	202.0	102.0	4.0	158.0	148.0
rating_quality						
Mean	8.0	8.5	8.8 A	7.5	8.5	8.0
Std. dev.	1.5	1.6	1.4	1.7	1.6	1.5
Unw. valid N	308.0	202.0	102.0	4.0	158.0	148.0
health_status_bef						
Mean	8.9	8.8	9.0	9.5	8.8	9.0
Std. dev.	1.6	1.6	1.6	1.0	1.7	1.5
Unw. valid N	310.0	204.0	102.0	4.0	160.0	148.0
health_status_upon						
Mean	8.8	8.8	9.0	7.5	8.7	8.9
Std. dev.	1.4	1.4	1.3	3.1	1.6	1.2
Unw. valid N	309.0	203.0	102.0	4.0	160.0	147.0
health_status_now						
Mean	8.9	8.8	8.9	9.2	8.8	8.9
Std. dev.	1.3	1.3	1.3	1.0	1.3	1.2
Unw. valid N	305.0	201.0	100.0	4.0	158.0	145.0

Annexe V: Questionnaire de l'enquête

Veillez noter les caractéristiques suivantes de l'enquête : pour les réponses uniques, elles sont représentées par un cercle, pour les questions à sélection multiple par un carré. Les questions marquées d'une * étaient obligatoires, les questions légèrement ombrées n'apparaissent que lorsque des réponses particulières étaient apportées aux questions précédentes.

9.12.2020

Health and Migration Survey (a)

Health and Migration Survey (a)

What is your age (in years)?

What is your gender?

- Female
- Male
- Other
- Prefer not to say

Where were you born?

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Algeria | <input type="radio"/> Angola | <input type="radio"/> Benin |
| <input type="radio"/> Botswana | <input type="radio"/> Burkina Faso | <input type="radio"/> Burundi |
| <input type="radio"/> Cameroon | <input type="radio"/> Cabo Verde | <input type="radio"/> Central African Republic |
| <input type="radio"/> Chad | <input type="radio"/> Comoros | <input type="radio"/> Congo |
| <input type="radio"/> Democratic Republic of the Congo | <input type="radio"/> Côte d'Ivoire | <input type="radio"/> Djibouti |
| <input type="radio"/> Equatorial Guinea | <input type="radio"/> Egypt | <input type="radio"/> Eritrea |
| <input type="radio"/> Ethiopia | <input type="radio"/> Gabon | <input type="radio"/> Gambia |
| <input type="radio"/> Ghana | <input type="radio"/> Guinea | <input type="radio"/> Guinea-Bissau |
| <input type="radio"/> Kenya | <input type="radio"/> Lesotho | <input type="radio"/> Liberia |
| <input type="radio"/> Libya | <input type="radio"/> Madagascar | <input type="radio"/> Malawi |
| <input type="radio"/> Mali | <input type="radio"/> Mauritania | <input type="radio"/> Mauritius |
| <input type="radio"/> Morocco | <input type="radio"/> Mozambique | <input type="radio"/> Namibia |
| <input type="radio"/> Niger | <input type="radio"/> Nigeria | <input type="radio"/> Rwanda |
| <input type="radio"/> Sao Tome and Principe, | <input type="radio"/> Senegal | <input type="radio"/> Seychelles |
| <input type="radio"/> Sierra Leone | <input type="radio"/> Somalia | <input type="radio"/> South Africa |
| <input type="radio"/> South Sudan | <input type="radio"/> Sudan | <input type="radio"/> Swaziland |
| <input type="radio"/> Tanzania | <input type="radio"/> Togo | <input type="radio"/> Tunisia |
| <input type="radio"/> Uganda | <input type="radio"/> Zambia | <input type="radio"/> Zimbabwe |
| <input type="radio"/> Other (Specify): | | |

Please specify where you were born:

9.12.2020

Health and Migration Survey (a)

Where/ what country are you currently living in?

**this question is mandatory to answer*

- Kenya
- Nigeria
- South Africa
- Other (please specify):

Please specify your country:

How long have you been living in this country?

- up to 3 months
- 3-6 months
- 6-12 months
- 1-2 years
- 2-5 years
- more than 5 years
- Prefer not to say

At the time you came to the country of residence, how well did you speak the local language?

