



Étude #3 | Octobre 2022

SANTÉ ET RÉINTÉGRATION

Retour dans l'espace mais pas dans le temps : Une approche tout au long de la vie de la santé des migrants, de la continuité des soins et de l'impact sur les résultats de la réintégration

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement celles de l'Organisation internationale pour les migrations (OIM). Les désignations employées et la présentation des documents dans cet ouvrage n'impliquent pas l'expression par l'OIM d'une quelconque opinion quant au statut juridique d'un pays, d'un territoire, d'une ville ou d'une zone, ou de ses autorités, ou concernant ses frontières ou ses limites.

L'OIM croit profondément que la migration humaine et ordonnée est bénéfique pour les migrants et la société. En tant qu'organisation intergouvernementale, l'OIM agit avec ses partenaires de la communauté internationale afin d'aider à résoudre les problèmes opérationnels que pose la migration ; de faire mieux comprendre quels en sont les enjeux ; d'encourager le développement économique et social grâce à la migration ; et de préserver la dignité humaine et le bien-être des migrants.

Cette publication a été possible grâce au soutien financier de l'Union européenne. Les opinions exprimées ici sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement l'opinion de l'Union européenne.

Publié par : Organisation internationale pour les migrations
17, route des Morillons
C. Page 17
1211 Genève 19
Suisse
Tél. : +41 22 717 9111
Fax : +41 22 798 6150
Courriel : hq@iom.int
Site web : www.iom.int

Cette publication a été publiée sans avoir fait l'objet d'une édition officielle par l'OIM. Le présent ouvrage a été publié sans que l'Unité des publications de l'OIM (PUB) ait approuvé sa conformité avec les normes stylistiques et l'identité visuelle de l'Organisation.

Cette publication n'a pas été traduite par le Service de traduction de l'OIM. Elle est une traduction non officielle de l'original en anglais, *Health and Reintegration. Returning to Space but not to Time: A Life Course Approach to Migrants' Health, Continuity of Care and Impact on Reintegration Outcomes*.

Design: We2 – www.we2.co

Photo de couverture : Le personnel médical effectue un examen médical sur un migrant éthiopien dans un hôpital de Bossaso avant son retour en Éthiopie avec l'aide de l'OIM. © OIM 2020 / Muse MOHAMMED

Citation requise : Samuel Hall, Centre africain pour la migration et la société, et OIM (2022). *Retour dans l'espace mais pas dans le temps : Une approche tout au long de la vie de la santé des migrants, de la continuité des soins et de l'impact sur les résultats de la réintégration*.

©OIM 2023



Certains droits sont réservés. Cet ouvrage est mis à disposition sous la [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 IGO Licence](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode) (CC BY-NC-ND 3.0 IGO). *Licence pour l'Union européenne sous conditions.

Pour plus de spécifications, veuillez consulter les [Droits d'auteur et conditions d'utilisation](#).

Cette publication ne doit pas être utilisée, publiée ou redistribuée à des fins principalement destinées ou dirigées vers un avantage commercial ou une compensation monétaire, à l'exception des fins éducatives, par exemple pour être incluse dans des manuels.

Autorisations : les demandes d'utilisation commerciale ou d'autres droits et licences doivent être soumises à publications@iom.int.

* <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>

REMERCIEMENTS

Samuel Hall et le **Centre africain pour la migration et la société** de l'Université du Witwatersrand, en Afrique du Sud, tiennent à exprimer leur plus profonde gratitude aux migrants de retour et aux membres de leur famille, qui ont donné de leur temps précieux, partagé leurs histoires difficiles et courageuses et transmis leurs connaissances importantes pour cette étude. Sans leur généreuse participation, ce rapport n'aurait pas été possible. Un grand merci aux informateurs clés qui ont partagé leurs expériences, leurs connaissances et leurs points de vue.

Des remerciements sont également dus au groupe d'experts pour leur temps inestimable, leurs conseils, leurs commentaires et leur soutien continu dans ce projet, qui a enrichi et renforcé la rigueur académique du rapport d'étude. Les membres comprennent (par ordre alphabétique) : le professeur Baltica Cabieses, épidémiologiste social et chercheur principal au sein du programme d'études sociales en recherche sur la santé, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo et membre du conseil d'administration de Lancet Migration Hub latino-américain ; le professeur Priya Deshingar, une autorité internationalement reconnue dans le domaine de la recherche sur la migration et de l'analyse des politiques, avec un accent sur la mobilité et la santé dans la migration Sud-Sud, Université du Sussex ; Peppi Kiviniemi-Siddiq, spécialiste thématique régional de la Division de la protection au Bureau régional de l'OIM pour l'Asie et le Pacifique ; Professeur Cathy Zimmerman, spécialiste du comportement et des sciences sociales, menant des recherches sur la migration et la santé, London School of Hygiene and Tropical Medicine ; Dr Kolitha Wickramage, Coordonnatrice de la recherche et de l'épidémiologie sur la santé des migrations mondiales, Unité de soutien à la santé des migrations mondiales, Division de la santé des migrations de l'OIM, Manille.

La recherche pour cette étude a été dirigée par le Dr Nassim Majidi, le Dr Jo Veary, Karen Lau, Francesca Chiavaroli, Hiu Yin Chuah, Shannon Armstrong, avec le soutien pendant la phase de démarrage du Dr Thea de Gruchy, et avec la coordination et le soutien du travail sur le terrain par Mat Lowe, Vanessa Daurer, Victoria

John, Jared Owuor, Tewelde Adhanom, Najia Alizada et Hakim Atiqee. Merci aux membres de l'équipe de terrain composée de : Henrique Gasperin, Renata Summa, Julia Chaise, Carolina Salgado et Ricardo Prata Filho au Brésil ; Temesgen Yaekob, Gudina Abashula, Yisalemush Asefa, Medareshaw Tafesse et Abebayehu Desalegn en Éthiopie ; Mariam Glakhoshvili, Ketevan Nebieridze et Ana Egutidze en Géorgie ; Ousman Ceesay, Aliasa Jallow, Salimina Bah et Mat Lowe en Gambie ; Asra Memon, Human Rao, Basim Ahmed, Uruj Waheed et Mohamad Imtiaz au Pakistan ; Lamine Fall, Ndèye Khady Ndiaye, Birahim Dieng et Mat Lowe au Sénégal.

Le comité d'examen technique de l'**Organisation internationale pour les migrations** (OIM) au siège, composé de Silvan Lange, Aleksandra Lzydorczyk, Joy Paone, Claudette Walls, Emily Thuo, Phineas Jasi et Carlos Van der Laet, tient à remercier les bureaux de pays de l'OIM au Brésil, en Éthiopie, en Gambie, en Géorgie, au Pakistan et au Sénégal pour leur aide à la préparation et à la mise en œuvre du travail de terrain. L'OIM tient également à remercier Stine Hyldekjaer de la Direction générale des partenariats internationaux de la Commission européenne pour son soutien et ses contributions.

L'**Organisation internationale des migrations**, **Samuel Hall**, et le **Centre africain pour la migration et la société** tiennent également à remercier l'Union Européenne pour son impulsion et son financement.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	iii
Liste des figures et tableaux	vii
Liste de acronymes	ix
Glossaire	x
Introduction	1
Arrière-plan	2
Objectifs	3
Méthodologie	4
Données recueillies par les lieux de recherche	5
Éthique et protection des données	6
Limites	6
1. Une approche tout au long de la vie pour répondre aux besoins de santé des migrants de retour : tout au long du cycle migratoire	7
1.1 Cadrage conceptuel	8
1.2 Synthèse des preuves disponibles et revue de la littérature	9
1.2.1 Qu'est-ce que la prise en charge intégrée au retour et à la réintégration ?	11
1.2.2 Quelles maladies ont été identifiées dans la littérature en relation avec la migration ?	14
1.3 Profils des migrants de retour	15
1.3.1 Profils socio-démographiques	16
1.3.2 Dynamique spécifique au contexte	18
1.4 État de santé tout au long du cycle migratoire	20
1.4.1 Pré-migration : facteurs de migration liés à la santé	20
1.4.2 Pendant la migration (dans les pays de transit et d'accueil) : effets néfastes des facteurs structurels sur la santé	22
1.4.3 Après le retour : le « double fardeau » des besoins de santé	24

2. Impact à deux sens : santé et résultats de la réintégration	29
2.1 Tendances linéaires entre la santé des migrants de retour et les résultats de la réintégration	29
2.2 Santé et réintégration psychosociale	31
2.2.1 Impact de la santé sur la réintégration psychosociale	32
2.2.2 Impact de la réintégration psychosociale sur les résultats de santé	33
2.3 Santé et réintégration sociale	35
2.3.1 Accès des migrants de retour aux services de santé tout au long du cycle migratoire	36
2.3.2 Impact des besoins liés à la santé sur les résultats de la réintégration sociale	40
2.4 Résultats de la réintégration sanitaire et économique	44
2.4.1 Impact de la réintégration économique sur les résultats de santé	47
2.5 Genre et santé	48
2.5.1 Besoins et résultats spécifiques au genre	48
2.5.2 Facteurs contribuant aux résultats de la réintégration basée sur le genre	49
2.5.3 Mécanismes d'adaptation dans une perspective de genre	50
3. Influences structurelles et points d'intervention pour la réintégration et la santé durables	52
3.1 Variations du système de santé et (dis)continuité des soins	52
3.1.1 Revenir d'un système de santé mature à un système de santé moins mature	55
3.1.2 Revenir d'un système de santé moins mature à un système de santé plus mature	56
3.1.3 Facteurs du système de santé influant sur la santé et la réintégration des migrants de retour	56
3.2 Politiques existantes et réponses programmatiques aux besoins de santé des migrants de retour	58
3.2.1 Cartographie des accompagnements par les différentes parties prenantes	58
3.2.2 Bonnes pratiques identifiées	58

Conclusion : lacunes et opportunités d'intervention	61
Évaluation des besoins de santé et continuité du suivi	61
Soutien holistique pour la santé et la réintégration des migrants de retour	61
Besoin de systèmes de santé adaptés aux migrants	62
Recommandations	64
Annexe 1. Aperçu des systèmes de santé dans les pays cibles de l'étude	65
Références	69

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

FIGURES

Figure 1. Cadre conceptuel d'une approche tout au long de la vie des résultats de santé et de réintégration des migrants de retour	9
Figure 2. Les déterminants de la santé des migrants tout au long du cycle migratoire	10
Figure 3. Comprendre le lien entre les besoins de santé des migrants de retour, les systèmes et les résultats de la réintégration	15
Figure 4. Sexe des migrants de retour dans l'enquête par pays	16
Figure 5. Répartition par âge des migrants de retour dans l'enquête par sexe	16
Figure 6. Nature du retour auto-déclarée par les migrants de retour dans l'enquête par pays	17
Figure 7. Durée d'absence des répondants à l'enquête par sexe	17
Figure 8. Temps écoulé depuis le retour des répondants à l'enquête par sexe	18
Figure 9. État de santé autodéclaré des migrants après le retour, par pays	19
Figure 10. Problèmes de santé chroniques autodéclarés par les migrants après leur retour, par pays	19
Figure 11. Changements dans l'état de santé autodéclaré des migrants de retour à toutes les étapes de la migration	20
Figure 12. Changements dans le statut autodéclaré à travers les étapes de la migration, par sexe	27
Figure 13. Changements dans le statut autodéclaré à travers les étapes de la migration, par nature de retour	27
Figure 14. Ligne de tendance (avec intervalle de confiance à 95 %) entre le mauvais état de santé autodéclaré après le retour et le mauvais résultat global de la réintégration par modèle de régression	30
Figure 15. État de santé après le retour et résultats de la réintégration, par chaque dimension de la réintégration	30
Figure 16. Score de réintégration psychosociale selon l'état de santé autodéclaré des migrants après le retour	32
Figure 17. Indicateurs clés de la réintégration psychosociale, selon l'état de santé autodéclaré des migrants après le retour	33
Figure 18. Score de réintégration sociale selon l'état de santé autodéclaré des migrants après le retour	36

Figure 19. Obstacles les plus courants aux soins de santé signalés par les migrants après leur retour	37
Figure 20. Principaux indicateurs de réintégration sociale, selon l'état de santé autodéclaré des migrants après le retour	43
Figure 21. Score de réintégration économique selon l'état de santé autodéclaré des migrants après le retour	45
Figure 22. Indicateurs clés de la réintégration économique, selon l'état de santé auto-déclaré des migrants après le retour	46
Figure 23. Trois dimensions de la couverture sanitaire universelle	54
Figure 24. Couverture de l'assurance maladie à toutes les étapes de la migration parmi les migrants de retour forcés	57
Figure 25. Cartographie des politiques/programmes liés à la santé par pays et secteur	58

TABLEAUX

Tableau 1. Objectifs et questions de recherche	4
Tableau 2. Aperçu de toutes les données collectées	5
Tableau 3. Aperçu de la littérature dans le domaine de la migration et de la santé	14
Tableau 4. Cinq principaux pays dont les répondants sont revenus pour la dernière fois	18
Tableau 5. Exemples de problèmes de santé mentionnés par les migrants de retour dans les entretiens semi-directifs	23
Tableau 6. Obstacles à l'accès aux soins de santé spécifiques aux migrants de retour et communs à la population non migrante	37
Tableau 7. Genre et problèmes de santé chroniques	49
Tableau 8. Genre et accès aux soins de santé	50

LISTE DE ACRONYMES

COVID-19	Maladie du coronavirus 2019
CSU	Couverture sanitaire universelle
HCR	Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés
HRN	Besoins liés à la santé
LGBTQI+	Lesbienne, gay, bisexuel, transgenre, queer et intersexe
MHPSS	Mental health and psychosocial support
MNT	Maladie non transmissible
OIM	Organisation Internationale de la Migration
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OSC	Organisation de la société civile
SDSR	Droits à la santé sexuelle et reproductive
SOGIESC	Orientation sexuelle, identité de genre, expression de genre et caractéristiques sexuelles
SSI	Entretien semi-directif
SSPT	Trouble de stress post-traumatique
SSR	Santé sexuelle et reproductive
SUS	Sistema Único de Saúde
UHCP	Programme universel de soins de santé
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VSBG	Violence sexuelle basée sur le genre

GLOSSAIRE

Accès

L'accès est la « disponibilité, le prix abordable et l'acceptabilité »¹ des soins de santé.

Pays d'origine

« Un pays de nationalité ou d'ancienne résidence habituelle d'une personne ou d'un groupe de personnes qui ont migré à l'étranger, qu'ils migrent régulièrement ou irrégulièrement. »²

Pays de transit

« Le pays par lequel une personne ou un groupe de personnes passe lors de tout voyage vers le pays de destination ou du pays de destination vers le pays d'origine ou le pays de résidence habituelle. »³

Retour forcé

« Le fait de renvoyer une personne, contre son gré, vers le pays d'origine, de transit ou vers un pays tiers qui accepte de l'accueillir, généralement effectué sur la base d'un acte ou d'une décision administrative ou judiciaire. »⁴

Santé

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. ». Par ailleurs, « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion,

ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. »⁵

Pays hôte

Souvent appelé *pays de destination*, « un pays qui est la destination d'une personne ou d'un groupe de personnes, qu'elles migrent régulièrement ou irrégulièrement. »⁶

Soins intégrés

« Les soins intégrés sont un concept regroupant les apports, la prestation, la gestion et l'organisation des services liés au diagnostic, au traitement, aux soins, à la réadaptation et à la promotion de la santé. L'intégration est un moyen d'améliorer les services en termes d'accès, de qualité, de satisfaction des utilisateurs et d'efficacité. »⁷

Migrant

« Terme générique, non défini par le droit international, reflétant l'interprétation commune d'une personne qui s'éloigne de son lieu de résidence habituelle, que ce soit à l'intérieur d'un pays ou à travers une frontière internationale, temporairement ou définitivement, et pour une variété de raisons. Le terme comprend un certain nombre de catégories juridiques bien définies de personnes, telles que les travailleurs migrants ; les personnes dont les types particuliers de mouvements sont légalement définis, comme les migrants faisant l'objet d'un trafic ; ainsi que ceux dont le statut ou les moyens de déplacement ne sont pas spécifiquement

1 McIntyre D., M. Thiede et S. Birch, Access as a policy-relevant concept in low- and middle-income countries, Health Econ. Policy Law 4(2) : 179-193 (2009), page. 179.

2 OIM, Glossaire des migrations (2019), page 39.

3 *Ibid.*, pages 39-40. Adapté de la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (adoptée le 18 décembre 1990, entrée en vigueur le 1er juillet 2003) 2220 UNTS 3, Art. 6(c).

4 *Ibid.*, page 77. Adapté de European Migration Network, European Migration Network Asylum and Migration Glossary 3.0 (2014).

5 OMS, Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946), page 1.

6 OIM, Glossaire des migrations, page 39.

7 Gröne O. et M. Garcia-Barbero, Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services, International Journal of Integrated Care 1(1) : 1-10 (2001), page 7.

définis par le droit international, tels que les étudiants internationaux. »⁸

Migrant de retour

Personne qui retourne dans sa communauté après s'être éloignée « de son lieu de résidence habituelle, que ce soit à l'intérieur d'un pays ou au-delà d'une frontière internationale, temporairement ou définitivement, et pour diverses raisons. »⁹ Pour les besoins de cette étude, nous adopterons le terme migrant de retour pour désigner les migrants internationaux qui sont revenus dans leur pays ou leur communauté d'origine, volontairement ou non, dans les sous-catégories de retour décrites ci-dessus.

Réintégration durable

« On peut considérer que la réintégration est durable lorsque les personnes de retour ont atteint un niveau d'autosuffisance économique, de stabilité sociale dans leur communauté et de bien être psychosocial qui leur permet de faire face aux facteurs de (ré)émigration. Une réintégration durable permet aux migrants de retour de prendre de futures décisions en matière de migration par choix et non par nécessité. »¹⁰

Vulnérabilité

« Dans un contexte de migration, la vulnérabilité est la capacité limitée d'éviter, de résister, de faire face ou de se remettre de différentes formes de préjudice. Cette capacité limitée est le résultat de l'interaction unique des caractéristiques et des conditions individuelles, familiales, communautaires et structurelles. »¹¹ « La vulnérabilité découle d'une série de facteurs personnels, sociaux, situationnels et structurels qui se croisent et coexistent », et le niveau d'exposition d'un individu « est déterminé par l'interaction de nombreux facteurs : ses caractéristiques sociodémographiques, ses capacités [...], sa localisation [...], et les facteurs induits par la crise »¹² les impactant.

8 OIM, Glossaire des migrations, pages 132-133.

9 *Ibid.*, page 132.

10 OIM, Vers une approche intégrée de la réintégration dans le contexte du retour (2017), page 3.

11 OIM, Glossaire des migrations, page 229.

12 *Ibid.*, pages 229-230. Voir également OIM, Guidance Note on How to Mainstream Protection across IOM Crisis Response (2016), IN/232, pages 6-7.



Otash est un village du Darfour Sud où bon nombre de ses habitants sont rentrés après avoir passé des années dans des camps pour personnes déplacées internes en raison des affrontements ethniques qui remontent à 2003. L'OIM fait partie des agences qui ont soutenu leur retour en mettant en place des infrastructures tels que l'eau, l'école et les établissements de santé. © OIM 2021 / Muse MOHAMMED

INTRODUCTION

La bonne santé et le bien-être pour tous représente un droit humain fondamental et est reconnu comme tel par la Déclaration universelle des droits de l'homme, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, l'Agenda 2030 des Nations Unies pour le développement durable,¹³ en plus du Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières. L'accès à des soins intégrés est essentiel à la bonne santé et au bien-être. **Cependant, les efforts pour réaliser ce droit et améliorer l'accès aux soins excluent souvent les migrants**, même lorsqu'ils sont revenus dans leur pays d'origine.¹⁴ Selon l'OIM, 58 % des migrants en situation de vulnérabilité assistés au retour en 2021 présentaient des besoins liés à la santé. Ce chiffre dépassait 80 % parmi les migrants en situation de vulnérabilité revenant dans certaines régions, notamment l'Asie et le Pacifique, l'Espace économique européen, le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord, l'Europe de l'Est et l'Asie centrale.

S'engager avec la migration - un déterminant clé de la santé - est de plus en plus reconnu comme une priorité de santé publique mondiale. Les réponses sanitaires qui ne tiennent pas compte de la migration affectent non seulement négativement la santé des personnes en mouvement, mais également les communautés avec lesquelles elles interagissent tout au long de leur parcours migratoire : il n'existe « pas de santé publique sans santé des migrants. »¹⁵ Pour assurer le développement de réponses appropriées, une compréhension claire de la relation entre la migration et la santé - à la fois entre les migrants et la population d'accueil, et entre les différents groupes de migrants - est nécessaire. Il est impératif que cela inclue les migrants de retour.

La santé et le bien-être des migrants de retour sont des déterminants cruciaux d'une réintégration durable car un mauvais état de santé physique et mental entrave la capacité des individus ou des familles à devenir

autonomes, à atteindre la stabilité ou le bien-être, comme indiqué dans la définition de la réintégration durable de l'OIM. Il est impératif de veiller à ce que les besoins sanitaires des migrants de retour soient satisfaits pour faciliter une réintégration durable.¹⁶ Pourtant, les recherches existantes suggèrent que les migrants de retour ont un accès limité ou inadéquat aux services médicaux et souffrent d'obstacles à long terme aux soins de santé, notamment le coût inabordable des soins dans de nombreux contextes.