5 4 3 2 1 0

(5 = fluent, 4 = very well, 3 = enough for daily life, 2 = basic conversation, 1 = little, 0 = nothing)

Please rate your language level:

-

Do you live rural or urban?

- Urban (city)
- Rural (village)
- Urban- rural mix
- Prefer not to say

Where are you currently staying?

- In a private Apartment/ house
- In a camp/ refugee settlement
- I have no permanent place to stay
- Other (please specify):
- Prefer not to say

Please specify your living status:

9.12.2020

Health and Migration Survey (a)

What is your residence status in this country?

- Citizen
- Permanent documents (e.g. unlimited working permit, etc.)
- Temporary documents (Asylum seeker, e.g. asylum seeker certificate)
- Temporary documents (Recognized refugee, e.g. alien card)
- Temporary documents (Educational stay)
- No documents/ without legal documents (e.g. working permit or refugee status denied)
- Other (please specify):
- Prefer not to say

Please specify your residence status:

How many people live in your household?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 or more

What educational qualifications do you have (if any)?

- No formal schooling
- Primary school
- Secondary school
- Vocational training
- University (undergraduate)
- University (post graduate)
- Other (please specify):
- Prefer not to say

Please specify your educational level:

9.12.2020

Health and Migration Survey (a)

What is your current occupational situation:

- I work full-time
- I work part-time
- I am self-employed
- I work without a contract
- I am a student
- I am unemployed
- I am retired
- Other (please specify):

Please specify your occupational situation:

What were your main reasons for coming to your current country of residence?

Please choose up to 3 reasons, from highest to lowest. If only 1-2 reasons select the "..." and "...." options.

Primary reason

- Improve economic situation (e.g. finding a job)
- Family reunification
- Difficult/ critical situation in previous country (e.g. conflict, violence)
- I prefer not to say
- Health provision
- Education
- Other (please specify):
- ...
-

Secondary reason

- Improve economic situation (e.g. finding a job)
- Family reunification
- Difficult/ critical situation in previous country (e.g. conflict, violence)
- I prefer not to say
- Health provision
- Education
- Other (please specify):
- ...
-

Tertiary reason

- Improve economic situation (e.g. finding a job)
- Family reunification
- Difficult/ critical situation in previous country (e.g. conflict, violence)
- I prefer not to say
- Health provision
- Education
- Other (please specify):
- ...
-

If you used "Other" in the previous question, please specify:

<https://kf.kobotoolbox.org/forms/arExYYFW5A83Yq84C3VG/summary>

49

9.12.2020

Health and Migration Survey (a)

Could you please rate your own health status at the following 3 points in time:

(10 - perfect health, to 1 - heavy limitations)

Before you left your country of origin

Upon arrival in your current country of residence

Now

	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Before you left your country of origin	<input type="radio"/>									
Upon arrival in your current country of residence	<input type="radio"/>									
Now	<input type="radio"/>									

Have you had any health complications since you left your home country?

- Yes (please specify)
- No
- Prefer not to say

Which health complications have you had since you left your home country?

- Mental health (e.g. Stress, Depression, etc.)
- Infectious diseases (Tuberculosis, Ebola, etc.)
- Sexually transmitted diseases (HIV / AIDS, Hepatitis, Gonorrhea, etc.)
- Chronic diseases (Obesity, Diabetes, Hypertension, etc.)
- Physical issues (e.g. fracture)
- Nutrition issues
- Dental problems
- Dermatological problems
- Eye problems
- Issues with reproductive health (e.g. during Pregnancy or Menstruation, etc.)
- Other (please specify):
- Prefer not to say

Please specify your health complications:

9.12.2020

Health and Migration Survey (a)

Which health issue are you most worried about in your personal situation?

Please select up to three health issues.

- Mental health (e.g. Stress, Depression, etc.)
- The health situation of your children
- Infectious diseases (Tuberculosis, Ebola, etc.)
- Sexually transmitted diseases (HIV / AIDS, Hepatitis, Gonorrhoea, etc.)
- Chronic diseases (Obesity, Diabetes, Hypertension, etc.)
- Physical issues (e.g. fracture)
- Dental problems
- Dermatological problems
- Eye problems
- Issues with reproductive health (e.g. during Pregnancy or Menstruation, etc.)
- Corona pandemic
- Ebola
- Nutrition issues
- Other (please specify):
- None
- Prefer not to say

Please specify the health issue you are worried about:

When you have health issues, where do you seek help?