Les preuves concernant les besoins en soins de santé des migrants de retour, les conditions du système de santé et leur lien avec des résultats de réintégration durables sont limitées. Le retour des travailleurs migrants atteints d'accidents du travail et de maladies professionnelles dans leurs communautés d'origine a toujours été un domaine d'intérêt historique pour les universitaires et les militants. Cependant, en dehors du travail qui a tendance à être historique, la recherche actuelle sur le retour, la réintégration et la santé tend à s'inscrire dans deux tendances : (1) la santé mentale et le bien-être psychosocial des migrants de retour, en particulier en ce qui concerne la stigmatisation ;¹⁷ et (2) un focus très récent sur le COVID-19 et le processus de retour et de réintégration. Une compréhension plus large de l'intersection entre les besoins de santé et la réintégration est nécessaire pour améliorer l'accès aux soins de santé et créer des opportunités de réintégration durable.

Tandis que le corps de la littérature sur la santé des migrants dans les étapes de pré-départ, de transit et de post-migration du parcours migratoire continue de croître, **la littérature sur le retour, la réintégration et la santé, ou les résultats de santé des migrants de retour, est de portée limitée**, tout comme les façons dont ces résultats peuvent être liés au genre, à l'âge ou à d'autres situations sociales. En tant que tel, il est important de générer des connaissances sur le sujet et

13 Nations Unies, Transformer notre monde : le programme de développement durable à l'horizon 2030 (2015).

14 OMS, Rapport mondial sur la santé des réfugiés et des migrants (2022).

15 No Public Health without Migrant Health, The Lancet Public Health 3(6) : 259 (2018).

16 OIM, Réintégration : Approches efficaces (2015).

17 Schuster L. et N. Majidi, Deportation Stigma and Re-Migration, Journal of Ethnic and Migration Studies 41(4) : 635-652 (2014).

d'identifier les bonnes pratiques qui peuvent être mises à l'échelle pour faciliter la réintégration des migrants en mauvaise santé.

Ce rapport, commandé par l'OIM en partenariat avec Samuel Hall et le Centre africain pour la migration et la société de l'Université du Witwatersrand, vise à combler cette lacune dans la littérature existante sur le sujet, en explorant l'impact des besoins de santé sur les résultats de la réintégration durable et en identifiant les facteurs clés qui se recoupent pour façonner les résultats de santé et de réintégration des migrants de retour. Alors que ce projet de recherche vise à explorer les liens entre les besoins de santé, l'accès aux soins et la réintégration durable des migrants de retour, nous utilisons les étapes de la migration pour cadrer notre approche. Cela nous permet de souligner « la nature multi-étapes et cumulative des risques pour la santé et des opportunités d'intervention qui peuvent survenir tout au long du processus de migration, et souligne les avantages potentiels de l'élaboration de politiques qui couvrent toute la gamme des mouvements migratoires. »¹⁸

ARRIÈRE-PLAN

Le *Manuel sur la Réintégration* de l'OIM souligne l'importance de l'accès aux soins de santé pour la réintégration et de donner la priorité à la santé mentale et à la réintégration psychosociale des migrants de retour. La réintégration psychosociale est comprise dans l'approche intégrée de la réintégration de l'OIM comme la clé pour garantir que la réintégration d'un migrant de retour est durable. Par conséquent, la fourniture **de MHPSS constitue un élément clé du programme de réintégration de l'OIM**. Bien que tous les besoins en MHPSS des migrants de retour ne soient pas entièrement satisfaits, il convient de noter que l'OIM continue de déployer des efforts dans ce sens.

En plus de la programmation de l'OIM sur les besoins psychosociaux des migrants de retour, **la garantie d'un accès plus large aux soins de santé est mise en évidence dans les recherches commandées par l'OIM et les directives de l'OIM sur le soutien**

à la réintégration durable, sous la dimension de la réintégration sociale englobant l'accès aux services. Par exemple, *Revenir avec un problème de santé : une boîte à outils pour conseiller les migrants ayant des problèmes de santé, un résultat du projet Mesures visant à améliorer l'aide au retour volontaire et à la réintégration (AVRR) des migrants souffrant d'une maladie chronique résidant dans l'UE*, ainsi qu'une boîte à outils de l'OIM sur l'évaluation des besoins psychosociaux en cas de déplacement d'urgence, de relèvement précoce et de retour. En outre, **l'accès à la santé et au bien-être est reconnu comme l'une des sept composantes interdépendantes de la réintégration sociale**. Les autres - accès à la documentation, au logement et à l'hébergement, aux régimes de protection sociale, à l'éducation et à la formation, à l'alimentation et à l'eau, et à la justice et aux droits - sont tous, de plus, des déterminants sociaux de la santé.¹⁹ À titre d'exemple, l'importance des services de santé sexuelle et reproductive pour les migrants de retour, y compris la fourniture d'une prophylaxie post-exposition le cas échéant, est prévue dans la dimension sociale des programmes de réintégration.

“ L'aide psychosociale au niveau individuel a pour objectif d'améliorer l'état psychologique des personnes de retour [...] ainsi que leur aptitude à (re)créer des relations et des réseaux sociaux positifs et à affronter les problèmes qui pourraient les inciter à repartir.

– OIM, *Manuel sur la Réintégration*, page 86

Il est important de noter que bon nombre des conclusions de cette partie du travail de l'OIM reflètent des obstacles à l'accès, qui peuvent ne pas être propres aux migrants de retour, mais plutôt rencontrés par l'ensemble de la communauté. Cela comprend, par exemple, le coût des soins. **Comprendre quels obstacles et quels besoins liés à la santé sont particuliers aux migrants de retour et aux lieux de retour, et ce qui reflète plus largement le renforcement des systèmes de santé est important pour améliorer la programmation**. En outre, l'engagement de l'OIM fait la distinction entre les besoins liés à la santé qui relèvent du champ opérationnel de l'assistance sociale, tandis

18 Zimmerman C., L. Kiss et M. Hossain, Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making, PLoS Medicine 8(5) : 1-7 (2011), page 1.

19 Les déterminants sociaux de la santé sont les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ces circonstances sont façonnées par la répartition de l'argent, du pouvoir et des ressources aux niveaux mondial, national et local.

que l'accent mis sur la santé mentale et les besoins psychosociaux des migrants de retour relève du champ opérationnel de l'assistance psychosociale. Mieux comprendre comment les résultats de santé physique et mentale sont interdépendants pour les migrants de retour servira également à améliorer la programmation à cet égard.

Une série de réunions individuelles ont eu lieu en mars-avril 2022 avec les bureaux de pays de l'OIM dans les pays cibles de cette étude pour informer le développement d'aspects importants de la recherche (stratégie d'échantillonnage, concepts de recherche ainsi que les situations contextuelles des migrants de retour). Dans l'ensemble, quatre thèmes clés ont émergé dans les

contributions des bureaux de pays concernant les besoins de santé des migrants de retour :

1. Explorer les différents besoins de santé des bénéficiaires et leur lien avec l'assistance reçue ;
2. Faire la distinction entre les programmes de soins de santé et les besoins des différents groupes de population ;
3. Comprendre comment l'accès aux soins de santé est limité pour les migrants de retour ; et
4. Explorer le lien entre les besoins liés à la santé et la réintégration économique.

OBJECTIFS

Le but de cette recherche est d'explorer les liens entre les besoins de santé, l'accès aux soins et la réintégration durable des migrants de retour. Dans ce cadre, l'étude a quatre objectifs qui relient **les besoins individuels liés à la santé des migrants de retour** (y compris en matière de santé mentale) et les capacités et les infrastructures des services de santé dans l'environnement extérieur, afin de tirer des enseignements des pratiques

existantes et de recommander des moyens d'améliorer **l'opérationnalisation et les normes de prestation de soins de santé dans les contextes de réintégration** des pays d'origine. Cela s'étendra pour inclure des recommandations sur le traitement des migrants ayant des besoins de santé tout au long du cycle migratoire, en accordant une attention particulière aux dimensions par genre, géographiques et développementales.

Identifier l'état de santé et les **besoins liés à la santé** des migrants de retour

Analyser **l'influence de l'environnement externe** sur les résultats de la réintégration

Identifier **les bonnes pratiques** pour la fourniture d'un soutien à la réintégration à court et à long terme

Formuler des **recommandations programmatiques et politiques** pour favoriser une réintégration durable

Pour atteindre ces objectifs, les questions de recherche suivantes ont été formulées :

Tableau 1 : Objectifs et questions de recherche

OBJECTIFS	QUESTIONS
Comprendre la migration comme un déterminant social de la santé	1. Comment l'expérience migratoire des migrants de retour influence-t-elle les résultats en matière de santé et de réintégration ? Quels sont les principaux déterminants de l'accès aux soins de santé ?
Identifier les besoins médicaux et liés à la santé des migrants de retour	2. Quelles sont les conditions médicales et les besoins liés à la santé des migrants de retour ? Quel est l'impact de l'intersectionnalité sur les besoins de santé ? Comment les migrants de retour recherchent-ils des soins de santé ?
Analyser les influences sociales et structurelles sur la santé individuelle et les résultats de la réintégration	3. Quels sont les obstacles structurels et les facilitateurs à l'accès aux soins de santé ? Comment les systèmes de santé influencent-ils les résultats de santé et de réintégration des migrants de retour ?
Formuler des réponses programmatiques à la santé et au bien-être des migrants de retour	4. Quelles sont les bonnes pratiques pour la fourniture d'un soutien sanitaire lors de la réintégration ? Comment renforcer les initiatives de réintégration pour mieux répondre aux besoins sanitaires des migrants de retour ?

MÉTHODOLOGIE

Cette étude a suivi une approche de méthodes mixtes en trois phases, entre mars et juillet 2022. La phase de démarrage comprenait une revue de littérature complète²⁰ pour identifier les lacunes en matière de preuves, et un examen de la méthodologie et des outils par un groupe de référence d'experts.²¹ La phase de **collecte de données** impliquait la collecte de données primaires via des méthodes quantitatives et qualitatives dans six pays. Les participants à l'étude (les migrants

de retour et les informateurs clés) ont été recrutés par nominations de chaque bureau de pays de l'OIM respectif, ainsi que par sondage en boule de neige. Une phase pilote a été incluse dans chaque pays pour tester les outils de collecte de données.

Cinq méthodes ont été utilisées simultanément :

1. Sondage : un sondage sur les besoins sanitaires des migrants de retour a été administré aux migrants de retour dans cinq des six pays cibles. Il couvrait des questions sur la démographie (par exemple, l'âge, le

20 La revue de littérature couvre la littérature académique et grise et sert de base sur laquelle construire la méthodologie d'étude et les outils de recherche. En utilisant une approche par étapes de la migration, la revue donne un bref aperçu des travaux existants sur la migration et la santé, et comment les besoins de santé des migrants de retour s'inscrivent dans cette littérature. Elle examine également l'état actuel des connaissances sur le retour et la réintégration, dont une grande partie se trouve dans la littérature grise qui sous-tend la prise de décision programmatique sur le retour et la réintégration.

21 Le groupe de référence d'experts était composé d'experts universitaires affiliés à l'Initiative de recherche sur la migration, la santé et le développement et de spécialistes thématiques régionaux de l'OIM pour fournir une contribution d'expert. Les membres comprennent (classés par ordre alphabétique) : Prof Baltica Cabieses, épidémiologiste social et chercheur principal au Programme d'études sociales en recherche sur la santé, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, et membre du conseil d'administration du Lancet Migration Latin American Hub ; le professeur Priya Deshingar, une autorité internationalement reconnue dans le domaine de la recherche sur la migration et de l'analyse des politiques, avec un accent sur la mobilité et la santé dans la migration Sud-Sud, Université du Sussex ; Peppi Kiviniemi-Siddiq, spécialiste thématique régional de la Division de la protection au Bureau régional de l'OIM pour l'Asie et le Pacifique ; Professeur Cathy Zimmerman, spécialiste du comportement et des sciences sociales menant des recherches sur la migration et la santé, London School of Hygiene and Tropical Medicine ; Dr Kolitha Wickramage, Coordonnatrice de la recherche et de l'épidémiologie sur la santé des migrations mondiales, Division de la santé des migrations de l'OIM, Unité de soutien à la santé des migrations mondiales, Manille.

sexe, la situation familiale), les profils des migrants de retour (par exemple, la nature du retour, la durée de l'absence, le temps écoulé depuis le retour, l'aide reçue), l'état de santé autodéclaré et l'accès à la santé (avant la migration, avant le retour, après le retour) et les résultats de la réintégration (par exemple économiques, sociaux, psychosociaux). Les critères d'admissibilité étaient qu'un migrant de retour devait être revenu au cours des cinq dernières années et être âgé de plus de 18 ans ;

2. **Entretiens semi-directifs** avec les migrants de retour inclus en termes de critères d'éligibilité qu'un migrant de retour doit être revenu au cours des cinq dernières années, avoir plus de 18 ans et avoir soit un problème de santé, soit avoir eu des expériences en essayant d'accéder aux soins ;
3. **Entretiens avec des informateurs clés** : l'équipe de recherche a mené des KII avec des fonctionnaires, des prestataires de services de santé qui ont travaillé avec des migrants de retour, des agences des Nations Unies et des organisations internationales, ainsi qu'avec des OSC locales, des ONG et des structures communautaires ;
4. **Études de cas** : des études de cas programmatiques visant à identifier les programmes de réintégration et de santé et à mieux comprendre les meilleures pratiques émergentes ont été entreprises par le biais des SSI et des KII ;

5. **Groupe de référence expert** : des universitaires et des leaders mondiaux dans le domaine de la migration et de la santé ont été engagés et consultés tout au long de l'étude.

DONNÉES RECUEILLIES PAR LES LIEUX DE RECHERCHE

Six pays ont été sélectionnés comme sites de recherche en coordination avec l'OIM pour refléter une large portée géographique : **le Brésil, l'Éthiopie, la Gambie, la Géorgie, le Pakistan et le Sénégal**. Alors que des entretiens avec des migrants de retour ont été menés dans tous les pays, le sondage HRN n'a été mené qu'en Éthiopie, en Gambie, en Géorgie, au Pakistan et au Sénégal. Compte tenu des difficultés d'identification des bénéficiaires au Brésil, les sondages n'ont pas été réalisés au Brésil. Tous les sondages HRN ont été menés en personne, sauf en Géorgie, où ils ont été effectués par téléphone pour des raisons pratiques. Les données de sondage ont été analysées à l'aide de techniques statistiques descriptives et analytiques, telles que la tabulation croisée, le test t et la modélisation de régression. Des entretiens semi-structurés et des entretiens avec des informateurs clés ont été menés en personne dans leur langue maternelle, avec des enregistrements vocaux, puis transcrits en anglais. Les transcriptions ont été analysées par analyse thématique.

Tableau 2 : Aperçu de toutes les données collectées

PAYS	KII	SSI	SONDAGE HRN	TOTAL
Brésil	12	24	0	36
Éthiopie	15	16	69	100
Gambie	15	17	60	92
Géorgie	15	17	50	82

Pakistan	13	19	59	91
Sénégal	6	17	58	81
Total	76	110	296	482 répondants interviewés

ÉTHIQUE ET PROTECTION DES DONNÉES

Comme cette étude aborde des questions de santé qui peuvent être sensibles dans certains contextes, l'équipe de recherche a déployé tous les efforts possibles pour protéger la confidentialité et l'anonymat des identités des participants. Toutes les informations d'identification ont été dissociées des données. Des procédures strictes ont été suivies pour s'assurer que le consentement éclairé a été demandé aux participants. Une autorisation légale a été demandée aux autorités compétentes de chaque pays avant de mener des recherches, qui ont été soutenues par les bureaux de pays de l'OIM. Chaque chercheur local a suivi une formation de deux jours et demi, qui comprenait une formation sur la protection et l'éthique de la recherche, en particulier pour les chercheurs qualitatifs interrogeant les migrants de retour. Au cours du travail de terrain, les chercheurs ont fourni des informations aux participants sur les mécanismes de retour d'information et de plaintes existants. Les principes de protection des données, y compris ceux liés à la sécurité, à l'accès et à la conservation des données, ont été respectés tout au long du projet, conformément au *Manuel de Protection des Données de l'OIM*.

LIMITES

Même si les données recueillies au cours de l'étude sont complètes et ont permis une analyse approfondie des liens entre les besoins de santé des migrants de retour et les résultats de la réintégration, il existe des limites

principales qu'il faut garder à l'esprit lors de l'interprétation des résultats de la recherche.

- **Les migrants de retour assistés par l'OIM :** la majorité des migrants de retour étaient des bénéficiaires de l'OIM (80 % parmi les données quantitatives et 65 % parmi les données qualitatives), avec des implications sur la généralisation et les biais potentiels. Cela est dû à la stratégie d'échantillonnage dans laquelle les participants à la recherche ont été principalement nommés par les bureaux de pays de l'OIM²² (complétée par un sondage en boule de neige), et au fait que les normes d'inclusion dans les programmes de retour et de réintégration de l'OIM diffèrent également d'un pays à l'autre.
- **Représentation des populations de migrants de retour :** en raison de la nature non aléatoire du recrutement des participants, les migrants de retour qui ont participé aux entretiens semi-structurés ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population de migrants de retour. Dans certains pays, comme le Brésil, la majorité des migrants de retour interrogés étaient des migrants de retour volontaires, bien que des informateurs clés aient observé que les migrants de retour forcés étaient plus fréquents dans leur expérience quotidienne. Ainsi, certaines voix importantes restent absentes de l'étude.
- **Taille de l'échantillon du sondage :** la taille de l'échantillon du sondage quantitatif est relativement petite ($n = 296$),²³ ainsi, l'analyse de sous-groupes a un poids faible au niveau statistique, comme dans le cas d'une analyse par genre où il n'y avait que

22 Cette stratégie d'échantillonnage a été adoptée en consensus avec l'OIM afin de mieux comprendre s'il y avait des besoins de santé non satisfaits parmi les migrants de retour bénéficiant d'une aide et son impact sur les résultats de la réintégration.

23 La taille du sondage prévue était de 300 (50 par pays), la taille du sondage finale a donc atteint la taille attendue malgré l'exclusion du Brésil du sondage, comme expliqué ci-dessus.

55 femmes migrantes de retour dans l'échantillon final. Néanmoins, dans la mesure du possible, des intervalles de confiance et des valeurs p basés sur des tests "t"²⁴ sont rapportés pour permettre aux lecteurs de porter des jugements plus éclairés.

- **Auto-déclaration et évaluation** : cette étude s'est appuyée sur l'état de santé autodéclaré des participants et aucune mesure objective de la santé n'a été entreprise. Il existe une possibilité de biais de rappel puisque les participants ont été interrogés sur leur expérience lors des étapes précédentes de la migration. Cela a été minimisé en limitant l'éligibilité aux migrants de retour qui sont revenus au cours des cinq dernières années, et pour le sondage, les

questions sur la pré-migration n'ont été posées qu'aux migrants de retour qui sont revenus lors des 12 derniers mois. Les comparaisons entre les pays doivent également être nuancées en raison du fait qu'il existe des différences culturelles dans la compréhension de la santé et de la maladie telles qu'elles sont reconnues dans la littérature.

- **Sondage transversal** : le sondage HRN était une étude transversale dans laquelle des questions sur la santé et la réintégration étaient posées en même temps, et par conséquent les résultats ne peuvent être interprétés que comme des associations plutôt que comme des causes.

1. UNE APPROCHE TOUT AU LONG DE LA VIE POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE SANTÉ DES MIGRANTS DE RETOUR : TOUT AU LONG DU CYCLE MIGRATOIRE

MESSAGES CLÉ

1. **Une majorité de migrants de retour ont déclaré être en bonne santé avant la migration, mais celle-ci s'est détériorée tout au long du parcours migratoire et après le retour.**
Cela a été le plus déclaré parmi :
Les femmes migrantes de retour
Les migrants de retour forcés
Les migrants de retour ayant passé au moins six mois à l'étranger
Les migrants de retour qui sont revenus depuis 1 à 2 ans
2. **L'exposition à des environnements nocifs pendant la migration a eu un effet cumulatif sur les besoins de santé des migrants de retour**, entraînant souvent un double fardeau sur la santé physique et mentale à long terme, en particulier chez les migrants de retour qui ont eu des expériences de migration irrégulière.
3. **Les événements de santé aigus antérieurs, tels que les blessures liées au travail ou la violence physique à l'étranger, se sont souvent traduits par des problèmes de santé chroniques à plus long terme pour les migrants de retour**, tels que la douleur chronique ou le SSPT, avec des répercussions sur le succès de leur réintégration.

24 Les intervalles de confiance et les valeurs de p sont utilisés pour spécifier la signification statistique des résultats en fonction de la taille de l'échantillon du sondage.