- Public Health Center/ other primary care
- Private doctor or clinic
- NGO/ Associations
- Emergency Room
- Pharmacy
- Friends/ relatives/ network
- Non-conventional medicine (traditional, religious, etc.)
- Information on the Internet
- Other (please specify):
- Do not know how
- I would/ cannot get help

9.12.2020

Health and Migration Survey (a)

Please specify where you would seek help:

Did you experience restrictions/ difficulties when you needed to access health services provided by the government?

- Yes
 No
 Have not tried so far

What restrictions/ difficulties have you had?

- Language
 Religious
 Administrative
 Occupational obligations
 Family obligations
 Geographical (distance)
 Fear about being undocumented
 For being a man or a woman
 Stigma/ prejudices
 Cultural
 Other (please specify):
 Prefer not to say

Please specify the difficulty:

Are there attempts of yourself or other persons/ institutions to overcome these barriers?

- Yes
 No

Would you please tell us what is being done?

Have these services cover all your needs up to this point in time?

- Yes
 No

<https://kd.koboloolbox.org/#/forms/arExYFW5A03Yq694C3VG/summary>

7/9

9.12.2020

Health and Migration Survey (a)

How is the service provision paid for?

- By myself
- Insurance
- Government
- NGO
- Other (please specify manually)
- I do not know

Please specify who paid for your health condition:

Where do you seek medical help if you are not able to access health services?

Where did you find information about the local health system regarding your health care needs?

- Family or friends
- NGO
- Public system professionals
- I don't know how the health system works yet
- Internet
- Other (please specify):

Please specify where you find information about the local health system:

What is your preferred way of getting information about health services where you currently live?

- Primary Health Centers (e.g. hospitals, doctors)
- Pharmacy
- Religious community
- Government websites
- Friends/ relatives/ network
- Other online sources (please specify):
- Mobile applications (please specify):
- NGO (please specify):
- Other (please specify):
- Do not know

9.12.2020

Health and Migration Survey (a)

Please specify the online sources:

Please specify the mobile applications:

Please specify the NGO:

Please specify other:

Please specify where the health care system should be explained:

How do you rate the general quality and access of the health service provision where you currently live?

(10=excellent to 1=inexistent)

Quality:

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

Access:

What are strong points about the health care system in your country of residence?

In your opinion, what could be done to improve the health of migrants in the country you are currently living in?

Thanks you so much to contributing to this research, feel free to forward it to other people of your community! Is there anything else you would like to share with us or inform us of?

Do you want to receive updates with the results of the survey?

Yes

No

Please give us your email address, so we can sent you the final report:

Annexe VI: Matrice abrégée des relations de codage des groupes d'entretien

	SA_ Migrants	SA_ GovOff	Nigeria_ Migrants	Nigeria_ GovOff	Nigeria_ ServiceProviders	Kenya_ Migrants	Kenya_ ServiceProviders	Kenya_ GovOff	SUM
Regional and continental KIs	9	4	1	0	3	3	1	0	27
Access to HE	0	0	1	0	0	1	2	0	8
Access to HC\Barriers to access HC	0	0	2	1	1	0	0	0	6
Access to HC\Barriers to access HC\Little / no social coverage	3	0	0	3	2	0	3	0	18
Access to HC\Barriers to access HC\Cost / Financial	8	3	1	1	0	0	3	2	27
Access to HC\Barriers to access HC\Documentation / Status	1	0	0	4	4	3	16	4	38
Access to HC\Barriers to access HC\Language	0	0	4	1	4	4	12	0	32
Health issues / HE needs	0	0	0	1	1	0	0	0	2
Health issues / HC needs\Environmental factors	0	0	0	4	0	0	0	0	4
Health issues / HC needs\Maternal and child health	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Health issues / HC needs\Tuberculosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Health issues / HC needs\Substance Abuse	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Social coverage	4	0	1	3	0	0	1	2	23
Health workers	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Health workers\HW foreign recruitment	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Health workers\HW retention	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Migrants health	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Migrants health\Migrants health status	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pandemic preparedness	3	0	0	3	3	0	0	0	9
Integrated HC provision	0	0	0	0	0	3	12	0	8
Social Security & Insurance	0	0	6	5	0	7	0	0	27
Vulnerability (+)	3	0	0	1	4	0	0	0	14
SUM	94	37	5	36	29	22	33	8	253

Figure 27: Matrice des liens de codage des groupes d'entretien
Source: Données propres

Annexe VII: Typologie de groupes de migrants¹²

Catégorie Migrants	Définition	Source de données
Migrants internationaux	Personnes qui restent en dehors de leur pays de résidence habituelle pendant au moins un an	UNDESA
Migrants internes	Personnes qui se déplacent à l'intérieur des frontières d'un pays, généralement mesurées à travers les frontières régionales, de district ou municipales, entraînant un changement de lieu de résidence habituel	UNPD, UNDESA
Migrants irréguliers / sans papiers (parfois aussi appelés « migrants illégaux »)	Personnes qui entrent dans un pays, souvent à la recherche d'un emploi ou d'autres opportunités, sans les documents ou permis requis ou qui dépassent la durée autorisée de séjour dans le pays	N/A /Division Population des Nations Unies UNPD
Migrants réguliers	Personnes qui entrent dans un pays, souvent à la recherche d'un emploi ou d'autres opportunités, avec les documents ou permis requis	UNDESA
Personnes victimes de la traite	Individus contraints, trompés ou contraints à des situations dans lesquelles leur corps ou leur travail peuvent être exploités, ce qui peut se produire au-delà des frontières internationales ou dans leur propre pays	N/A
Travailleurs migrants internationaux	Personnes exerçant une activité rémunérée dans un État dont elles n'ont pas la nationalité, y compris les personnes légalement admises en tant que migrant pour l'emploi	OIT
Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (PDI)	Les personnes qui ont été contraintes de quitter leur domicile ou leur lieu de résidence habituelle, notamment à la suite de / afin d'éviter les effets de la violence armée, des situations de violence généralisée, des violations des droits de l'homme, ou catastrophes causées par l'homme et qui n'ont pas franchi de frontière internationale	HCR
Personnes en situation de réfugiés	Similaire aux réfugiés ci-dessous, mais cette catégorie est plus large car elle inclut les personnes qui ont été forcées de quitter leur pays d'origine mais qui n'ont pas le statut légal de réfugiés et qui n'ont pas enregistré de demandes d'asile. Typiquement, ce dernier groupe est constitué de migrants irréguliers.	N/A / UNHCR (Il existe peu de sources de données fiables sur cette catégorie plus large)

12. Adapté de Zimmerman et al. (2011) et Ahmed & Asquith (à paraître), L'humanitarisme de la diaspora.

Catégorie Migrants	Définition	Source de données
Réfugiés	Les personnes qui, en raison d'une crainte fondée d'être persécutées pour des raisons de race, de religion, de nationalité, d'appartenance à un groupe social particulier ou d'opinion politique, se trouvent en dehors du pays dont elles ont la nationalité, et sont incapables ou en raison de ces craintes ne veulent pas, se prévaloir de la protection de ce pays ou y retournent par crainte d'être persécutés. Le terme réfugié est généralement utilisé dans un sens juridique précis - c'est-à-dire quelqu'un qui a obtenu le statut juridique de réfugié - ainsi que dans un sens plus large et plus abstrait.	HCR
Demandeurs d'asile	Personnes ayant demandé une protection internationale et dont les demandes de statut de réfugié n'ont pas été déterminées	UNHCR
Apatrides	Individus qui ne sont considérés comme citoyens d'aucun État en vertu du droit national. Couvre les apatrides de jure et de facto, y compris les personnes incapables d'établir leur nationalité. Les apatrides peuvent ou non être des migrants	UNHCR
Touristes	Personnes physiques se rendant et séjournant dans des lieux en dehors de leur environnement habituel pendant au plus une année consécutive et dont le but principal de la visite est autre que le travail	UN World Tourism Organisation
Étudiants internationaux	Personnes admises dans un pays autre que le leur, généralement en vertu de permis ou de visas spéciaux, dans le but spécifique de suivre un programme d'études particulier pendant une année consécutive au maximum, et dont le but principal de la visite est autre que le travail	UNESCO
Diaspora	Migrants ou descendants de migrants, dont l'identité et le sentiment d'appartenance ont été façonnés par leur expérience et leurs antécédents migratoires (OIM 2018) La définition de travail d'une diaspora de ce rapport inclura : ceux originaires de l'extérieur de leur pays d'origine ou de patrimoine qui ont résidé dans leur pays de résidence pendant un an ou plus (première génération) ; ceux nés de parents ayant une nationalité ou un héritage autre que leur pays de résidence (deuxième génération et suivantes) ; La diaspora peut être citoyenne d'un ou plusieurs pays, y compris leur pays d'origine/de patrimoine	N/A