1.1 CADRAGE CONCEPTUEL

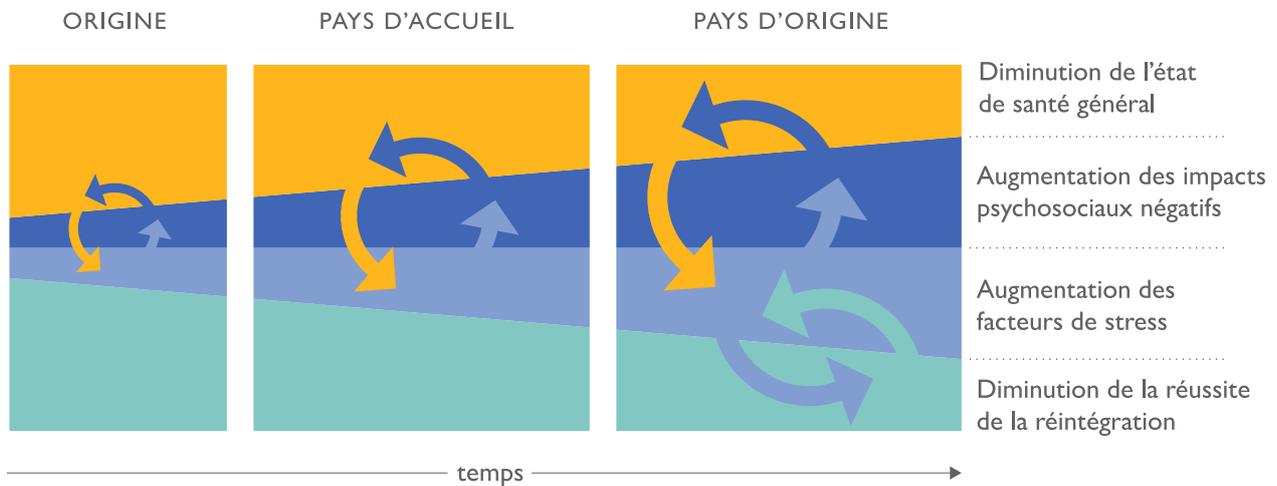
La santé et le bien-être des migrants dépendent de l'interaction de multiples facteurs tout au long du parcours migratoire, y compris lors de la phase post-retour. Traditionnellement, les préoccupations concernant la migration et la santé sont centrées sur la santé des migrants par rapport aux maladies transmissibles et sur la façon dont les migrants propagent l'infection. Cela a conduit à des politiques qui se concentrent sur l'étape prémigratoire de la migration, en particulier par le développement d'évaluations médicales avant le départ. Cependant, cela ne reflète pas **la relation dynamique entre les différentes phases de la migration et la santé.** Par exemple, pendant le parcours migratoire, les migrants peuvent subir des risques directs pour leur santé, y compris, mais sans s'y limiter, des événements traumatisants, des carences nutritionnelles, une déshydratation et une exposition à des maladies infectieuses. Par la suite, les politiques d'immigration, les obstacles juridiques à l'accès des migrants aux services, y compris les soins de santé, un profil épidémiologique entre la communauté d'origine et la communauté d'accueil, l'accès au logement et à l'emploi, les expériences de xénophobie et de discrimination, et si oui ou non les systèmes de santé dans les pays d'accueil sont conscients de la migration et compétents en matière de mobilité, sont tous des facteurs qui affectent dans quelle mesure les migrants sont à risque de mauvais résultats de santé.

Un élément clé pour comprendre comment la santé des migrants de retour change et peut influencer les résultats de la réintégration tient compte des dimensions de l'espace et du temps. Au retour, les migrants reviennent souvent dans le même espace (lieu) d'où ils sont originaires. Le temps qui s'est écoulé pendant que les migrants de retour étaient à l'étranger a des implications importantes sur les réalités dans lesquelles ils reviennent. Non seulement les migrants de retour ont vécu leurs expériences migratoires personnelles, mais les communautés dans lesquelles ils reviennent ont souvent aussi évolué au fil du temps, y compris les réseaux de soutien social et les systèmes sociétaux plus larges. Ces facteurs de stress tout au long du parcours migratoire, ainsi qu'après le retour, façonnent les résultats de santé des migrants et la durabilité de leur réintégration.

Sur la base des résultats qualitatifs et quantitatifs de l'étude, le cadre représenté à la figure 1 a été développé. Ce cadre saisit les liens entre la santé (physique et mentale) et les résultats de la réintégration (économiques, sociaux, psychosociaux) et les déterminants clés et facteurs de stress (niveaux individuel et familial, communautaire et structurel) en adoptant une approche axée sur le parcours de vie. Le cadrage conceptuel s'est appuyé sur les étapes de la migration et les facteurs de vulnérabilité et de résilience sanitaires pour encadrer l'approche. Il est détaillé ci-dessous dans la littérature pour mettre en évidence « la nature multi-étapes et cumulative des risques sanitaires et des opportunités d'intervention qui peuvent survenir tout au long du processus de migration, et souligne les avantages potentiels d'une élaboration de politiques couvrant l'ensemble des mouvements migratoires. »²⁵ Ce cadre conceptuel proposé capture cinq conclusions essentielles, analysées dans cette étude, qui devraient être testées dans des études à plus grande échelle pour validation :

1. Au fil du temps, en général, l'état de santé autodéclaré des migrants de retour a diminué.
2. Au fil du temps, en général, le stress psychosocial a augmenté.
3. Tout au long du parcours migratoire, les facteurs de stress (ce qui signifie les déterminants sociaux et structurels négatifs de la santé) se sont accumulés.
4. Il existe une relation à double sens entre l'état de santé et les résultats de la réintégration.
5. L'augmentation des facteurs de stress au fil du temps a entraîné une détérioration de l'état de santé, ainsi que des résultats de réintégration plus négatifs.

Figure 1. Cadre conceptuel d'une approche tout au long de la vie des résultats de santé et de réintégration des migrants de retour



1.2 SYNTHÈSE DES PREUVES DISPONIBLES ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

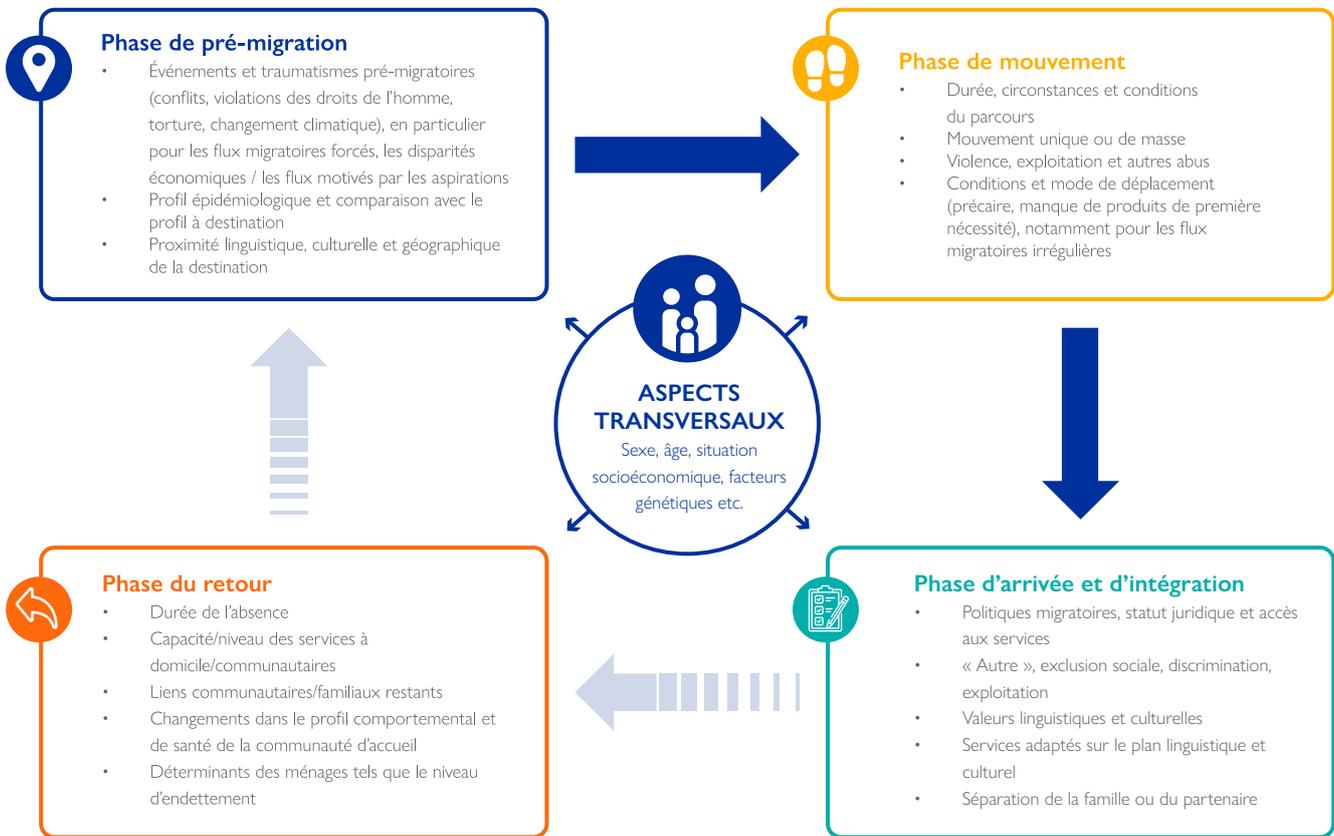
Cette approche est étayée par les preuves disponibles. La littérature dans le domaine de la migration et de la santé est en croissance et de plus en plus diversifiée, en particulier dans les étapes de pré-départ, de transit et de post-migration du parcours migratoire. Cependant, comme indiqué dans un rapport de l'OMS, « Malgré l'importance d'un continuum de soins, les recherches disponibles ont principalement porté sur les réfugiés et les migrants dans les pays d'accueil, avec beaucoup moins de littérature sur les pays d'origine ou les étapes de transit. »²⁶ Le retour des travailleurs migrants dans leurs communautés d'origine avec des accidents du travail et des maladies professionnelles a toujours été un domaine d'intérêt pour les universitaires et les militants, tandis que les recherches actuelles sur le retour, la réintégration et la santé comblent un vide plus large dans la littérature.

Ce cadre sur le cycle migratoire met au premier plan l'importance de formuler des interventions qui abordent les risques pour la santé auxquels est confronté un migrant à chaque étape et comment les risques se croisent et s'accumulent à la fin du cycle migratoire - l'objet de cette recherche.

Pré-migration : L'état de santé au stade pré-migratoire est largement déterminé par trois facteurs, en plus des facteurs génétiques et biologiques : (1) le profil épidémiologique du pays d'origine ; (2) le système de santé et l'accessibilité et la qualité des soins de santé dont la personne a bénéficié avant son départ ; et (3) les expériences de traumatisme, de violence ou de déplacement qui peuvent avoir été un facteur dans la décision d'un migrant de migrer. À l'exception des migrants qui ont subi un traumatisme particulier dans leur pays d'origine, par exemple la guerre ou la persécution en tant que minorité, ou qui migrent pour des raisons de santé, les chercheurs ont traditionnellement convenu qu'au point de départ, un effet migratoire sain est en place. En raison des coûts associés à la migration, les migrants sont susceptibles – au point de départ et d'arrivée dans le pays d'accueil – d'être en meilleure santé que ceux des communautés qu'ils quittent et où ils arrivent. Cependant, cet effet ne dure souvent pas longtemps après leur arrivée. Il faut également tenir compte de l'accès aux soins de santé comme motif de migration. Certaines recherches suggèrent que les choix de migrer peuvent parfois être étayés par la nécessité de gagner de l'argent pour payer les soins de santé d'un parent resté au pays ou pour accéder aux soins de santé dans le pays d'accueil.

26 OMS, Global Evidence Review on Health and Migration: Continuum of Care for Noncommunicable Disease Management during the Migration Cycle (2022), page 33.

Figure 2. Les déterminants de la santé des migrants tout au long du cycle migratoire
(Source : OIM, L'essentiel de la Gestion des Migrations 2.0)



Phase de mouvement : La « durée, les circonstances et les conditions »²⁷ du parcours entre le lieu d'origine d'un migrant et finalement sa destination ont un impact sur les besoins de santé d'un migrant à son arrivée. De nombreux parcours incluent des expériences de violence, des périodes d'attente et de transit, et un accès limité aux nécessités de base comme la nourriture. Alors que les centres de détention et les camps de transit sont apparus comme une réponse clé à la mobilité humaine, il en va de même pour les connaissances sur l'impact négatif de ces espaces sur la santé et le bien-être des migrants. Comme Zimmerman et al. remarquent « Il existe des associations claires entre la durée de la détention et la gravité des troubles mentaux, en particulier pour les personnes ayant déjà été exposées à des événements traumatisants, ce qui est courant chez les migrants forcés. »²⁸

Arrivée et intégration : Les migrants arrivent souvent dans de nouvelles communautés avec un avantage sur le plan de la santé. Cependant, des facteurs antérieurs au départ et pendant la phase de déplacement, en plus de facteurs propres à leur communauté d'accueil, font souvent perdre cet avantage rapidement. Les facteurs qui déterminent si les migrants risquent d'avoir de mauvais résultats et à quelle vitesse sont, par exemple, les politiques migratoires et les obstacles juridiques à l'accès des migrants aux services, y compris les soins de santé ; l'existence d'une différence de profil épidémiologique entre la communauté d'origine et la communauté d'accueil ; le genre ; l'accès au logement et à l'emploi ; les expériences de xénophobie et de discrimination ; le stress dû au processus de migration ; et le fait que les systèmes de santé du pays d'accueil soient conscients de la migration et compétents en matière de mobilité. L'arrivée et l'intégration sont souvent des processus longs

27 García-Sierra R. et al., Psychological Distress and Somatization in Immigrants in Primary Health Care Practices, *Healthcare* 8(4) : 1-13 (2020), page 2.

28 Zimmerman, Kiss et Hossain, *Migration and Health*.

et compliqués, sous-tendus par des parcours migratoires fragmentés et de longues périodes de transit dans des pays tiers. Comme l'accès aux services médicaux dans les pays de transit est souvent limité, ces parcours pèsent lourdement sur la santé des migrants. En conséquence, les migrants peuvent parfois atteindre les pays d'accueil, ou revenir dans les pays d'origine, avec des conditions physiques ou psychosociales non traitées.

Retour : Les résultats de santé au moment du retour, ou après le retour, sont souvent le résultat de l'accumulation d'expériences avant la migration, pendant le déplacement et au moment de l'arrivée et de l'intégration. Les preuves montrent que les migrants subissent une charge de morbidité plus élevée que la population générale après le retour.²⁹ Les modalités du retour, par la force après la détention ou volontairement, et la phase de réintégration, par exemple, auront un impact sur les besoins de santé des migrants et sur la durabilité de la réintégration. En outre, la durabilité de la réintégration est souvent liée à la stigmatisation du retour – les implications de ce fait sont discutées plus en détail dans la littérature sur le retour et la santé mentale. Par ailleurs, si un migrant de retour revient chez lui malade, la façon dont le système de santé est équipé pour faire face à cette maladie aura un impact sur les résultats de santé futurs du migrant de retour.

1.2.1 Qu'est-ce que la prise en charge intégrée au retour et à la réintégration ?

“ **Soins intégrés** est un concept regroupant les intrants, la prestation, la gestion et l'organisation des services liés au diagnostic, au traitement, aux soins, à la réhabilitation et à la promotion de la santé. L'intégration est un moyen d'améliorer les services en termes d'accès, de qualité, de satisfaction de l'utilisateur et d'efficacité. – Grøne et Garcia-Barbero, *Integrated care: a position paper of the WHO European Office*, page 7.

À l'échelle mondiale, le manque de systèmes de santé sensibles à la migration et compétents en matière de mobilité - systèmes qui incluent la migration comme « une préoccupation centrale dans leur conception »³⁰ ainsi que le faible accès aux déterminants sociaux positifs de la santé, la faiblesse des systèmes de santé publique et des cadres politiques inadéquats ou mal mis en œuvre font que certains migrants obtiennent de mauvais résultats en matière de santé.³¹ En tant que tel, c'est le contexte de la migration qui peut affecter négativement la santé car « être migrant n'est pas en soi un risque pour la santé : ce sont les conditions associées à la migration qui peuvent accroître la vulnérabilité à une mauvaise santé. »³² Par ailleurs, alors que la migration peut affecter la santé, à la fois positivement et négativement, l'état de santé peut également affecter la décision de se déplacer ou non. Cependant, la manière dont cette double relation affecte la réintégration est mal comprise. **Une revue des systèmes de santé sensibles à la migration a révélé :**

- Une lacune critique dans la facilitation de l'accès aux services de santé au retour.
- Une lacune dans l'adoption d'une approche par étapes de la migration et l'accent mis uniquement sur certaines étapes (généralement antérieures) de la migration.
- Des réponses ponctuelles qui impliquent un éventail d'acteurs et manquent de coordination et d'intégration en matière de soins de santé.
- Bien que davantage de réponses aient intégré une dimension sanitaire, les besoins sanitaires sont rarement au centre des programmes de réintégration.
- L'accès des migrants, y compris des migrants de retour, aux services de santé est entravé par des obstacles structurels tels que les disparités entre les zones rurales et urbaines et des services de santé ou une couverture d'assurance médicale inabordable.

29 Aryal N. et al., Risk of kidney health among returnee Nepali migrant workers: A survey of nephrologists, *Asian Journal of Medical Sciences* 12(12) : 126-132 (2021).

30 Mukumbang F. C., Migrant-Health Inequity as a Consequence of Poor Siracusa Principles Implementation in the COVID-19 Era, *International Journal of Travel Medicine and Global Health* 9(4) : 155-160 (2021), page 155.

31 Castañeda H. et al., Immigration as a Social Determinant of Health, *Annual Review of Public Health* 36(1) : 375-392 (2015).

32 Wickramage K. et al., Migration and health: a global public health research priority, *BMC Public Health* 18(1) : 1-9 (2018), page 5.



Les migrants de retour arrivés du Niger, de Tunisie et du Mali reçoivent des examens de santé lors de leur séance d'orientation.
© OIM 2022 / Robert Kovacs

qui doivent être traités par une intervention de développement plus large.

Différents groupes de migrants bénéficient de droits et de privilèges différents en matière de santé. En conséquence, certains peuvent être en mesure d'améliorer et de maintenir leur état de santé, tandis que d'autres peuvent être confrontés à des risques sanitaires directs. Ceux-ci incluent, mais sans s'y limiter : les événements traumatisants, les carences nutritionnelles, la déshydratation et l'exposition aux maladies infectieuses.³³ En outre, le manque d'accès à la documentation légale et aux voies régulières de migration ; la xénophobie vécue par les prestataires de soins de santé ; les barrières de la langue ; la durée et le coût financier de la recherche de soins ; la honte et la peur de la stigmatisation peuvent constituer des obstacles à l'accès aux soins de santé pour les migrants.³⁴ Le statut de documentation irrégulière, la xénophobie institutionnelle et interpersonnelle, les stratégies de revenu précaire et les mauvaises conditions de vie et de travail agissent tous comme des obstacles structurels à l'accès aux déterminants sociaux positifs de la santé. Par ailleurs, **les situations sociales telles que le sexe, l'âge et l'état de santé affectent souvent les besoins de santé d'un migrant** et créent des obstacles supplémentaires à l'accès qui reflètent la manière dont les pays de destination et d'origine réagissent à ces situations sociales.

L'hétérogénéité des migrants - parmi et au sein des différents groupes de migrants - et des expériences migratoires signifie que les hypothèses sur la vulnérabilité doivent être tempérées. Il faut veiller à éviter de supposer que les migrants sont seuls responsables de leurs problèmes de santé. Il est plutôt essentiel de reconnaître la façon dont la relation entre la santé et la migration est socialement et structurellement déterminée. De multiples facteurs peuvent déterminer la santé des migrants et ces facteurs peuvent changer - et leurs impacts s'accumulent - au cours des différentes

phases du cycle migratoire, y compris pendant le retour.³⁵ Les vulnérabilités en matière de santé et les facteurs de résilience sont dynamiques et changent avec le temps et cet état de santé élevé peut - si la migration n'est pas correctement gérée - être érodé en raison des mauvaises conditions de vie et de travail subies après la migration.

De nombreuses interventions de santé publique sont difficiles. Leur conception, contrairement aux preuves empiriques, repose souvent sur l'hypothèse que les populations sont statiques, à savoir que les populations peuvent être accessibles en permanence à un emplacement géographique et que les usagers de soins de santé auront accès aux soins et aux traitements dans un seul établissement de soins de santé au fil du temps, ce qui entraîne à la fois des obstacles à l'accès aux soins de santé pour les populations mobiles et des obstacles aux réponses adéquates des établissements de santé. Ce qui est clair, cependant, c'est que non seulement les mouvements de population complexes et divers façonnent l'utilisation des soins de santé, mais que la compréhension de la migration est nécessaire pour mener à bien des interventions de santé publique, en tenant compte de la migration. L'importance de systèmes de soins de santé sensibles à la migration et répondant aux réalités de la migration et de la mobilité ne saurait donc être surestimée.³⁶

Cette étude a abordé les besoins liés à la santé dans le contexte de la réintégration à travers le prisme des soins intégrés, un concept « regroupant les apports, la prestation, la gestion et l'organisation des services liés au diagnostic, au traitement, aux soins, à la réhabilitation et à la promotion de la santé. L'intégration est un moyen d'améliorer les services en termes d'accès, de qualité, de satisfaction des usagers et d'efficacité. »³⁷ La prestation fragmentée des services de santé et des services sociaux est un défi de longue date pour de nombreux systèmes

33 Vearey Jo, C. Hui et K. Wickramage, "Migration and Health: Current Issues, Governance and Knowledge Gaps", dans OIM, Rapport sur la migration dans le monde 2020 (2019).

34 Mona H. et al., Barriers to accessing health care among undocumented migrants in Sweden - a principal component analysis, BMC Health Services Research 21(1) : 1-11 (2021).

35 Siriwardhana C et al., Thematic Discussion Paper: Vulnerability and Resilience, 2e consultation sur la santé des migrants : Réinitialiser l'agenda (2017).

36 Vearey J., M. Modisenyane et J. Hunter-Adams, Towards a migration-aware health system in South Africa: a strategic opportunity to address health inequity, South African Health Review 1(1) : 89-98 (2017).