Annexe VIII: Liste des partenaires pour les entretiens d'informateurs clés (KII) et les entretiens de groupe (Equipe de Berlin)

Partenaire-Entretien	Organisation
Edward Addai	UNICEF
Adam Ahmat	OMS, Bureau régional de l'Afrique
Judicael Ahouansou	OIM Maroc
(Anonymous)	Gestionnaire, Centre d'accueil pour migrants
(Anonymous)	Expert senior en santé publique africaine
(Anonymous)	Agence des Nations Unies, RD Congo
Chimwemwe Chamdimba	AUDA / NEPAD
Nkata Chuku	Health Systems Consult Ltd (HSCL)
Ana Fonseca	OIM Maroc
Lotte Kejser	OIT
Gloria Moreno Fontes	OIT
Michela Martini	OIM
Emma Orefuwa	Alliance panafricaine de lutte contre les moustiques (PAMCA)
Francis Tabu	OIM, Bureau de liaison spécial auprès de l'Union africaine

Annexe IX: Processus de dialogues inter-étatiques sur la migration en Afrique

Processus Consultatif régional (RCP)	Etats Membres	Principaux domaines de discussion
Union Africaine– Initiative de la Corne de l’Afrique sur la traite des êtres humains et le trafic de migrants	8 Etats membres : États membres principaux : Egypte, Erythrée, Ethiopie, Soudan Pays voisins: Djibouti, Kenya, Somalie, Soudan du sud	<ul style="list-style-type: none"> • Cohérence des politiques en matière de migration • Prévention de la traite des êtres humains et du trafic de migrants • Renforcement de la protection et l’assistance aux victimes de la traite et trafic de personnes • Renforcement de l’état de droit, poursuites et gestion des frontières
Autorité intergouvernementale pour le développement Processus consultatif régional sur la migration (IGAD-RCP)	7 Etats membres Djibouti, Ethiopie, Kenya, Somalie, Soudan du sud, Soudan, Ouganda	<ul style="list-style-type: none"> • Migration et développement • Migration de travail • Intégration sociale des migrants • Protection des droits des migrants • Trafic et traite des personnes • Données et recherche sur les migrations • Migration et santé • Migration et commerce • Migration et environnement • Migration et sécurité • Retour volontaire des migrants • Flux migratoires mixtes et protection des réfugiés • Mouvement des communautés pastorales • Fuite des cerveaux et contraire à l’éthique recrutement
Dialogue sur les migrations pour l’Afrique australe (MIDSA)	16 Etats membres Angola, Botswana, Comores, République Démocratique du Congo, Eswatini, Lesotho, Madagascar, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Séychelles, Afrique du sud, République unie de la Tanzanie, Zambie, Zimbabwe	<ul style="list-style-type: none"> • Migration de travail • Migration irrégulière et mixte • Lutte contre la traite des personnes et le trafic de migrants • Élaboration de politiques • Gestion des risques de catastrophe • Renforcement des capacités sur la gestion des frontières
Dialogue sur les migrations pour l’Afrique de l’Ouest (MIDWA)	15 Etats membres Benin, Burkina Faso, Cabo Verde, Côte d’Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Liberia, Mali, Niger, Nigeria, Sénégal, Sierra Leone, Togo	<ul style="list-style-type: none"> • Migration de travail • Lutte contre la traite et la contrebande • Gestion des frontières • Retour et réintégration • Données sur la migration • Migration mixte