37 Grøne et Garcia-Barbero, Integrated care: a position paper of the WHO European Office, page 7.

de santé nationaux,³⁸ y compris dans les pays où cette recherche a eu lieu. En outre, l'accès aux soins de santé et leur qualité font partie des indicateurs clés de la dimension sociale de la durabilité de la réintégration, qui observe dans quelle mesure les migrants de retour ont atteint la stabilité sociale au sein de leur communauté. Cependant, nous ne savons que peu de choses sur les besoins de santé particuliers des migrants de retour, ou sur la manière dont ceux-ci sont – ou ne sont pas – satisfaits par les systèmes de santé. En tant que telle, **cette étude aspirait à contribuer à un cadre qui assure la continuité du droit fondamental des migrants à la santé lorsqu'ils reviennent dans leur pays d'origine, et à améliorer les résultats de la réintégration ainsi que**

l'efficacité et les aspects organisationnels de l'aide à la réintégration disponible pour les migrants de retour.

1.2.2 Quelles maladies ont été identifiées dans la littérature en relation avec la migration ?

Sur la base de notre recherche documentaire, les recherches existantes sur la migration et la santé peuvent être classées en cinq domaines clés : maladies transmissibles, maladies non transmissibles, droits à la santé sexuelle et reproductive, la santé psychosociale et mentale, et plus récemment la pandémie de COVID-19.

Tableau 3. Aperçu de la littérature dans le domaine de la migration et de la santé

DOMAINE D'INTÉRÊT	APERÇU DES RÉSULTATS DE LA LITTÉRATURE
Maladies transmissibles	<ul style="list-style-type: none"> – Il existe une relation complexe entre la mobilité humaine et la propagation de maladies transmissibles comme le VIH. – Les migrants sont souvent considérés comme une population à haut risque pour les maladies transmissibles, notamment VIH, tuberculose et COVID-19 en raison des conditions liées à la migration. – Les réponses politiques dans la gestion des maladies transmissibles telles que le VIH ne tiennent pas compte de l'hétérogénéité des divers mouvements de population ni des facteurs contextuels et structurels plus larges.
Maladies non transmissibles	<ul style="list-style-type: none"> – Il existe peu de littérature sur les MNT et la migration alors qu'elles sont de plus en plus présentées comme des maladies « tueuses », en particulier chez les femmes et dans les pays à revenu faible ou intermédiaire où surviennent environ 75 % des décès par MNT. – Seuls 17 articles sur 408 articles traitaient des MNT dans une revue systématique réalisée en 2021 des articles publiés sur la mobilité transfrontalière et la santé à travers le continent africain.
Droits à la santé sexuelle et reproductive	<ul style="list-style-type: none"> – Alors que des progrès sont fortement réalisés pour améliorer l'accès aux SDRS pour les femmes, les filles et les personnes LGBTQI+ dans le monde, les migrants sont souvent laissés pour compte. – Les obstacles à la réalisation de ces droits comprennent à la fois la faible fourniture de services de SSR à tous, y compris la stigmatisation et la moralisation de l'avortement, ainsi que les défis spécifiques aux migrants, par exemple le manque de documentation et les barrières linguistiques.

38 Kodner D. L. et C. Spreeuwenberg, Integrated care: meaning, logic, applications, and implications -a discussion paper, International Journal of Integrated Care: 2(12) : 1-6 (2002).

<p>Santé psychosociale/ mentale</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Malgré un corpus important de littérature sur la migration et la santé mentale, la répartition est inégale car les traumatismes vécus pendant la phase de pré-migration chez les migrants forcés (principalement les réfugiés et les demandeurs d'asile) ont tendance à dominer. – Les étapes de migration antérieures et actuelles jouent souvent un rôle en influençant les résultats en matière de santé mentale chez les migrants forcés.
<p>Pandémie de COVID-19</p>	<ul style="list-style-type: none"> – La pandémie a amplifié de nombreux défis structurels existants rencontrés par les migrants, dont beaucoup ont un impact sur l'accès aux soins de santé et les résultats de santé. – La « covidisation » des services de santé - ce qui signifie le changement d'orientation pour répondre à la pandémie - a rendu l'accès aux services de routine, comme les services de SSR, encore plus difficile pour de nombreux migrants. – De nouveaux défis découlent de l'exclusion des non-ressortissants des réponses de l'État à la pandémie. – Les impacts secondaires de la pandémie, tels que les restrictions de mobilité et la réduction des opportunités économiques, peuvent avoir un impact sur la capacité des migrants à accéder aux services de santé.

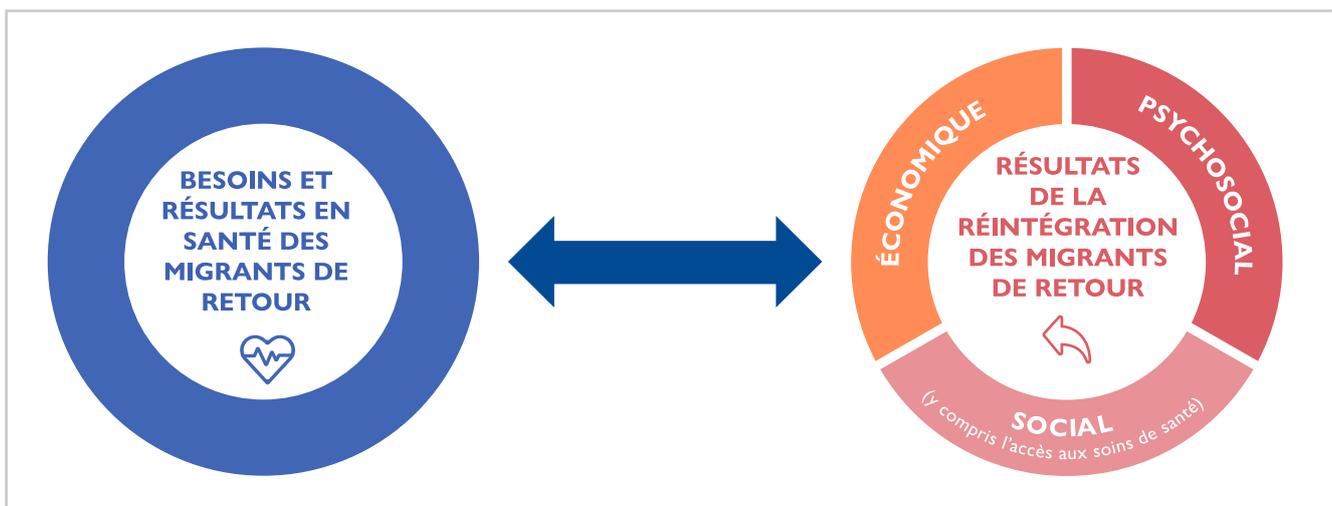
Après avoir synthétisé les preuves disponibles ci-dessus, passons maintenant à une présentation des données issues de cette recherche.

1.3 PROFILS DES MIGRANTS DE RETOUR

Pour comprendre le lien entre les besoins de santé des migrants de retour, les systèmes de santé et les résultats individuels de la réintégration, cette première section passe en revue les profils des migrants de retour

et les contextes dans lesquels ils reviennent, comme toile de fond des chapitres suivants qui décortiquent la relation entre la santé et la réintégration à travers les trois dimensions (Figure 3).

Figure 3. Comprendre le lien entre les besoins de santé des migrants de retour, les systèmes et les résultats de la réintégration



L'équipe de recherche a interrogé 296 migrants de retour dans six pays et mené 110 entretiens semi-structurés supplémentaires.

1.3.1 Profils socio-démographiques

La majorité étaient des hommes migrants de retour – représentant 79 % dans le sondage et 60 % dans les entretiens, ce qui est similaire à la répartition globale par sexe des migrants de retour.³⁹ Les exceptions étaient la Géorgie - avec 54 % d'hommes dans le sondage et 65 % dans les entretiens - et le Brésil - avec 58 % dans les entretiens qui étaient des femmes migrantes de retour (Figure 4). Les femmes migrantes de retour dans l'échantillon de l'étude étaient plus susceptibles d'être divorcées ou veuves, tandis que les hommes migrants de retour étaient plus susceptibles d'être célibataires. La proportion de migrants de retour mariés était similaire entre les hommes et les femmes. Les hommes migrants de retour étaient plus susceptibles de revenir seuls (88 %) que les femmes migrantes de retour (64 %) sur la base de l'échantillon du sondage.

La répartition globale par âge des répondants migrants de retour était relativement jeune. La plupart étaient âgés de 18 à 35 ans, soit 63 % dans le sondage et 60 % dans les entretiens (Figure 5). En particulier pour l'Éthiopie, tous les migrants de retour du sondage avaient moins de 35 ans et tous les migrants de retour des entretiens avaient moins de 45 ans. L'exception était la Géorgie, où les migrants de retour étaient généralement plus âgés, où seulement 26 % dans le sondage et 6 % dans les entretiens avaient moins de 35 ans. En adoptant un angle d'intersection de l'âge et du sexe, la répartition par âge parmi les hommes migrants de retour était globalement plus jeune que les femmes migrantes de retour.

Figure 4. Sexe des migrants de retour dans le sondage par pays (les chiffres sont des comptes)

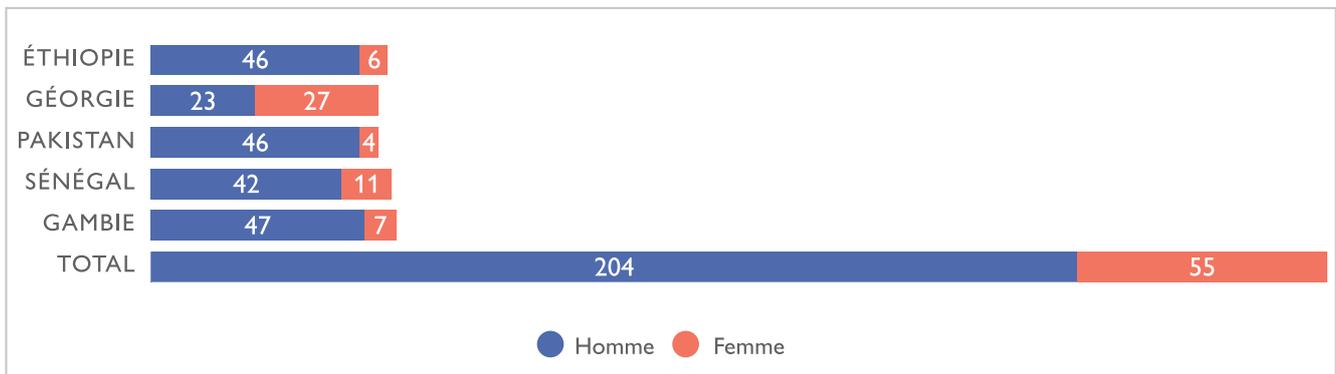
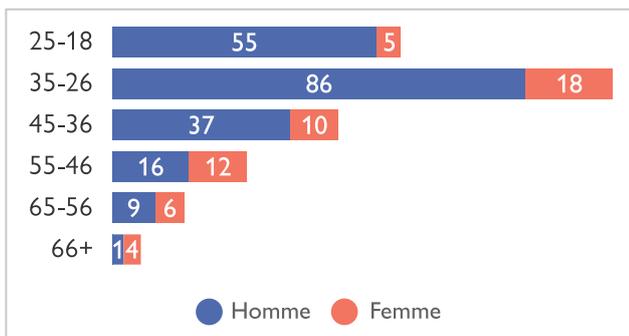


Figure 5. Répartition par âge des migrants de retour dans le sondage par sexe (les chiffres sont des comptes)

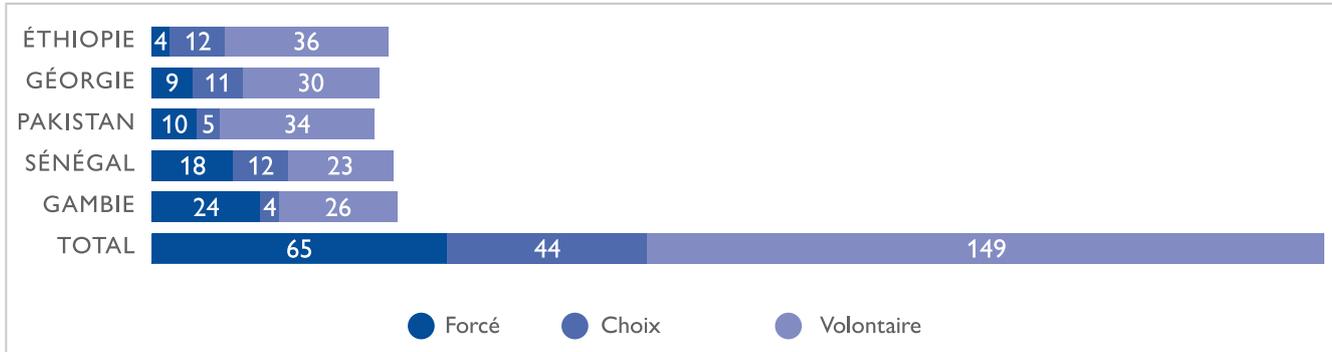


Sur l'éventail des retours forcés aux retours volontaires, la majorité des migrants de retour se sont identifiés comme des migrants de retour volontaires - représentant environ les deux tiers de l'échantillon quantitatif et qualitatif (Figure 6) - bien qu'une gamme d'expériences ait eu un impact sur leurs décisions de retour. La proporción de personas que retornaron que identificaron su retorno como forzoso fue mayor en Gambia (44 % en la encuesta y 53 % en las entrevistas) y en el Senegal (34 % en la encuesta y 41 % en las

39 OIM, Return and reintegration key highlights 2021 (2022).

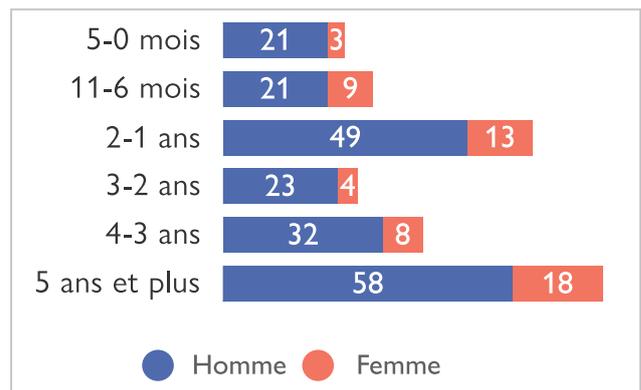
entrevistas), así como entre aquellas de Etiopía incluidas en la muestra cualitativa (88 % en las entrevistas).⁴⁰

Figure 6. Nature de retour autodéclarée par les migrants de retour dans les enquêtes par pays (les chiffres sont des comptes)



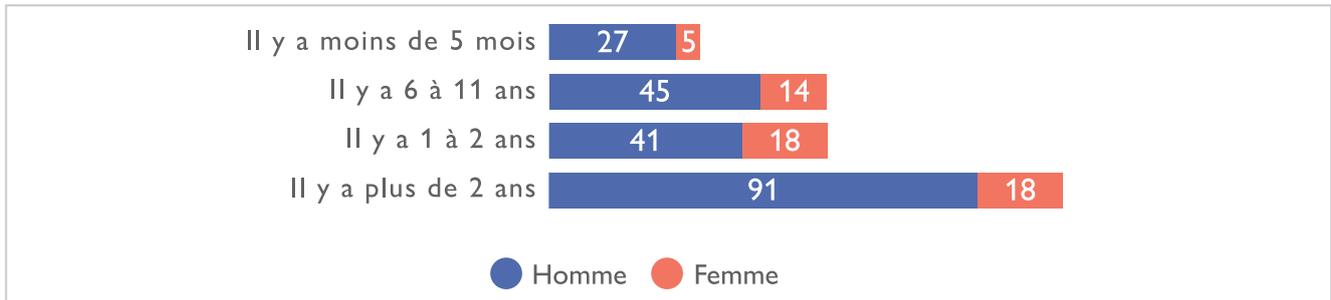
Si l'on considère la durée d'absence et le temps écoulé depuis le retour, environ la moitié (54 %) des répondants au sondage sont partis depuis plus de deux ans, et la plupart (65 %) sont revenus dans leur pays d'origine il y a au moins un an (figures 7 et 8). Tant pour la durée d'absence que pour le temps écoulé depuis le retour, les données qualitatives ont été recueillies de manière moins précise que l'enquête et, par conséquent, les chiffres exacts ne sont pas présentés ici. Néanmoins, les migrants de retour, lors des entretiens, ont souvent indiqué l'année approximative ou la période générale au cours de laquelle ils sont revenus, et dans l'ensemble, la durée d'absence déclarée par les migrants de retour lors des entretiens semblait être plus longue que celle du sondage. La répartition par sexe de la durée d'absence semblait être similaire entre les hommes et les femmes interrogés, tandis que le temps écoulé depuis le retour semblait être plus court pour les femmes migrantes de retour que pour les hommes migrants de retour dans l'ensemble.

Figure 7. Durée d'absence des répondants au sondage par sexe (les chiffres sont des comptes)



40 L'OIM fournit une aide à la réintégration aux migrants qui ont été renvoyés de force et à ceux qui ont été aidés à rentrer volontairement. L'OIM reconnaît que les migrants peuvent opter pour le retour volontaire assisté face aux options limitées dans leur pays d'accueil. Les participants à l'étude ont été principalement référés par les bureaux de pays de l'OIM et ont été invités à identifier eux-mêmes la nature de leur retour, qu'ils aient été aidés à rentrer volontairement ou qu'ils aient été soumis à un retour forcé.

Figure 8. Temps écoulé depuis le retour des répondants au sondage par sexe (les chiffres sont des comptes)



1.3.2 Dynamique spécifique au contexte

Concernant la situation géographique des migrants, les derniers migrants de retour sont revenus d'un groupe diversifié de pays. Une minorité de migrants de retour ont déclaré avoir migré plus d'une fois. En ce qui concerne les pays dont les répondants au sondage sont revenus pour la dernière fois, les migrants de retour géorgiens et pakistanais sont principalement revenus de pays européens, les migrants de retour éthiopiens sont principalement revenus de pays d'Afrique de l'Est

et du Moyen-Orient, tandis que les migrants de retour sénégalais et gambiens sont principalement revenus de pays d'Afrique du Nord (tableau 4). À leur retour, environ un tiers égal des migrants de retour du sondage vivaient dans des zones urbaines, périurbaines et rurales. Alors que la majorité des migrants de retour vivaient au même endroit depuis leur retour, une partie importante (38 %) du sondage a déclaré avoir vécu à plus d'un endroit après son retour.

Tableau 4. Les cinq principaux pays dont les répondants sont revenus pour la dernière fois

ÉTHIOPIE		GÉORGIE		PAKISTAN		SÉNÉGAL		GAMBIE	
République-Unie de Tanzanie	22 (42%)	Allemagne	16 (32%)	Allemagne	21 (42%)	Libye	27 (51%)	Libye	24 (44%)
Djibouti	8 (15%)	France	10 (20%)	Grèce	12 (24%)	Maroc	10 (19%)	Algérie	10 (19%)
Yémen	7 (14%)	Suisse	9 (18%)	Bosnie Herzégovine	8 (16%)	Algérie	9 (17%)	Mauritanie	9 (17%)
Soudan	4 (8%)	Grèce	8 (16%)	Arabie Saoudite	3 (6%)	Niger	4 (8%)	Maroc	7 (13%)
Arabie Saoudite	2 (4%)	Belgique	3 (6%)	Belgique	1 (2%)	Mauritanie	3 (6%)	Niger	2 (4%)

Les migrants de retour qui ont participé à l'étude formaient un groupe hétérogène. Compte tenu de la taille relativement réduite de l'échantillon du sondage HRN, les résultats ont généralement été analysés collectivement et interprétés à un niveau agrégé, en consolidant les données de tous les pays. Pour cette raison, l'analyse de sous-groupes, telle que par sexe et

par nature de retour, doit donc être interprétée avec prudence et comprise comme étant complémentaire aux conclusions et aux connaissances acquises grâce aux données qualitatives.

Alors que les répondants ont rapporté une diversité d'expériences, un point de cohérence relative dans les données était les rapports de bonne santé avant la

migration, qui, pour la plupart, s'étaient progressivement détériorés au cours de leurs parcours migratoires, s'aggravant souvent après le retour. Ce modèle est enraciné dans la diversité des expériences des migrants de retour et est révélateur des barrières structurelles (à la fois en termes d'infrastructures et d'attitudes sociales) rencontrées par les migrants pour accéder aux soins de santé. Cette constatation est également conforme à la littérature sur l'effet du migrant en bonne santé, qui a observé que l'avantage en matière de santé souvent ressenti par les migrants se perd rapidement après la migration.

Chaque contexte a eu un impact sur la qualité de la santé des migrants de retour et sur la façon dont ils ont fait face aux besoins de santé, ce qui a été démontré à travers les résultats du sondage (Figure 9) et également soutenu par les entretiens semi-structurés. Par exemple, les migrants de retour géorgiens de cette étude avaient une santé autodéclarée plus mauvaise que ceux d'autres pays car la plupart des migrants de retour étaient plus âgés et avaient des problèmes de santé préexistants avant la migration, pour lesquels l'accès aux soins de santé était le principal moteur de leur décision de migrer. (Figure 10).

Figure 9: État de santé autodéclaré des migrants de retour après le retour, par pays (les chiffres sont des comptes)

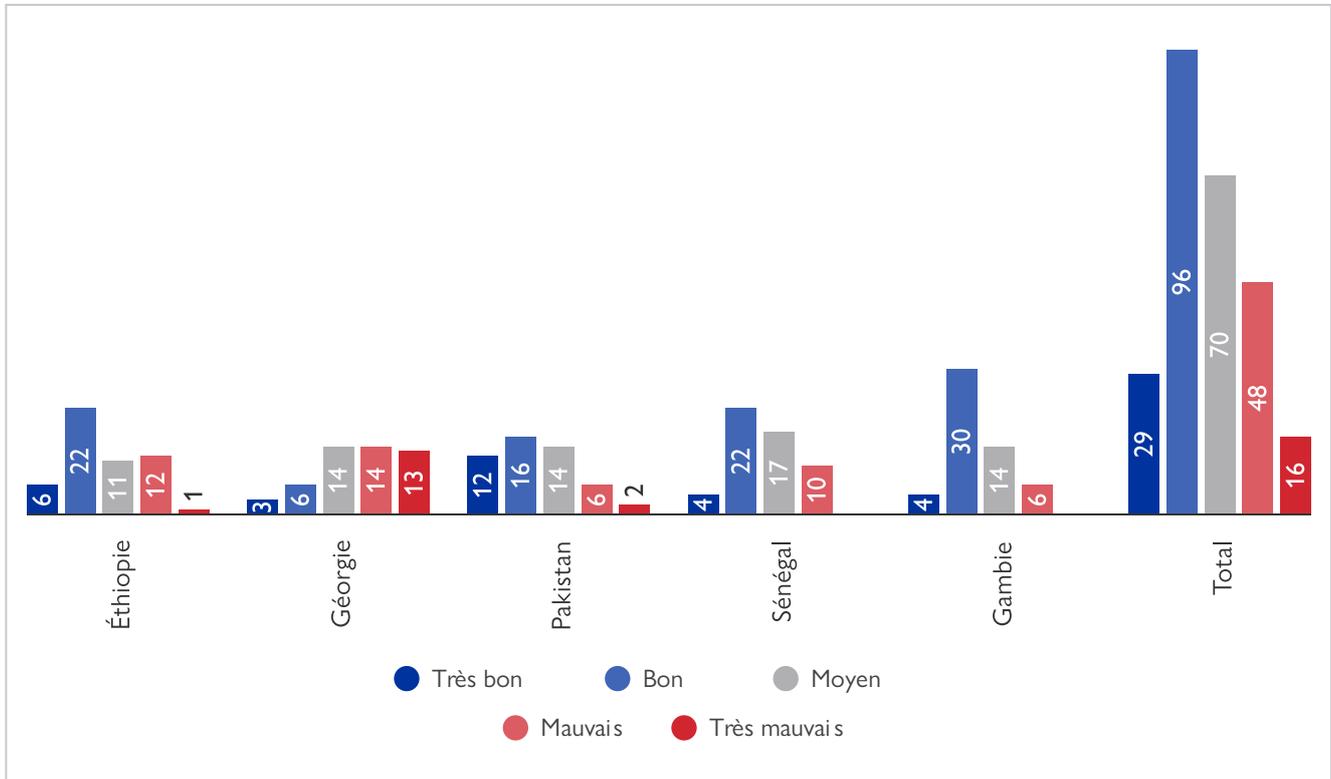
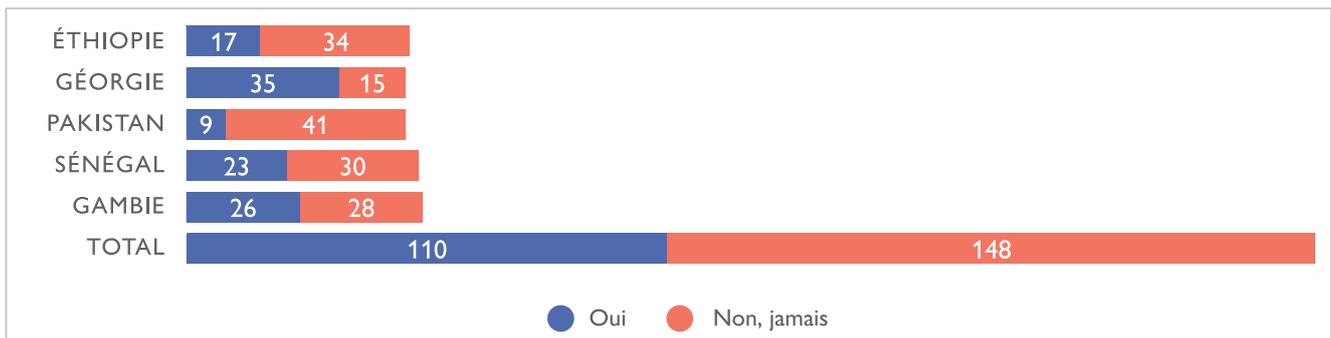


Figure 10. Problèmes de santé chroniques autodéclarés par les migrants de retour après leur retour, par pays (les chiffres sont des comptes)

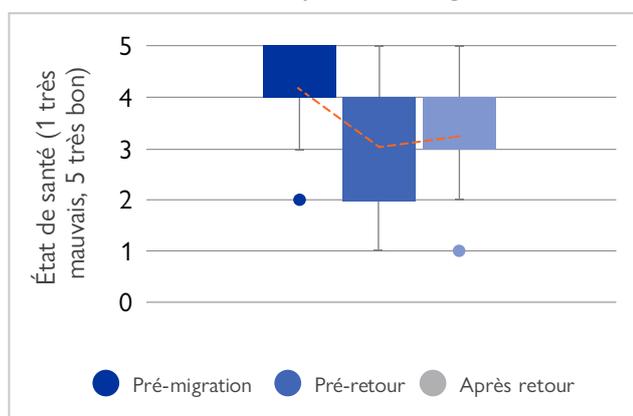


“ Je n'ai rien vécu de positif [de ma migration]. La situation s'est détériorée. Avant la migration, j'étais pauvre et mon souci était de trouver de l'argent. Maintenant, j'ai même perdu la santé. Rien n'est pire que de perdre sa santé. Ma vie s'est totalement terminée en tragédie. – Migrant de retour interviewé, Éthiopie

1.4 ÉTAT DE SANTÉ TOUT AU LONG DU CYCLE MIGRATOIRE

La grande majorité des migrants de retour a déclaré avoir une bonne santé avant la migration, qui s'est détériorée tout au long du parcours migratoire et est restée ainsi au retour. Ce modèle de santé a été rapporté par les migrants de retour, approuvé par les informateurs clés et est étayé par les données du sondage (Figure 11).

Figure 11. Changements dans l'état de santé autodéclaré des migrants de retour à toutes les étapes de la migration



Le sondage auprès des migrants de retour a révélé que seulement 1 % des répondants ont déclaré avoir une mauvaise santé avant la migration, qui est passé à 37 % avant le retour et a diminué à 25 % après le retour, bien que cela reste beaucoup plus élevé que le niveau de référence avant la migration. Cela est conforme à la littérature suggérant que l'effet du migrant en bonne santé ne dure souvent pas longtemps après l'arrivée à destination.

La détérioration de l'état de santé, y compris la santé physique et mentale, chez les migrants de retour tout au long du parcours migratoire. Un certain nombre de migrants de retour, au cours des entretiens, a reconnu

la nature cumulative des conséquences négatives sur la santé de leurs expériences migratoires à l'étranger et à leur retour. La détérioration de l'état de santé était souvent perçue comme une « perte » parmi les migrants de retour et, dans certains cas, elle pouvait être irréversible. Un migrant de retour qui a participé à un entretien semi-structuré a dû subir une amputation d'une jambe en raison d'un accident du travail alors qu'il se trouvait dans un pays d'accueil, tandis qu'un autre migrant de retour avait une lésion permanente de la moelle épinière avec des dommages au système excréteur en raison d'une blessure par balle lors d'un tir croisé de guerre civile pendant le transit au Yémen.

L'évolution de l'état de santé des migrants de retour tout au long du cycle migratoire s'est également révélée influencée par divers facteurs structurels et environnementaux. Certains migrants de retour ont mentionné avoir commencé à remarquer des problèmes de santé physique à leur retour dans leur pays d'origine, tels que des douleurs chroniques dues à la violence physique et des maladies respiratoires dues à une moins bonne qualité de santé après le retour. Certains migrants sont rentrés dans leur pays d'origine dans une situation sanitaire plus précaire qu'avant leur migration. Un certain nombre de migrants de retour a également mentionné avoir éprouvé des problèmes de santé mentale découlant de leur expérience migratoire, qui seront explorés plus en détail dans les sections qui suivent. Alors que certains migrants de retour ont indiqué que leur santé s'était améliorée après leur retour, comme avoir moins d'allergies en raison de l'amélioration des conditions météorologiques, cela demeure l'exception plutôt que la norme.

1.4.1 Pré-migration : facteurs de migration liés à la santé

La migration est un processus non linéaire et une multitude de facteurs peuvent influencer la décision d'un individu de migrer, de revenir et de remigrer.

Les données recueillies au cours de l'étude ont révélé que les raisons du retour étaient plus susceptibles d'être liées à la santé que les raisons de la migration à l'étranger. Cette étude a identifié un certain nombre de raisons liées à la santé qui peuvent déterminer ou peser dans la décision des migrants de retourner dans

leur pays d'origine. Celles-ci incluent, mais ne sont pas limitées à :

- Accidents du travail survenus alors qu'ils travaillaient dans les pays d'accueil ;
- Exploitation et abus subis pendant la détention ;

- Aggravation des conditions de santé préexistantes dans les pays d'accueil ;
- Nécessité de rechercher des services de soins de santé dans le pays d'origine.

ÉTUDE DE CAS 1 : MIGRANT DE RETOUR AU BRÉSIL

A. est un migrant de retour brésilien qui a émigré en Belgique pour travailler dans la construction civile. Il a déclaré avoir été victime d'exploitation du travail et avoir eu un accident de travail dans le pays d'accueil - où il travaillait irrégulièrement - qui lui a causé une fracture du poignet. Il n'a reçu aucune indemnité pour sa blessure et son employeur a retenu son salaire. Il n'a pas été admis dans un hôpital public, faute de papiers, et n'avait pas les moyens de payer les soins de santé privés. Après l'accident, et sans avoir reçu de soins de santé adéquats, il n'a plus été en mesure de travailler et a décidé de revenir au Brésil.

Notamment, près de la moitié des migrants de retour géorgiens interrogés a déclaré que sa principale motivation à migrer était d'accéder aux services de santé dans les pays d'accueil, un pourcentage nettement plus élevé que dans les autres pays. Deux migrants de retour géorgiens ont mentionné que des médecins en Géorgie leur avaient suggéré de migrer ailleurs pour accéder à un traitement qui n'était pas disponible localement ou que la qualité du traitement était médiocre. Cela indique que dans le cas de la Géorgie, les décisions migratoires des migrants sont, dans une certaine mesure, façonnées par des facteurs structurels, tels que la qualité du système de santé dans leur pays d'origine.

Dans les autres contextes, la santé n'était que l'un des moteurs de la migration et du retour, et plusieurs répondants ont déclaré avoir déménagé pour rechercher de meilleures opportunités économiques.

Même si les migrants qui ont participé à l'étude ont déclaré avoir une meilleure santé avant la migration que dans les étapes suivantes de leur parcours, plusieurs d'entre eux ont mentionné souffrir de problèmes de santé avant la migration. Dans certains cas, lorsque les besoins de santé des migrants n'étaient pas satisfaits dans le pays d'origine ou que les infrastructures manquaient pour fournir des soins adéquats, la santé est devenue un moteur de migration, contribuant au moins partiellement au choix d'un individu de migrer.

Par exemple, une migrante de retour sénégalaise a expliqué qu'elle avait décidé de migrer pour obtenir de meilleurs soins médicaux à la suite de complications survenues après avoir subi une mutilation génitale féminine. Ce cas illustre également comment le sexe peut jouer un rôle dans les décisions migratoires liées à la santé lors de la phase de pré-migration.

- “ En effet, à l'âge de 11 ans, j'ai été excisée. L'opération ne s'est pas bien déroulée ; il y a eu des complications, avec des séquelles sur mes organes génitaux. Après un long traitement de plus de dix ans, il n'y a pas eu de résultats satisfaisants. J'ai subi des traitements traditionnels et médicaux sans résultat. Je continuais à souffrir d'attaques périodiques ; lorsque cela se produit, je souffre de douleurs dans mon vagin avec la présence d'une sorte d'abcès, je n'arrive pas à marcher. Je peux rester des jours sans pouvoir marcher. C'est pour cela, après l'obtention [de mon baccalauréat] en 2015, que mon oncle m'a conseillé de poursuivre mes études au Maroc afin que je puisse bénéficier en même temps de leur plateforme médicale pour me faire soigner. Une fois au Maroc, la situation ne s'est pas améliorée, au point que je n'ai pas pu continuer mes études.
- Migrante de retour interviewée, Sénégal

1.4.2 Pendant la migration (dans les pays de transit et d'accueil) : effets néfastes des facteurs structurels sur la santé

L'étude a identifié une gamme de problèmes de santé que les migrants de retour ont signalés tout au long du parcours migratoire, incluant, mais sans s'y limiter : maladies non transmissibles, maladies transmissibles, troubles de santé mentale, santé sexuelle et reproductive, santé préventive, santé infantile, soins aux personnes âgées, soins aux personnes handicapées et santé bucco-dentaire.

Sur la base des entretiens semi-structurés avec les migrants de retour, il était **alarmant de noter la fréquence des problèmes de santé liés aux blessures survenus pendant le transit ou dans les pays d'accueil**. Celles-ci étaient le plus souvent liées à la violence physique et aux abus lors de la traite ou du passage. Les passages à tabac et la torture étaient une expérience courante chez les migrants de retour, qui étaient des migrants en situation irrégulière. Une autre cause fréquente de blessures pendant que les migrants de retour étaient à l'étranger était l'exploitation du travail et les mauvaises conditions de travail, qui entraînaient souvent des blessures liées au travail de longue durée. **Ces problèmes à long terme peuvent se transformer en problèmes de santé chroniques, tels que des handicaps physiques et des maladies mentales.**

“ Mon plus grand problème de santé actuel est mon état de santé mentale et le fonctionnement de mon cerveau. Mon cerveau cesse de fonctionner à intervalles aléatoires, je ne sais même pas ce qui se passe à ce moment-là, que quelqu'un m'appelle ou me batte. Je suis tombé par terre. (...) Oui, ces problèmes sont liés à ce qui s'est passé pendant la migration. (...) J'ai quitté le Pakistan à cause d'un conflit familial sur la terre. Certains de mes cousins étaient aussi en Grèce. Ils m'ont attaqué deux fois en Grèce avec des couteaux. J'ai encore des cicatrices sur la tête. Les blessures étaient profondes, ce qui a vraiment affecté mon état de santé mentale et le fonctionnement de mon cerveau.

– Migrant de retour interviewé, Pakistan

“ En termes de santé (physique), j'ai déjà observé divers cas de personnes qui sont revenues avec un problème de santé en raison des conditions de travail précaires auxquelles elles étaient soumises dans les pays où elles vivaient, principalement développées en raison d'un travail excessif. Je crois que certains des cas de santé reflètent aussi une somatisation de leur souffrance psychique, le développement d'une maladie physique qui est le reflet de leur souffrance psychologique.

– Informante clave, Brésil

Au cours de la migration, les migrants de retour interrogés ont été exposés à divers environnements ou facteurs structurels qui ont eu des effets néfastes sur leur santé immédiate et à long terme. Ces facteurs varient d'un contexte à l'autre, mais sont plus souvent liés à la pauvreté, à la discrimination sur le marché du travail, au manque de protection et de documentation légale, aux conditions de voyage et de vie dans le pays d'accueil. Les répondants ont également déclaré avoir été victimes de violences et d'agressions au cours de leurs parcours ou dans les pays d'accueil, ce qui a entraîné des complications de santé à court et à long terme.

“ J'ai réalisé tous ces problèmes de santé à mon retour de Libye. Les migrants étaient battus au hasard sur n'importe quelle partie de leur corps. Les conditions de sommeil étaient très mauvaises car nous dormions par terre, même lorsque le sol était mouillé. La nourriture n'était pas adéquate et aucun soin médical n'était donné, même aux malades. Les forces de sécurité étaient sans cœur et racistes.

– Migrant de retour interviewé, Gambie

Les conséquences de ces expériences, en termes de santé physique et mentale, s'accumulent au fil du temps lorsque les besoins en matière de santé ne sont pas satisfaits en temps opportun, ce qui entraîne des résultats négatifs à long terme pour la santé. Les exemples rapportés incluent :

- **Exploitation du travail** – fracture osseuse, perte d'un membre et amputation, lésion oculaire, brûlures cutanées ;

- **Esclavage et pratiques abusives** – blessures physiques dues aux coups ;
- Conditions de vie dans **les camps de réfugiés** – infection de l'oreille, déclenchement d'épisodes d'épilepsie ;
- Conditions de vie dans **les prisons et les centres de détention** – tuberculose, violence physique, abus, famine, infection de l'utérus ;
- **Violence physique** (à la fois intentionnelle et non intentionnelle) – blessures liées aux armes à feu, handicaps.

Tableau 5. Exemples de problèmes de santé mentionnés par les migrants de retour lors d'entretiens semi-directifs

	PRÉ-MIGRATION	DANS LE PAYS D'ACCUEIL/ PENDANT LE TRANSIT	POST-RETOUR
Maladies chroniques	Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, anémie, asthme, bronchite, diabète (type 1 et type 2), épilepsie, hypertension, dystrophie musculaire, obésité, arthrose, rhinite, rosacée	Cataracte (personne âgée), eczéma, épilepsie, problèmes hormonaux, accident vasculaire cérébral	Cancer, diarrhée chronique, douleur chronique due à des blessures physiques, diabète gestationnel, problèmes hormonaux, calculs rénaux
Maladies transmissibles	Hépatite C, VIH	COVID-19, otite, infection à Helicobacter pylori, hépatite C, VIH, tuberculose	COVID-19 (symptômes longs), paludisme, infection des voies urinaires
Autres	Angiome, valve cardiaque artificielle, reflux gastro-œsophagien, hernie discale	Constipation, problèmes dentaires, problèmes oculaires, hémorroïdes, problème rénal, migraine, acné sévère, problèmes de peau, famine, prise de poids, ulcères	Migraine
Maladies mentales	Dépression	Anxiété, dépression, insomnie	Dépression, SSPT, tentatives de suicide
Santé sexuelle et reproductive	Grossesse	Herpès génital, grossesse (et complications associées), infection de l'utérus	Fausse couche, dépression post-partum, complications de la grossesse

	PRÉ-MIGRATION	DANS LE PAYS D'ACCUEIL/ PENDANT LE TRANSIT	POST-RETOUR
Blessures	–	Fracture osseuse, décès, blessures par balle, paralysie/invalidité (due à des blessures), abus physique et violence (coups infligés par des passeurs/agents de détention), brûlures cutanées, blessures liées au travail (et autres blessures)	Paralysie / invalidité (due à des blessures pendant le voyage de migration)

1.4.3 Après le retour : le « double fardeau » des besoins de santé

À leur retour dans leur pays d'origine, les migrants ont déclaré être confrontés au « double fardeau » de leurs problèmes de santé physique et mentale à long terme en raison du type de traumatisme ou de travail subi au cours des phases précédentes de leur parcours migratoire. Les symptômes psychosomatiques (ce qui désigne les maladies physiques causées ou aggravées par un facteur mental tel que les conflits internes ou le stress) tels que les maux de tête et le SSPT ont été fréquemment signalés par les migrants de retour qui ont été victimes d'exploitation ou d'autres événements traumatisants. Un autre facteur qui a eu un impact négatif sur la santé mentale et le bien-être des migrants après le retour est la pression sociale - et le stress qui en résulte - ressentie par les migrants qui n'ont pas répondu aux attentes de leur famille ou de leur communauté d'origine. Les relations dynamiques entre l'expérience migratoire, la santé physique et la santé mentale pourraient être comprises à travers la théorie syndémique, qui stipule que différentes conditions de santé pourraient coexister simultanément et interagir les unes avec les autres en raison de conditions sociales néfastes.⁴¹

Dans l'ensemble, les soins de santé mentale ont été identifiés comme un besoin clé chez les migrants, qui ont tendance à souffrir de stress psychologique lié à l'expérience de retour. Les besoins de santé mentale non satisfaits étaient répandus parmi les migrants de

retour interrogés, soit parce qu'ils n'en étaient pas conscients, même s'ils présentaient des signes de détresse psychologique prolongée, soit parce qu'ils n'étaient pas disposés à demander de l'aide en raison de la stigmatisation entourant la santé mentale dans les pays cibles de l'étude. Notamment, lors des entretiens pendant la phase de travail sur le terrain de l'étude, les membres de l'équipe de recherche ont observé qu'un certain nombre de migrants de retour présentaient des signes de détresse en matière de santé mentale qui justifiaient des soins médicaux, bien que les migrants de retour n'aient pas du tout mentionné les besoins en santé mentale tout au long de leurs entretiens.⁴² Les informateurs clés ont souligné que les migrants de retour sont souvent dans un état de déni, même s'il est évident qu'il existe des problèmes de santé mentale, ce qui pose un défi aux interventions. Cela souligne la nécessité d'une sorte de processus formel de dépistage objectif pour découvrir les besoins de santé cachés parmi les migrants de retour.

“ Avant de quitter le Sénégal, je n'avais aucun problème de santé. J'allais bien. Mais quand j'étais en Suède, j'étais tellement affecté par la situation que je passais mon temps à pleurer. J'ai perdu du poids. Le service de l'immigration m'a fait passer des tests pour voir si j'avais une maladie. Les résultats étaient négatifs. Mais j'étais en état de choc psychologique à cause de la déception et des promesses non tenues. Je vis toujours cette situation ; je suis dérangé mentalement. – Migrant de retour interviewé, Sénégal

41 Mendenhall E., T. Newfield et A. C. Tsai, Syndemic theory, methods, and data, *Social Science & Medicine*: 295(1) : 1-6 (2022).