Processus Consultatif régional (RCP)	Etats Membres	Principaux domaines de discussion
<p>Dialogue sur les migrations des Etats membres du Marché commun de l’Afrique de l’Est et du Sud (MIDCOM)</p>	<p>19 Etats membres</p> <p>Burundi, Comores, République Démocratique du Congo, Djibouti, Egypte, Erythrée, Eswatini, Ethiopie, Kenya, Libye, Madagascar, Malawi, Maurice, Rwanda, Seychelles, Sudan, Ouganda, Zambie, Zimbabwe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Migration et développement • Migration et commerce • Migration irrégulière • Lutte contre la traite et la contrebande • Migration et santé • Migration forcée • Migration de travail • Collecte de données et demandes de renseignements • Libre circulation des personnes • Droit d’établissement et de séjour
<p>Dialogue sur les migrations des Etats de l’Afrique centrale (MIDCAS)</p>	<p>10 Etats membres</p> <p>Angola, Burundi, Cameroun, Tchad, République Centrafricaine, Congo, République Démocratique du Congo, Gabon, Guinée Equatoriale, Sao Tome and Principe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aide au retour volontaire et à la réintégration • Lutte contre la traite des êtres humains • Lutte contre le trafic de migrants • Migration irrégulière et mixte flux migratoires • Migration de main-d’œuvre, recrutement éthique, fuite des cerveaux • Intégration des migrants • Migration et développement • Migration et environnement • Migration et sécurité • Migration et commerce • Données et recherche sur les migrations • Santé en matière de migrations • Protection des droits des migrants
<p>Processus de Khartoum</p>	<p>41 Etats membres</p> <p>11 Etats membres africains et 30 Etats membres européens</p> <p>Autriche, Belgique, Bulgarie, Croatie, Chypre, Danemark, République tchèque, Djibouti, Égypte, Estonie, Éthiopie, Érythrée, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Kenya, Lettonie, Libye, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Norvège, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Somalie, Sud Soudan, Espagne, Soudan, Suède, Suisse, Tunisie, Ouganda,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lutte contre la traite des êtres humains • Lutte contre le trafic de migrants • Avantages de la migration pour le développement et lutte contre les causes profondes de la migration irrégulière et des déplacements forcés • Migration légale et mobilité • Protection et asile • Prévention et lutte contre les migrations irrégulières, le trafic de migrants et la traite des êtres humains • Retour, réadmission et réintégration

Processus Consultatif régional (RCP)	Etats Membres	Principaux domaines de discussion
<p>Processus de Rabat</p>	<p>57 Etats membres :</p> <p>26 Etats membres africains et</p> <p>31 Etats membres européens</p> <p>Autriche, Belgique, Bénin, Bulgarie, Burkina Faso, Cameroun, Cabo Verde, République centrafricaine, Tchad, Congo, Côte d'Ivoire, Croatie, Chypre, République Tchèque, République démocratique du Congo, Danemark, Estonie, Finlande, France, Gabon, Gambie, Allemagne, Ghana, Grèce, Guinée-Bissau, Guinée, Guinée équatoriale, Hongrie, Islande, Irlande, Italie, Lettonie, Liberia, Lituanie, Luxembourg, Mali, Malte, Maroc, Mauritanie, Pays-Bas, Niger, Nigeria, Norvège, Pologne, Portugal, Roumanie, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Slovaquie, Slovénie, Espagne, Suède, Suisse, Togo, Tunisie, Royaume-Uni</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avantages de la migration pour le développement et lutte contre les causes profondes de la migration irrégulière et des déplacements forcés • Migration légale et mobilité • Protection et asile • Prévention et lutte contre la migration irrégulière, le trafic de migrants et la traite des êtres humains • Retour, réadmission et réintégration

Source: IOM (2020)



Division du Travail, Emploi et Migration
Département de la santé, des affaires humanitaires et du développement social
B.P. 32 43
Roosevelt Street W21K19
Addis Abeba, Ethiopie
Tel: +251 (0) 11 551 77 00
Fax: +251 (0) 11 551 78 44

CONTACTS:

Sabelo Mbokazi, Chef de Division Travail, Emploi et Migration
Département de la santé, des affaires humanitaires et du développement social
MbokaziS@africa-union.org

www.au.int     

<https://twitter.com/ausocialaffairs>
https://twitter.com/Elfadil_DSA

www.au.int
<https://au.int/en/sa>
<https://au.int/en/migration-labour-employment>