42 Les chercheurs sur le terrain ont été formés pour fournir des informations aux participants sur les services MHPSS disponibles si nécessaire.

Les soins de santé préventifs sont un autre besoin de santé souvent oublié ou négligé parmi les migrants de retour.

Bien qu'il y ait souvent des examens de santé ou médicaux avant la migration et à l'arrivée dans les pays d'accueil, il existe peu, voire pas, de dispositions similaires après le retour pour les migrants. Par conséquent, les nouveaux besoins de santé apparus au cours du parcours migratoire passent parfois inaperçus lorsque les migrants reviennent dans leur pays d'origine. Pour les maladies transmissibles qui ne sont pas détectées et non traitées, cela pourrait poser un risque sanitaire non seulement pour le migrant mais aussi pour sa famille et sa communauté. Bien que des évaluations de santé formelles pour les migrants de retour n'aient pas été signalées dans les pays de cette étude, il est à noter que dans certains autres pays, des directives avant le départ existent et des efforts sont en cours pour des directives d'évaluation de la santé après le retour, malgré les défis, y compris la couverture limitée des migrants réguliers uniquement et les coûts associés.

Compte tenu du parcours migratoire en plusieurs étapes des migrants de retour d'un lieu à l'autre, l'étude a révélé que les besoins de santé non satisfaits en termes de manque de continuité des soins étaient un domaine de préoccupation important. Il est courant que les migrants aient des besoins de santé identifiés dans les pays d'accueil, mais le traitement ou le suivi était inadéquat lors du retour dans leur pays d'origine. Par exemple, certains migrants avaient subi une intervention chirurgicale dans leur pays d'accueil mais n'avaient pas pu accéder aux soins post-chirurgicaux à leur retour, tandis que d'autres migrants avaient commencé un traitement (comme pour l'hépatite C) dans leur pays d'accueil mais n'avaient pas pu accéder aux médicaments à leur retour.

Perspective intersectionnelle pour comprendre les besoins après le retour. Compte tenu des identités croisées, le prisme de l'intersectionnalité⁴³ a été appliqué lors de l'analyse de la manière dont ces facteurs influencent la vulnérabilité et les résultats de santé des migrants de retour. À la suite des profils de migrants de retour décrits précédemment, certains groupes de migrants de retour ont été identifiés comme ayant de moins bons résultats en matière de santé à travers les différentes étapes de la migration. Ceux-ci incluent :

- **Femmes migrantes de retour :** La détérioration de la santé des femmes migrantes de retour était pire que celle des hommes migrants de retour tout au long du parcours migratoire (Figure 12). La différence s'est avérée la plus significative lors de la phase post-retour. L'intersection du genre avec les résultats en matière de santé et de réintégration est analysée dans la section 2.5.
- **Les migrants de retour plus âgés :** Lors de la phase post-retour, les migrants plus âgés avaient une santé de plus en plus mauvaise. Certains ont déclaré avoir développé des troubles liés à l'âge, comme la cataracte. Étant donné que la migration n'est pas un parcours linéaire, certains migrants remigreraient à leur retour, parfois de manière répétée. Au fur et à mesure que les migrants avancent en âge au cours de leur parcours migratoire, leurs besoins et vulnérabilités en matière de santé changent également. Dans le cas de certains migrants de retour interrogés, l'âge avancé s'est avéré être un facteur de protection de la santé mentale, car certains migrants de retour deviennent plus résilients émotionnellement avec le temps. Dans d'autres cas, cependant, l'âge avancé s'est avéré augmenter la vulnérabilité des migrants de retour, en particulier lorsque d'autres facteurs venaient à se croiser avec l'élément d'âge, comme avoir des SOGIESC diverses. Les migrants et les migrants de retour LGBTQI+ âgés ont été désignés comme un groupe particulièrement vulnérable lors des entretiens.

“ Cette population [LGBTQI+] qui travaille sur le marché du sexe a un temps de travail plus restreint au cours de sa vie. Tant que ces personnes sont jeunes, elles auront un volume de clients beaucoup plus élevé qu'elles n'en auront après avoir vieilli. Il est souvent possible de trouver des personnes qui ont voyagé plus d'une fois et qui n'ont plus de clients parce qu'elles ont vieilli... et c'étaient des personnes qui n'ont jamais pris soin de leur santé physique et sociale... donc cette personne est exclue de la société... surtout quand il existe une combinaison de plusieurs facteurs dans un même contexte : âge avancé, appartenance au groupe

43 L'intersectionnalité est un cadre analytique pour comprendre comment les aspects des identités sociales et politiques d'une personne se combinent pour créer différents modes de discrimination et de privilège.

LGBTQI+, plusieurs expériences à l'étranger, etc.

– Informateur clé, Brésil

- **Migrants de retour forcés** : La nature du retour s'est révélée être un déterminant clé de la santé chez les migrants de retour. Le sondage a révélé que l'état de santé moyen des migrants de retour forcés auto-identifiés continuait de se détériorer tout au long du parcours migratoire (Figure 13). Il s'agissait du seul groupe dont l'état de santé s'était détérioré entre le pré-retour et le post-retour, par rapport aux migrants qui s'identifiaient comme étant revenus volontairement ou partiellement volontairement. Le sondage a également révélé que 51 % des migrants de retour forcés auto-identifiés souffraient de problèmes de santé chroniques, contre 41 % et 39 % pour les migrants de retour partiellement volontaires et totalement volontaires. Les données qualitatives indiquent que les migrants de retour forcés auto-identifiés étaient plus susceptibles

d'être victimes de traite, d'exploitation du travail, d'exploitation sexuelle ou d'esclavage. Ces situations exposent les migrants de retour à divers risques pour leur santé, notamment la violence physique, la violence sexuelle, la toxicomanie, les traumatismes psychologiques et les accidents du travail. Le fait d'être dans des centres de détention augmentait le risque de maladies transmissibles et d'exposition à la violence physique pour les migrants de retour. Des décès ont également été signalés en raison de besoins de santé non satisfaits et de conditions difficiles lors de la détention ou de l'enlèvement pendant le parcours de migration irrégulière. Souvent, les migrants de retour n'osaient pas demander une assistance médicale pendant leur détention par crainte de représailles et de nouveaux abus. Les migrants de retour forcés ont souvent signalé des conséquences à long terme sur la santé, à la fois physiques (telles que des handicaps, des douleurs chroniques) et mentales (telles que le SSPT).

ÉTUDE DE CAS 2 : MIGRANT DE RETOUR EN ÉTHIOPIE

J. était un migrant en situation irrégulière au Yémen qui a été appréhendé par les forces de sécurité, puis détenu et emprisonné. En prison, il a été touché au milieu de tirs croisés entre le gouvernement et les forces révolutionnaires de la guerre civile. La blessure a touché sa moelle épinière, entraînant une paralysie permanente et des dommages à son système excréteur. Il a été expulsé vers l'Éthiopie et a reçu des soins médicaux pour sa blessure par balle dans un hôpital d'Addis-Abeba avec l'aide de la Croix-Rouge internationale. Cependant, il n'existe pas de centre de santé spécialisé pour les soins de suivi dans la région où vit J. et le coût des soins supplémentaires est trop élevé. Il est actuellement au chômage en raison de son handicap.

- **Les migrants de retour qui ont passé plus de temps à l'étranger** : Ceux qui ont été éloignés de leur pays d'origine pendant de longues périodes ont eu plus de mal à se réintégrer à leur retour, ce qui était une source majeure de stress pour la santé mentale. Les résultats du sondage ont également confirmé que la santé moyenne après le retour était meilleure pour les migrants de retour qui ont passé moins de six mois à l'étranger, tandis que ceux qui ont passé au moins six mois à l'étranger avaient une santé bien pire. Les longues périodes écoulées pendant que les migrants de retour étaient à l'étranger avaient des implications sur leur réseau de soutien social, comme

la disponibilité de la famille et des amis, ainsi que la facilité d'adaptation à un nouvel environnement auquel ils n'étaient plus habitués.

“ J'ai rencontré une situation différente de ce à quoi je m'attendais. Quand vous êtes parti pendant tant d'années, vous pensez que c'est la même situation ici.

– Migrant de retour interviewé, Géorgie

- **Les migrants de retour qui sont revenus depuis plus d'un an avant de participer à l'étude** : En termes de temps depuis le retour, les migrants qui

ont passé quelques mois dans le pays d'origine ont souvent signalé plus de problèmes de santé et de réintégration que ceux qui viennent de rentrer. Cela pourrait être dû au temps nécessaire pour que la réalité s'imprègne et pour qu'ils reconnaissent le faible soutien social et les difficultés de réinsertion économique. Cela souligne l'importance de l'élément de temps pour comprendre la santé et

la réintégration des migrants de retour, où une approche du parcours de vie tout au long du parcours migratoire (y compris au retour) est très instructive. Les données de sondage ont révélé que ceux qui étaient revenus depuis un à deux ans avaient une moins bonne santé autodéclarée que ceux qui étaient revenus depuis moins d'un an.

Figure 12. Changements dans le statut autodéclaré à travers les étapes de la migration, par sexe

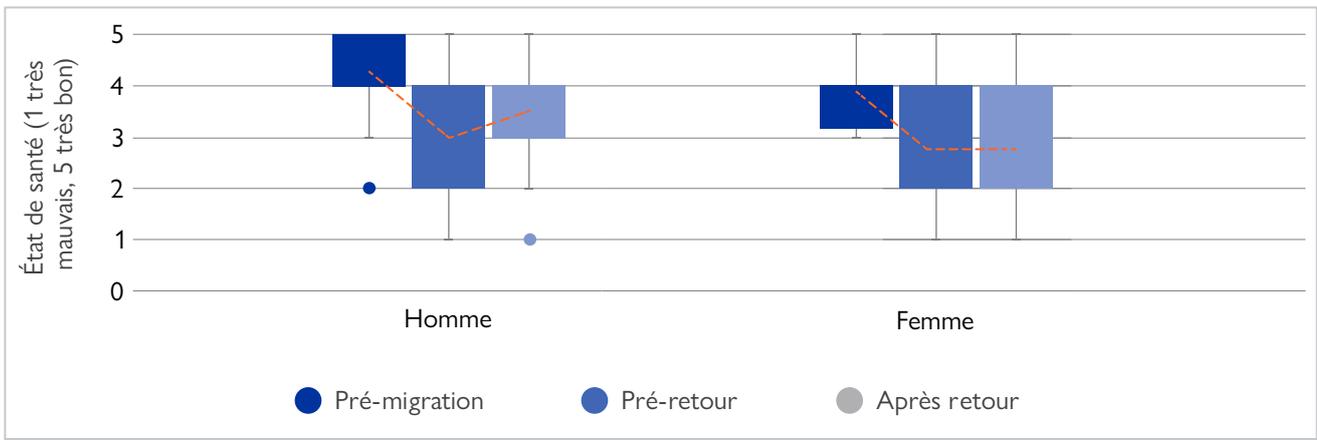
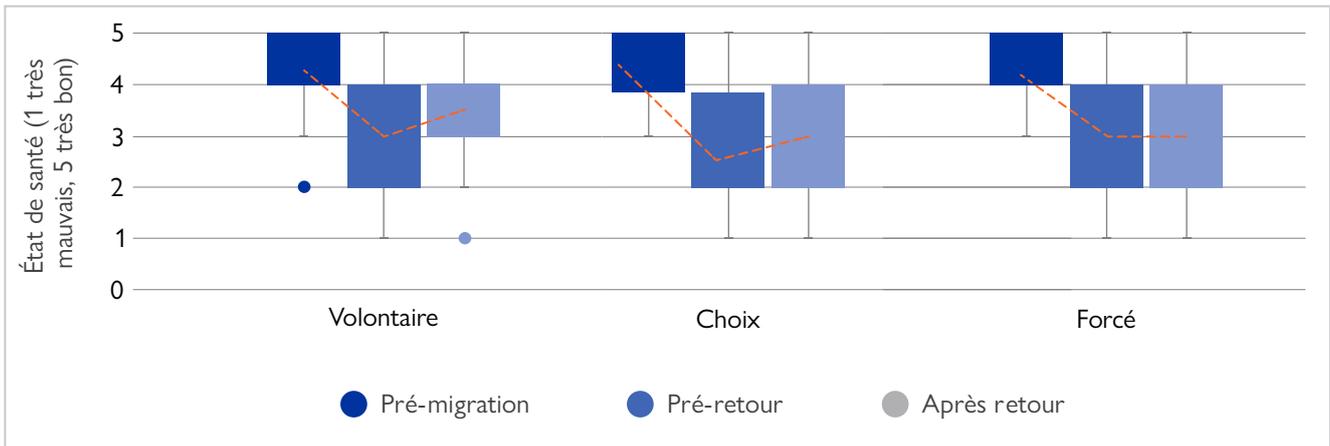


Figure 13. Changements dans le statut autodéclaré à travers les étapes de la migration, par nature de retour





2. IMPACT À DEUX SENS : SANTÉ ET RESULTATS DE LA RÉINTÉGRATION

MESSAGES CLÉ

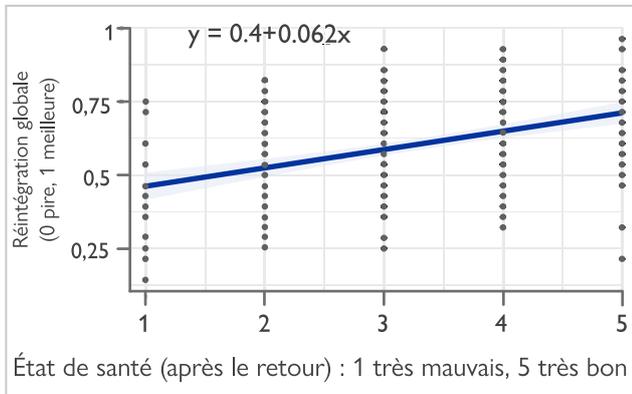
1. Les données indiquent **une relation linéaire entre une mauvaise santé et de mauvais résultats de réintégration** après le retour. Une relation à double sens entre la santé et la réintégration est médiée par des facteurs de stress à plusieurs niveaux qui peuvent entraîner des cercles vicieux.
2. **Une mauvaise santé autodéclarée était associée à de mauvais réseaux sociaux.** Les conditions de santé physique et mentale ont entravé la participation des migrants de retour aux activités sociales, tandis que le retour dans un environnement peu favorable était un facteur majeur contribuant à la mauvaise santé des migrants de retour, en particulier dans les cas d'épisodes de « migration ratée ».
3. **La volonté et la capacité des migrants de retour à accéder aux services de santé ont été influencées par de multiples facteurs individuels et structurels,** notamment la stigmatisation et les obstacles aux services spécifiques aux migrants de retour.
4. **La réintégration économique a été privilégiée par les migrants de retour par rapport à leurs besoins de santé, avec des implications à long terme sur leur santé et leur réintégration,** telles que le retard du traitement réduisant leurs capacités à travailler et à mener une vie décente. L'incapacité de se réintégrer économiquement a eu un impact négatif sur la santé mentale et physique des migrants de retour, tandis qu'une mauvaise santé a également entravé la capacité des migrants de retour à rechercher un emploi et des opportunités commerciales.
5. Les données confirment que **les migrants hommes et femmes vivent la migration différemment, car ils sont exposés à des risques différents tout au long de leur parcours.**

2.1 TENDANCES LINÉAIRES ENTRE LA SANTÉ DES MIGRANTS DE RETOUR ET LES RÉSULTATS DE LA RÉINTÉGRATION

Il existe une relation linéaire entre la santé et la réintégration dans l'échantillon de l'étude. Plus la santé des migrants après le retour se dégrade, plus le résultat global de leur réintégration se dégrade. Cette tendance linéaire s'est avérée statistiquement significative à l'aide d'un modèle de régression ($p < 0,001$) (Figure 14). Ceci était basé sur un score de réintégration global composite calculé à partir des données du sondage, comprenant des indicateurs de chacune des trois dimensions de la réintégration (économique, sociale, psychosociale). Les résultats ont montré que plus les migrants déclaraient être en mauvaise santé après leur retour, plus leur score composite de réintégration était

mauvais. Même si la nature transversale de nos données quantitatives signifiait qu'une relation causale ne pouvait être implicite entre la santé et la réintégration, une relation à double sens a été identifiée entre les deux, qui sera explorée dans les sections suivantes.

Figure 14. Ligne de tendance (avec un intervalle de confiance de 95 %) entre l'état de santé autodéclaré après le retour et le résultat global de la réintégration par modèle de régression



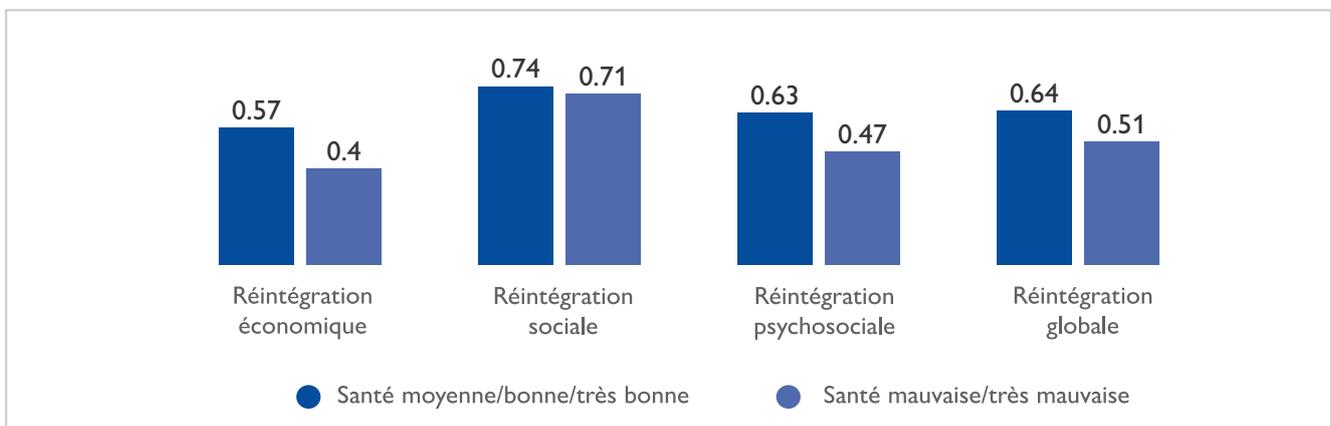
« Cela devrait nous alarmer en tant que nation que le taux de retour est très élevé et lorsqu'un nombre important de femmes reviennent avec une maladie mentale sans traitement efficace, cela a un impact conséquent sur les générations. Même lorsqu'elles reçoivent un traitement efficace, il est probable qu'un parent ne guérisse pas ou reste avec une maladie permanente. Ainsi, lorsque ces migrants de retour atteints de troubles mentaux et maltraités rejoignent la société, ils affectent le bien-être mental transgénérationnel de la société. – Informateur clé, Éthiopie

Les mêmes groupes qui ont signalé une moins bonne santé après le retour ont souvent également signalé de moins bons résultats de réintégration. Il

s'agit notamment des femmes migrantes de retour, des migrants de retour plus âgés, des migrants qui sont revenus depuis plus longtemps et des migrants de retour qui ont été absents pendant de longues périodes. Les migrants qui ont quitté leur pays depuis longtemps découvrent souvent, à leur retour, que l'endroit qu'ils ont quitté a radicalement changé et n'était pas ce à quoi ils s'attendaient, comme en témoignent nos entretiens avec les migrants de retour et les informateurs clés. Notre sondage a également révélé que les migrants de retour qui ont été absents pendant au moins un an avaient de moins bons résultats globaux en matière de réintégration que ceux qui étaient absents pendant des périodes plus courtes.

Plus la santé des migrants de retour est mauvaise, plus le résultat de la réintégration est mauvais pour cette dimension (Figure 15). Les résultats qualitatifs des entretiens révèlent une relation à double sens entre la santé et la réintégration, observée à travers les trois dimensions de la réintégration. Ainsi, alors que l'objectif principal de l'étude est l'impact des besoins de santé des migrants de retour sur les résultats de la réintégration, il était clair dans les données que la direction inverse - à savoir, l'impact de la réintégration sur la santé des migrants de retour - était tout aussi importante. Cette relation bidirectionnelle entre la santé et la réintégration a été analysée en profondeur dans cette étude, et une multitude de voies interconnectées ont été identifiées entre la santé, l'accès à la santé, la réintégration économique, la réintégration sociale et la réintégration psychosociale, qui seront explorées en détail dans les sections suivantes.

Figure 15. État de santé après le retour et résultats de la réintégration, par chaque dimension de la réintégration



Les résultats en matière de santé et de réintégration des migrants de retour ont été façonnés et intégrés à des moteurs structurels plus larges de la migration, tels que les politiques sur la migration irrégulière, les pratiques de détention et le fonctionnement du système de santé. Ces moteurs structurels au niveau macro sous-tendent les voies d'interaction entre la santé et la réintégration des migrants de retour, entraînant des résultats positifs ou négatifs. Les circonstances individuelles au niveau micro, telles que le sexe, la durée du séjour et les lieux sociaux, influencent la résilience et la vulnérabilité des migrants de retour aux résultats de santé et de réintégration, qui sont modérés par des facteurs de niveau méso, tels que la stigmatisation sociétale et le soutien social.

S'appuyant sur les conclusions des liens mutuels entre la santé et la réintégration, **l'étude a révélé que les migrants de retour étaient souvent pris dans un cercle vicieux de mauvaise santé et de mauvaise réintégration.** La bonne santé comprend la santé physique, sociale et mentale. Sans une bonne santé, il est difficile de parvenir à une réintégration durable. Des problèmes de santé tels que la douleur chronique ou la dépression clinique entravent la capacité des migrants de retour à participer pleinement à la vie économique et sociale d'un pays. En particulier lorsqu'il existe des retards dans le traitement, les affections aiguës peuvent devenir chroniques. Et sans une réintégration réussie,

il est presque impossible d'avoir une bonne santé. Les difficultés financières et le manque de soutien social ont un impact négatif sur la santé des migrants de retour, en particulier sur la santé mentale et psychosociale. Les données indiquent que les impacts négatifs de la santé et de la réintégration peuvent s'accumuler au fil du temps et renforcer les effets néfastes les uns sur les autres, ce qui rend plus difficile pour les migrants de retour de sortir du cercle vicieux au fil du temps.

L'impact intergénérationnel était un domaine de préoccupation important mentionné par les informateurs clés. Les effets sur la santé des **migrants de retour aux prises avec des problèmes de santé et de réintégration peuvent affecter négativement la santé, le bien-être et le développement de la prochaine génération.** Avec l'augmentation des facteurs de stress au cours des étapes de la migration, les migrants de retour connaissent une détérioration de leur état de santé, ce qui a un impact négatif sur le succès de leur réintégration. Cela a des répercussions négatives sur les trois dimensions de la réintégration (comme cela sera exploré dans les sections suivantes), ce qui a un impact sur les moyens de subsistance économiques des membres du ménage ainsi que sur le développement social des enfants. D'un point de vue sociétal, cela devrait être une cause de préoccupation, ce qui souligne l'importance des besoins de santé et de la réintégration durable des migrants de retour dans les pays d'origine.

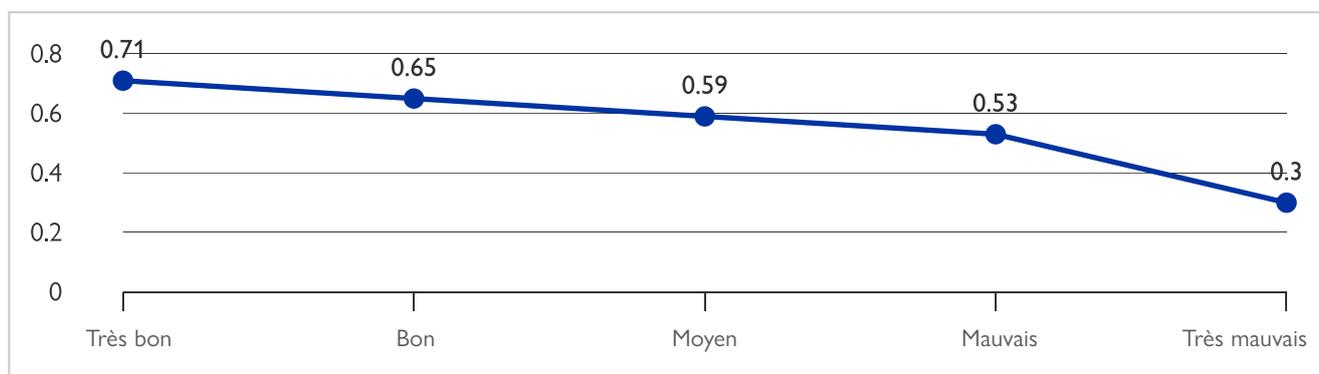
2.2 SANTÉ ET RÉINTÉGRATION PSYCHOSOCIALE

Les cinq indicateurs par lesquels la recherche a évalué la réintégration psychosociale étaient :

1. Participation à des activités sociales
2. Réseau de soutien
3. Sentiment d'appartenance à la communauté
4. Tensions ou conflits avec la famille depuis le retour
5. Discrimination depuis le retour
6. Signes de détresse mentale

La réintégration psychosociale est une vaste dimension de la réintégration durable qui englobe des éléments émotionnels, mentaux et psychologiques. La dimension psychosociale de la réintégration est, par définition, liée à la santé et au bien-être des migrants de retour, en particulier la santé mentale. **Les besoins non satisfaits des migrants et le manque d'accès à des soins de santé spécialisés ont un impact négatif sur la réintégration psychosociale** après le retour : les migrants de retour qui ont déclaré avoir une moins bonne santé auto-déclarée ont également eu de moins bons résultats de réintégration psychosociale par rapport à ceux qui ont déclaré être en meilleure santé ($p < 0,001$) (Figure 16).

Figure 16: Score de réintégration psychosociale selon l'état de santé autodéclaré des migrants après le retour



« Il y a ces familles [qui] après avoir récupéré leur fille ou leur fils ou leurs proches atteints mentalement et physiquement, cachent [la maladie] à la communauté et recherchent des services de soins de santé, ou les emmènent dans des lieux religieux, et ne font que révéler [la maladie] lorsque les migrants de retour vont très bien.

– Migrant de retour interviewé, Éthiopie

2.2.1 Impact de la santé sur la réintégration psychosociale

Il a été constaté que les besoins sanitaires non satisfaits des migrants de retour avaient un impact négatif sur la réintégration psychosociale de plusieurs manières :

- **Participation restreinte aux activités sociales :** Les migrants de retour qui souffraient de douleurs chroniques ou de blessures dues à leur travail ou à un traumatisme subi à l'étranger avaient plus de mal à participer aux activités sociales. Une migrante de retour qui est devenue obèse après son retour a déclaré ne pas avoir accès à un soutien médical adéquat, ce qui a entraîné une faible estime de soi, qui à son tour a conduit à sa réticence à interagir socialement en raison d'une image corporelle négative. Les résultats du sondage ont montré que parmi les migrants de retour qui se déclaraient en mauvaise santé, 56 % d'entre eux participaient rarement ou jamais à des activités sociales au sein de leur communauté après leur retour, contre seulement 27 % parmi les migrants de retour qui se déclaraient en bonne santé.

- **Isolement social par la famille :** Dans certaines cultures où les maladies mentales ou les handicaps physiques sont considérés comme des tabous sociaux, les migrants de retour souffrant de ces problèmes de santé auraient été « cachés » par leur famille à la communauté en raison de la peur de la stigmatisation et des sentiments de honte. Cela a des implications importantes sur la réintégration des migrants de retour car cela a entravé leur participation aux activités sociales et économiques.
- **Conséquences de la détresse mentale :** D'autre part, les migrants de retour souffrant de détresse psychologique ont déclaré que cela les empêchait de socialiser et de se connecter avec leurs familles et leurs communautés. Les migrants de retour ont déclaré qu'ils s'étaient rendu compte qu'ils étaient plus facilement irritables et agités à cause des interactions quotidiennes avec les autres, ce qui n'était perceptible qu'après le retour et créait des difficultés à s'entendre avec les autres.

Les résultats du sondage ont confirmé que les migrants de retour qui ont déclaré avoir un état de santé plus faible ont également signalé une participation plus faible aux activités sociales au sein de leurs communautés, un réseau de soutien plus faible et un sentiment d'appartenance à la communauté plus faible (Figure 17). Alors que les différences entre les migrants de retour qui ont déclaré avoir un état de santé plus mauvais ou meilleur en termes de conflits familiaux, de discrimination et de détresse en matière de santé mentale étaient moins perceptibles.

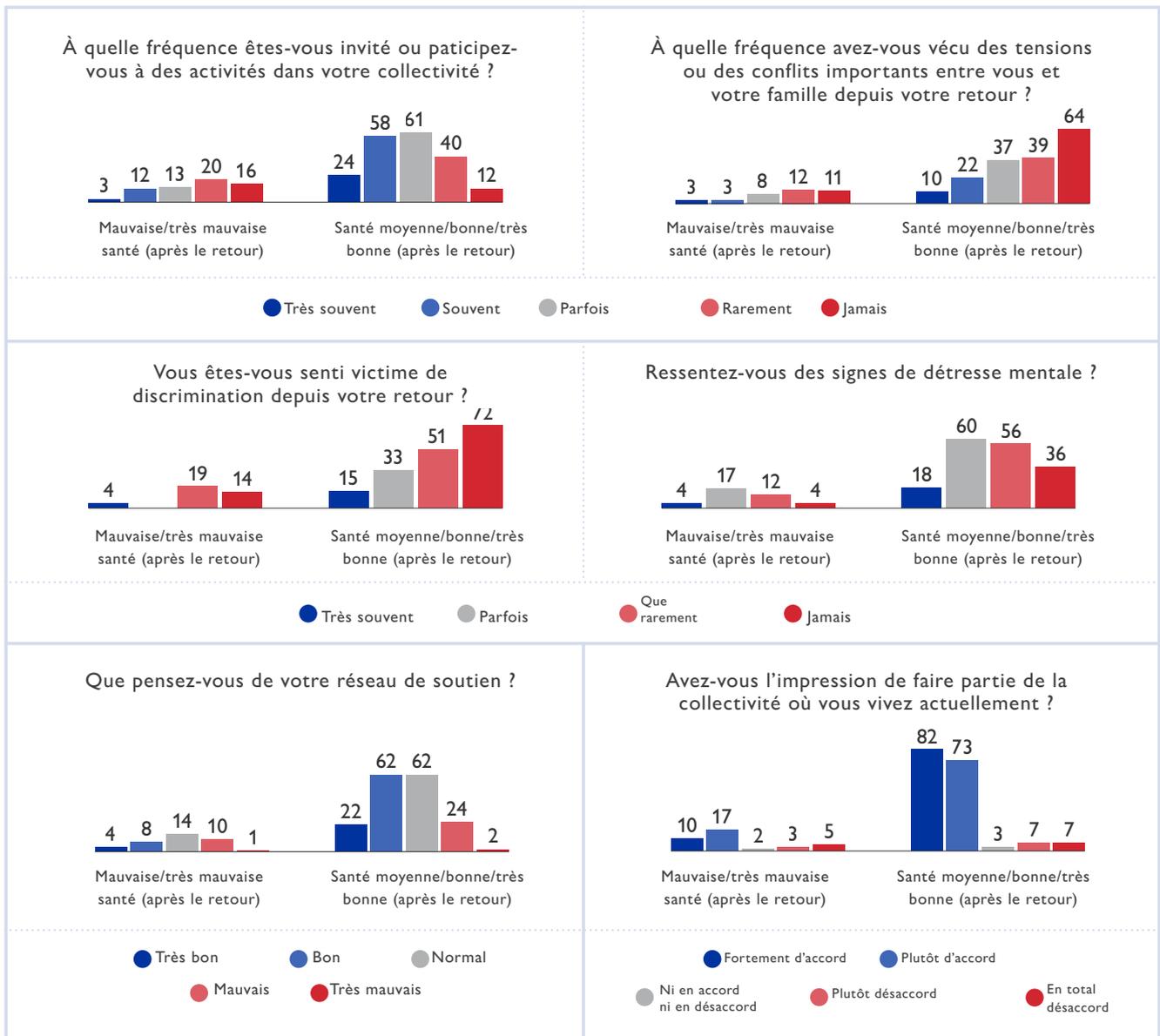
« En ce qui concerne la santé mentale et le soutien psychosocial, le problème est qu'il

existe un certain nombre de cas où les personnes n'acceptent même pas la condition et elles sont incapables d'enregistrer que c'est un problème. Il existe beaucoup de stigmatisation rattachée à ce fait. Pour leur maladie physique, ils seront prêts à en parler. Mais si vous évoquez des

antécédents de santé mentale et de stress, vous aurez l'impression qu'ils ne sont pas à l'aise d'en parler. Il y a beaucoup trop de stigmatisation. Les migrants de retour craignent trop d'être étiquetés.

– Informateur clé, Pakistan

Figure 17. Indicateurs clés de la réintégration psychosociale, selon l'état de santé autodéclaré des migrants après le retour



2.2.2 Impact de la réintégration psychosociale sur les résultats de santé

L'impact sur la santé de la stigmatisation due au fait que les migrants de retour n'atteignent pas leurs «

objectifs migratoires » a été soulevé par la majorité des répondants au sondage et aux données qualitatives. Comme l'a décrit un informateur clé, l'incapacité à atteindre l'objectif de migration et le fait de ne pas

répondre aux attentes des migrants de retour ou de leurs familles et amis entraînent souvent des sentiments de culpabilité, de honte et de frustration, ce qui a des conséquences négatives importantes pour la santé mentale des migrants de retour. Celles-ci ont déjà été discutées dans la littérature sur la stigmatisation du retour.⁴⁴

« *Lorsqu'ils reviennent, ils sont affectés par le fait qu'ils n'ont pas pu réaliser leurs rêves. Et c'est pourquoi ils ont besoin de conseils psychosociaux.*
– Informateur clé, Pakistan

Cette étude contribue à ces preuves en éclairant sous l'angle de la santé à la fois des résultats qualitatifs et quantitatifs. Le sondage a révélé que parmi les migrants de retour qui se sentaient faire partie de la communauté, 85 % ont déclaré être en bonne santé, contre un pourcentage un peu plus faible (64 %) qui ne se sentaient pas faire partie de la communauté. Les migrants de retour interrogés étaient souvent confrontés à des attentes irréalistes de la part de leurs familles ou amis quant au succès économique de la migration. Lorsque les migrants revenaient dans leur pays d'origine sans répondre à ces attentes, ils étaient souvent confrontés à des préjugés au sein de la communauté car on s'attendait à ce qu'ils soient mieux lotis financièrement. S'il existe des attentes sociétales sur le mythe de l'histoire du « migrant à succès », en réalité, les informateurs clés ont indiqué que de telles histoires de migration réussies sont en fait rares (« Si je le mets en pourcentage, environ 1 % seulement des travailleurs migrants réussissent lorsqu'ils rentrent chez eux », a déclaré un informateur clé). Les migrants de retour ont fait l'expérience du mécontentement et de la désapprobation de leurs familles ou amis lorsqu'ils n'ont pas été en mesure de les rembourser pour le financement des dépenses migratoires des migrants de retour. Les migrants de retour ont souvent développé des problèmes de santé mentale en raison du stress causé par le fait de ne pas répondre à ces attentes et de la stigmatisation sociale. Cela a été particulièrement difficile pour les migrants de retour qui ont « échoué » avant même d'atteindre leurs destinations souhaitées, souvent ceux qui ont emprunté une route de passage et ont été

arrêtés avant même d'arriver dans leur pays d'accueil. Dans de rares cas, comme l'ont indiqué des informateurs clés, l'inverse s'est produit, où les familles des migrants de retour avaient détourné des fonds et lorsque les migrants rentraient chez eux, ils ne trouvaient pas l'argent qui aurait pu être utilisé pour payer les services de santé.

Outre la stigmatisation provenant de sources externes, certains migrants de retour interrogés ont exprimé **des attentes et des pressions auto-imposées** en raison de la non-réalisation de leurs propres objectifs migratoires. Ceux-ci incluent le sens de la responsabilité de prendre soin de la famille à son retour, l'incapacité de subvenir aux besoins financiers de la famille, la comparaison de leur propre « échec » avec ceux de leurs connaissances et le sentiment de culpabilité de ne pas avoir répondu aux attentes migratoires. **Cette stigmatisation et cette discrimination auto-perçues se traduisent souvent par une faible estime de soi, ce qui provoque une détresse en matière de santé mentale** ainsi qu'un retrait des interactions et des activités sociales, renforçant un cercle vicieux.⁴⁵

Les résultats de la recherche suggèrent clairement que **le retour dans un environnement peu favorable était un facteur majeur contribuant à la mauvaise santé mentale des migrants de retour, y compris au niveau de la famille, des pairs et de la communauté.** Ceci est étayé par des données de sondage dans lesquelles plus la perception du réseau de soutien parmi les migrants de retour était mauvaise, plus leur état de santé autodéclaré était mauvais. Certains migrants ont exprimé qu'ils s'attendaient à recevoir un meilleur soutien social à leur retour dans leur pays d'origine, ce qui n'a cependant pas toujours été le cas, et a parfois conduit à des problèmes de santé mentale ou à l'exacerbation de problèmes de santé physique, tels que l'obésité par manque de motivation et d'activité physique. Dans certains cas, les migrants de retour ont été totalement rejetés par leur famille. Une migrante de retour interrogée a été expulsée de son domicile par son père car elle est revenue « les mains vides », ce qui l'a amenée à souffrir de niveaux élevés de stress mental et d'insomnie. **Les migrants de retour ont également subi un choc culturel inversé et des difficultés à se**

44 Schuster et Majidi, Deportation Stigma and Re-Migration.

45 Habtamu K., A. Minaye, A. et W. A. Zeleke, Prevalence and associated factors of common mental disorders among Ethiopian migrant returnees from the Middle East and South Africa, BMC Psychiatry 17(144) : 1-11 (2017).

réintégrer dans leurs communautés. Le réajustement et la réadaptation nécessaires au retour ont parfois surpris certains migrants de retour, car la réalité dans laquelle ils revenaient avait considérablement changé après leur migration et leur pays n'était plus celui qu'ils avaient quitté, ce qui leur causait une détresse mentale.

“ Je dis toujours à mes patients... ils reviennent dans l'espace, dans la ville où ils vivaient et tout le reste... mais ils ne reviennent pas dans le “temps”.

– Informateur clé, Éthiopie

La durée de la migration et le temps écoulé depuis le retour se sont révélés être des facteurs modérateurs de la réintégration psychosociale. Les résultats qualitatifs montrent que les migrants qui avaient été absents plus longtemps ont connu une perte de soutien social à leur retour, tandis que les migrants qui avaient été absents pendant une période plus courte ont eu des expériences de retour plus positives, car ils pouvaient toujours compter sur un réseau de soutien social. Un migrant de retour interrogé a expliqué que ses deux parents sont décédés alors qu'il était loin de chez lui et qu'à son retour dans son pays d'origine, il a découvert que ses frères et sœurs avaient emporté tous les biens restants.

L'âge était un autre facteur modérateur identifié dans les données. Les besoins en santé mentale étaient plus importants chez les jeunes migrants de retour, car leurs parents étaient souvent insatisfaits du résultat de leur

migration et du manque de stabilité financière à leur retour, tandis que les migrants de retour plus âgés étaient souvent mieux soutenus socialement par leur famille, généralement par leurs enfants.

“ Au niveau communautaire, je me sens parfois stigmatisé par des groupes de pairs et certains anciens qui me considèrent comme un échec. [II] m'est parfois très difficile de me débrouiller dans la communauté à cause des regards qu'ils ont posés sur moi depuis mon retour de voyage.

– Persona retornada entrevistada, Gambia

“ L'autre problème est que depuis mon retour de voyage, je suis très stressé. Je me suis mis en colère très tôt et j'étais prêt à combattre n'importe qui venant à ma rencontre. Je n'étais pas comme ça avant de voyager mais maintenant je suis très stressé. Même ma famille est très inquiète de ma situation.

– Persona retornada entrevistada, Gambia

D'autre part, il a été constaté qu'une réintégration psychosociale positive contribuait à la santé des migrants de retour. Les migrants de retour ont indiqué que le fait de pouvoir contribuer à leur communauté d'origine leur a donné un sentiment de connexion et que la participation au niveau communautaire (comme rejoindre une chorale et échanger des services communautaires) a eu une influence positive sur la santé mentale des migrants de retour.

2.3 SANTÉ ET RÉINTÉGRATION SOCIALE

Les cinq indicateurs par lesquels la recherche a évalué la réintégration sociale étaient :

1. Accès aux services de santé
2. Accès au logement
3. Accès à l'eau potable et à la nourriture
4. Accès à la justice et application de la loi
5. Propriété du document d'identification

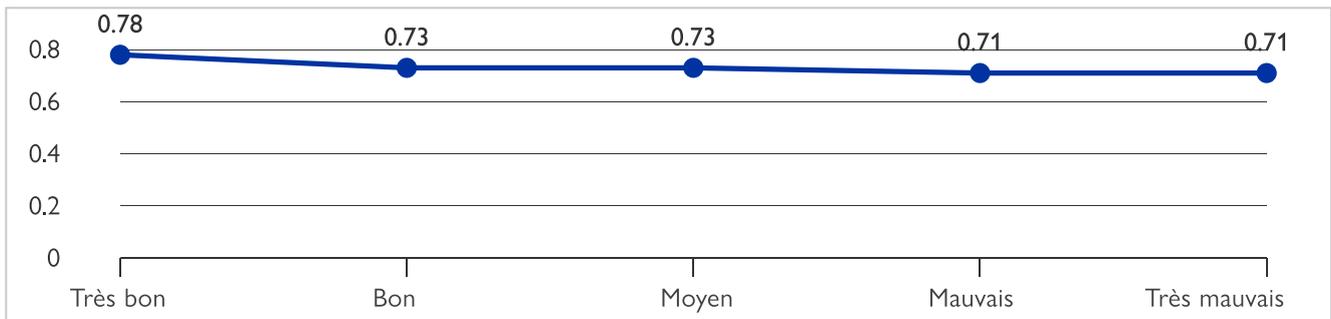
La relation entre la santé et la réintégration sociale allait principalement dans le sens des effets de la réintégration sociale sur la santé des migrants de retour.

Les migrants de retour qui ont déclaré être en moins bonne santé ont également obtenu de moins bons résultats en matière de réintégration sociale par rapport à ceux qui ont déclaré être en meilleure santé, bien que la différence soit relativement faible par rapport aux dimensions économique et psychosociale (Figure 18). Les données recueillies montrent également que les migrants de retour qui ont été absents pendant au moins un an ont eu de moins bons résultats en matière

de réintégration sociale que ceux qui ont été absents pendant des périodes plus courtes. Alors que les migrants qui sont revenus depuis au moins six mois ont

eu de moins bons résultats en matière de réintégration sociale que ceux qui sont revenus depuis moins de six mois.

Figure 18: Score de réintégration sociale selon l'état de santé autodéclaré des migrants après le retour



2.3.1 Accès des migrants de retour aux services de santé tout au long du cycle migratoire

“ Si je vais dans un centre de santé après la migration, les gens peuvent me juger comme si j'étais séropositif ou quelque chose du genre... Le jugement que la communauté a porté sur moi m'a, dans une certaine mesure, fait ne pas aller au centre de santé.
– Migrant de retour interviewé, Éthiopie

Certains problèmes liés à l'accès aux soins de santé sont spécifiques aux migrants de retour et sont aggravés du fait d'être un migrant de retour, par rapport aux problèmes d'accès généraux partagés par les migrants de retour et le grand public dans les pays d'origine.

Dans cette section, nous cherchons à comprendre où les migrants de retour accèdent aux soins de santé. Les migrants de retour ont le plus souvent recherché des soins dans les hôpitaux tout au long de leur cycle migratoire et à leur retour, parmi lesquels les hôpitaux publics étaient plus fréquemment consultés que les hôpitaux privés. Le deuxième établissement de soins de santé le plus fréquenté était les cliniques, parmi lesquelles les cliniques privées étaient beaucoup plus utilisées que les cliniques publiques ou celles des ONG. Certains migrants de retour ont recherché des soins auprès de la médecine traditionnelle ou de guérisseurs, et d'autres prestataires de services (tels que des organisations internationales). **La principale**

considération parmi les migrants de retour lorsqu'ils cherchaient des soins était le coût abordable. Dans la plupart des cas, les hôpitaux publics étaient souvent le premier point de contact pour les migrants de retour. Cependant, les migrants se sont parfois vu refuser des soins pour une multitude de raisons après leur retour, comme le manque de documents légaux.

Ce refus au retour ne faisait que faire écho aux refus antérieurs rencontrés tout au long du parcours migratoire : l'obstacle le plus courant identifié était l'impossibilité d'obtenir un traitement/des médicaments. Dans les pays de transit et d'accueil, les migrants ont généralement rencontré des difficultés telles que les barrières linguistiques, la négligence de la part des autorités locales, ce qui a souvent entraîné un retard ou un refus de traitement (Figure 19).

“ Nous venons d'arriver ici au Brésil... si nous pouvions trouver une assistance médicale pour mon mari et mes filles, ce serait merveilleux. Une autre chose est que je n'ai toujours pas pu régulariser les pièces d'identité [documents d'identification] de mes deux filles qui sont nées [en Belgique] parce que je n'ai aucune condition pour aller à Brasilia pour le faire, je ne pouvais pas non plus traduire leurs relevés de notes.
– Migrante de retour interviewée, Brésil

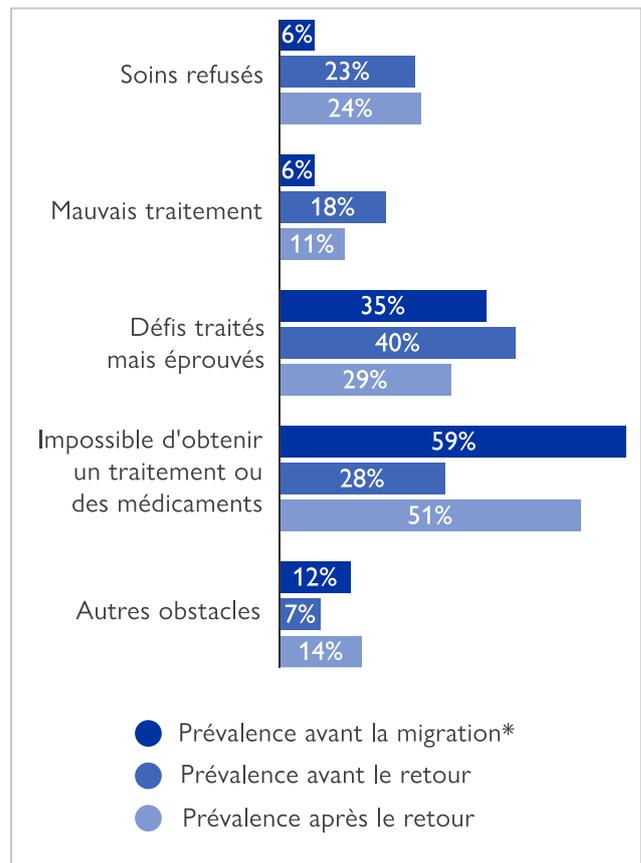
Tableau 6. Obstacles à l'accès aux soins de santé spécifiques aux migrants de retour et communs à la population non migrante

OBSTACLES SPÉCIFIQUES AUX MIGRANTS DE RETOUR	OBSTACLES RENCONTRÉS PAR LES MIGRANTS DE RETOUR PARTAGÉS PAR LA POPULATION NON MIGRANTE
<ul style="list-style-type: none"> • Refus de soins en raison d'un problème de santé (tel qu'un accident) survenu à l'étranger • Discrimination envers les migrants de retour victimes de la traite • Perceptions erronées envers les migrants de retour en ce qui concerne les maladies sexuellement transmissibles • Difficultés financières à payer les services de santé lorsque les migrants de retour ne sont pas économiquement réintégrés • Manque d'informations sur comment et où accéder aux soins, en particulier si les migrants de retour ont été absents pendant de longues périodes • Manque de documents ou de papiers d'identité, en particulier si les migrants de retour ont été absents pendant de longues périodes • Barrières linguistiques, en particulier si les migrants de retour ont été absents pendant de longues périodes 	<ul style="list-style-type: none"> • Barrières culturelles dues à la stigmatisation de certains problèmes de santé (comme la santé mentale) • Absence d'assurance maladie • Coûts élevés des services de santé, y compris des médicaments • Long temps d'attente • Manque de spécialiste dans la région • Pénurie ou indisponibilité de médicaments • Coûts de transport associés à l'accès aux soins de santé

Par rapport à 6 % au stade prémigratoire, 23 % et 24 % des migrants ont déclaré s'être vu refuser des soins dans les pays de transit et d'accueil et après le retour respectivement. Les migrants ont également déclaré avoir été maltraités plus souvent avant et après le retour, par rapport à la phase de pré-migration. Ces obstacles ont été rencontrés par les migrants de retour en plus des obstacles non spécifiques également partagés par la population non migrante, notamment les coûts élevés des médicaments et le manque de spécialistes.

Figure 19. Obstacles les plus courants aux soins de santé signalés par les migrants après leur retour

* Demandé uniquement si les répondants ont quitté leur pays d'origine il y a moins de 12 mois



“ *Au cours de mon séjour de trois ans [en Zambie], je n'ai pas eu accès aux soins de santé parce que personne ne se soucie des prisonniers migrants. Comme je l'ai dit, j'ai été dans le désert [pendant le transit] et en prison. Même si j'en avais besoin, je n'ai pas eu accès aux soins de santé. Ne pas parler anglais est un facteur qui empêche de pouvoir accéder aux soins de santé en plus de leur ignorance [de nos droits aux soins de santé]. Dans notre séjour dans le désert, c'est un luxe de demander un service de santé.*

– Migrant de retour interviewé, Éthiopie

Les obstacles à l'accès aux soins de santé sont classiquement classés en cinq dimensions : coût abordable, accessibilité, disponibilité et hébergement, acceptabilité et pertinence.⁴⁶ En fonction de chacune de ces dimensions, les migrants de retour peuvent ou non être en mesure d'utiliser réellement les services de santé. Par exemple, les services de santé publique pourraient être gratuits pour les migrants dans leur pays d'origine à leur retour, mais ils pourraient encore être inaccessibles en raison de la longue distance et des coûts de transport élevés pour les migrants de retour qui luttent pour se réintégrer économiquement. Le sondage a indiqué que les migrants avaient plus de mal à accéder aux soins de santé avant le retour dans les pays d'accueil et après le retour dans les pays d'origine, par rapport à la pré-migration. Cela implique que les migrants de retour se sont heurtés à des obstacles supplémentaires lors de l'accès aux soins, qui n'étaient pas rencontrés par la population générale. Ces obstacles ont été mis en évidence lors d'entretiens avec des migrants de retour :

- **Coût abordable** : Le coût abordable des soins de santé était lié au statut juridique des migrants de retour dans les pays d'accueil. Par exemple, les migrants de retour demandeurs d'asile en Suisse et en France bénéficient de soins de santé gratuits. En termes de conditions de travail, seules les personnes occupant un emploi formel peuvent être protégées par une assurance maladie, mais celle-ci est souvent insuffisante pour couvrir les dépenses de santé et, par conséquent, les migrants de retour n'ont

toujours pas accès aux soins nécessaires. Après le retour, certains migrants ont commencé un traitement dans le pays d'accueil mais n'ont pas pu accéder aux médicaments après le retour en raison des coûts élevés ou de l'indisponibilité dans leur pays d'origine. Les migrants de retour sont souvent confrontés à des difficultés financières pour accéder aux services de santé, en particulier lorsqu'ils ne sont pas bien intégrés économiquement ou s'ils ne sont pas bien soutenus par leur famille à leur retour. Dans certains pays d'origine, que l'on soit ou non un migrant de retour a relativement peu d'impact sur l'accès aux soins de santé. Par exemple, au Pakistan, les données ont montré que le fait d'être un migrant de retour ou non n'est souvent pas un déterminant majeur de l'accès aux soins de santé, mais le statut socio-économique l'est. Les migrants de retour bénéficiant d'un bon soutien financier ne rencontrent pas beaucoup de difficultés pour accéder aux soins, tandis que les migrants de retour dont la situation financière est médiocre sont confrontés à des obstacles similaires à ceux des non-migrants qui sont également moins aisés économiquement. Certains migrants de retour peuvent ne pas mentionner qu'ils sont revenus afin d'être mieux traités par les agents de santé.

- **Accessibilité** : Pendant leur séjour dans les pays d'accueil, les migrants de retour ont dû faire face à divers obstacles structurels aux soins de santé découlant de circonstances individuelles ainsi que de manière plus contextuelle en fonction de leur pays d'accueil. Il était courant que les migrants de retour déclarent avoir été victimes de xénophobie ou de discrimination de la part des agents de santé dans les pays d'accueil, ainsi que de barrières linguistiques et culturelles. Par exemple, un migrant de retour a mentionné que la santé mentale était un tabou au Japon (pays d'accueil) et avait donc du mal à accéder aux services de santé mentale. Certains migrants de retour manquaient également d'informations sur où et comment accéder aux services de santé dans les pays d'accueil. Après le retour, certains migrants ont signalé des obstacles tels que le manque d'informations sur la manière d'accéder aux services, le manque de documents

⁴⁶ Levesque J., M. F. Harris et G. Russell, Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations, *International Journal for Equity in Health* 12(18) : 1-9 (2013).

ou de papiers d'identité et les barrières linguistiques, en particulier si les migrants de retour ont passé de nombreuses années à l'étranger. En termes de temps de trajet, le sondage a révélé que seulement 10 pour cent des migrants de retour devaient voyager plus d'une heure pour arriver aux établissements de santé avant la migration, ce qui est passé à 20 pour cent après le retour, ce qui implique que les coûts de transport directs et indirects étaient plus élevés lorsque les migrants de retour accédaient aux soins de santé.

- **Disponibilité et hébergement :** Au moment du retour, certains migrants ont signalé que l'absence de congés de maladie payés en semaine impliquait qu'ils n'avaient pas accès aux services de santé publics puisque ceux-ci n'étaient ouverts que pendant les jours de semaine. L'accès aux soins de santé est souvent limité dans les prisons ou les centres de détention, et le cas échéant, la qualité des soins de santé a été signalée comme étant médiocre. En ce qui concerne la phase de transit, un certain nombre de migrants de retour a déclaré qu'il n'avait pratiquement aucun accès aux soins de santé. Ainsi, le droit à la santé est pratiquement inexistant pour les migrants irréguliers en transit. Il n'était pas rare que les migrants en situation irrégulière n'aient eu accès à aucun service de santé tout au long de leur parcours migratoire malgré leurs besoins en matière de santé, et n'aient eu accès aux services de santé qu'à leur retour dans leur pays d'origine.
- **Acceptabilité :** Avant leur retour, les migrants en situation irrégulière ont souvent signalé craindre de demander des soins et, lorsqu'ils le font, on leur demande souvent de payer des frais élevés qu'ils ne peuvent pas se permettre. Après le retour, certains obstacles spécifiques au fait d'être un migrant de retour étaient liés à la culture et aux normes sociales. Les migrants ont eu du mal à discuter de sujets de santé sensibles à leur retour, tels que la santé sexuelle et la santé mentale, en raison des tabous sociaux. Il y a souvent de la discrimination et de la stigmatisation envers les migrants de retour qui ont été victimes de la traite ou des travailleurs du sexe. Le fait que les migrants soient connus dans leurs communautés locales à leur retour pourrait constituer un obstacle à l'accès aux soins de santé, en particulier pour les problèmes de santé tels que les infections sexuellement transmissibles qui peuvent

provoquer des commérages dans la communauté locale. Alors que l'anonymat d'être dans un pays étranger était un facteur facilitant pour les migrants de retour l'accès aux soins de santé dans leur pays d'accueil.

- **Pertinence :** Certains obstacles rencontrés par les migrants après leur retour étaient liés à la continuité des soins. Par exemple, un migrant de retour n'a pas pu poursuivre sa réadaptation post-chirurgicale à son retour parce qu'on lui a dit que l'accident et l'opération avaient eu lieu en dehors du pays d'origine. D'autres obstacles étaient liés à la pertinence du traitement. Un migrant de retour a indiqué qu'on lui avait donné des médicaments anticancéreux périmés qu'il avait acceptés à contrecœur car il n'avait pas d'autres options. Alors qu'un autre migrant de retour a indiqué qu'il n'avait pas reçu les bons médicaments après son retour par rapport aux médicaments qu'il avait pris avant son retour.

Lorsque les migrants de retour n'ont pas pu accéder aux services de santé publique en raison d'un certain nombre de problèmes financiers, structurels ou logistiques, ils ont déclaré avoir recours à différentes stratégies d'adaptation. Dans certains cas, les migrants de retour devaient payer de leur poche pour accéder aux soins de santé publics ou privés, et s'ils n'étaient pas soutenus financièrement par leur famille ou leurs amis, ils cherchaient souvent des solutions alternatives.

Les migrants de retour de plus d'un pays ont mentionné avoir utilisé les subventions aux entreprises de l'OIM pour payer leurs traitements. Certains migrants de retour ont acheté eux-mêmes des médicaments soit dans les pharmacies, soit par d'autres canaux informels, plus abordables que les hôpitaux ou les cliniques. D'autres migrants de retour ont tenté d'accélérer leur accès aux soins de santé grâce à des relations personnelles ou sociales.

Un certain nombre de migrants de retour du Brésil, d'Éthiopie, de Gambie, du Pakistan et du Sénégal ont déclaré avoir recherché des soins de santé grâce à la médecine traditionnelle pour plusieurs raisons :

- La médecine traditionnelle est généralement plus abordable et accessible que la médecine moderne. Dans certains cas, les migrants de retour ont eu recours à cette option même lorsqu'ils avaient des réserves sur l'efficacité de la médecine traditionnelle,

et uniquement pour des raisons financières. Par exemple, un migrant de retour a déclaré s'auto-traiter en utilisant la médecine traditionnelle contre le cancer, alors qu'il était conscient de son manque d'efficacité, uniquement parce qu'il n'avait pas les moyens de payer la chimiothérapie.

- Dans certains pays, il est courant de rechercher un soulagement mental auprès de guérisseurs traditionnels. Dans de tels cas, l'utilisation de la médecine traditionnelle est comprise comme une pratique culturelle enracinée dans les normes sociales, qui peut entraîner des complications de santé lorsqu'elle est utilisée comme substitut à la médecine moderne, plutôt que comme complément. Il est également important de noter que dans certains cas, les migrants de retour ont préféré la médecine traditionnelle à la médecine moderne, en particulier lorsqu'ils pensaient que leurs problèmes de santé ne pouvaient pas être traités par la médecine moderne, ou lorsque les médecins étaient incapables de diagnostiquer leurs problèmes de santé.
- L'utilisation de la médecine traditionnelle pour répondre aux besoins de soins de santé des migrants de retour s'est avérée plus courante dans les zones rurales, où il est beaucoup plus facile pour les migrants de retour d'avoir accès aux guérisseurs traditionnels que les médecins des hôpitaux ou d'autres établissements de santé.

D'autre part, certains migrants de retour ont déclaré que leur expérience avec la médecine traditionnelle était négative et qu'ils ne l'utilisaient donc plus. Par exemple, un migrant de retour a utilisé la médecine traditionnelle pour traiter la douleur chronique causée par les coups pendant sa détention, mais il a décidé d'arrêter de l'utiliser après certaines complications. En général, fournir plus d'éducation sanitaire aux migrants de retour pourrait leur permettre de mieux comprendre leurs besoins en matière de santé et la meilleure façon d'y répondre compte tenu de leur situation.

2.3.2 Impact des besoins liés à la santé sur les résultats de la réintégration sociale

L'impact de la santé sur la réintégration sociale - définie comme l'accès aux services sociaux - était principalement médiatisé par l'accès des migrants de retour aux services de santé. Dans certains pays, les migrants de retour sont confrontés à la stigmatisation et à la discrimination de la société, en particulier ceux qui ont été victimes de la traite, ce qui a un impact sur leur comportement de recherche d'aide. Un exemple est l'Éthiopie, où les migrants de retour sont souvent soupçonnés d'être séropositifs et donc réticents à se faire soigner par crainte de discrimination. Un autre exemple est le Brésil, où certains migrants de retour qui avaient été victimes de la traite n'estimaient pas qu'ils « méritaient » d'être traités gratuitement comme le reste de la population à leur retour. Cela indique que les migrants de retour intériorisent parfois la stigmatisation et la discrimination sociales, refusant d'accéder aux soins de santé, avec des conséquences négatives indirectes sur leur état de santé général.

En séparant les obstacles externes à l'accès aux soins de santé (qui ont été explorés dans la section ci-dessus) des obstacles internes, l'étude a révélé que **l'état de santé des migrants de retour a joué un rôle en influençant leur volonté de rechercher des services de santé en raison de différents types de peurs internes liées à la santé.** Certains migrants de retour ont estimé qu'ils ne pouvaient pas s'exprimer ouvertement sur leurs besoins de santé par crainte de discrimination. Plusieurs migrants de retour de Gambie ont déclaré que divulguer leurs problèmes de santé équivalait à une divulgation de leur « échec » à atteindre la destination de migration souhaitée, et qu'ils hésitaient donc à en parler aux autres par peur des commérages et de l'ostracisme social. De la même manière, certains migrants de retour n'étaient pas disposés à demander des soins médicaux pour leurs besoins de santé car la cause de leurs problèmes médicaux pouvait révéler qu'ils étaient des migrants irréguliers, comme un migrant de retour sénégalais qui a été blessé par balle alors qu'il traversait les frontières. Certains migrants de retour, notamment ceux d'Éthiopie et du Pakistan, étaient réticents à s'ouvrir sur des problèmes de santé personnels, notamment de santé mentale, car ils pensaient que les autres ne comprendraient pas leur situation. D'autre part, certains



Les migrants de retour arrivés du Niger, de Tunisie et du Mali reçoivent des examens de santé lors de leur séance d'orientation.
© OIM 2022 / Robert Kovacs

migrants de retour, en particulier de Géorgie, étaient réticents à partager leurs problèmes de santé car ils ne voulaient pas « déranger les autres » et qu'ils pensaient que leurs problèmes de santé étaient aussi courants que ceux d'autres non-migrants, comme l'hypertension. D'autres migrants de retour, cependant, considéraient les problèmes de santé comme une étiquette sociale négative associée à un prestige social inférieur et étaient donc réticents à divulguer ou à demander des soins.

“ J’ai voyagé dans des conditions difficiles ; j’ai passé des nuits à marcher et à dormir dans le désert. Une fois que nous avons été pris en embuscade, on a tiré sur notre voiture et j’ai été blessé au genou. Je n’ai jamais eu de traitement pour cette blessure au genou et cela me fait encore très mal. Une fois en Libye, les conditions de vie étaient mauvaises et dures. J’ai travaillé comme maçon. La traversée maritime vers l’Italie n’a pas été facile. Je ressens actuellement toutes ces séquelles. Par exemple, je ne peux pas rester debout longtemps à cause de ma blessure au genou et je fais face à cette douleur depuis le moment où notre voiture a été prise en embuscade. Je n’ai pas cherché d’aide. Je pense que ça devient encore plus fatigant parce que je ne trouve personne pour répondre à mes préoccupations. Je n’ai demandé de l’aide à personne de peur que les gens ne soient au courant de mon état... Depuis 2019, je me soigne avec des analgésiques comme le paracétamol.

– Migrant de retour interviewé, Sénégal

Les migrants qui n’ont pas pu se faire soigner après leur retour avaient une moins bonne santé que ceux qui ont pu se faire soigner. 24 % des répondants qui n’ont pas pu se faire soigner ont également déclaré avoir une mauvaise santé, tandis que seulement 14 % de ceux qui ont pu se faire soigner ont déclaré être en mauvaise santé (Figure 20).

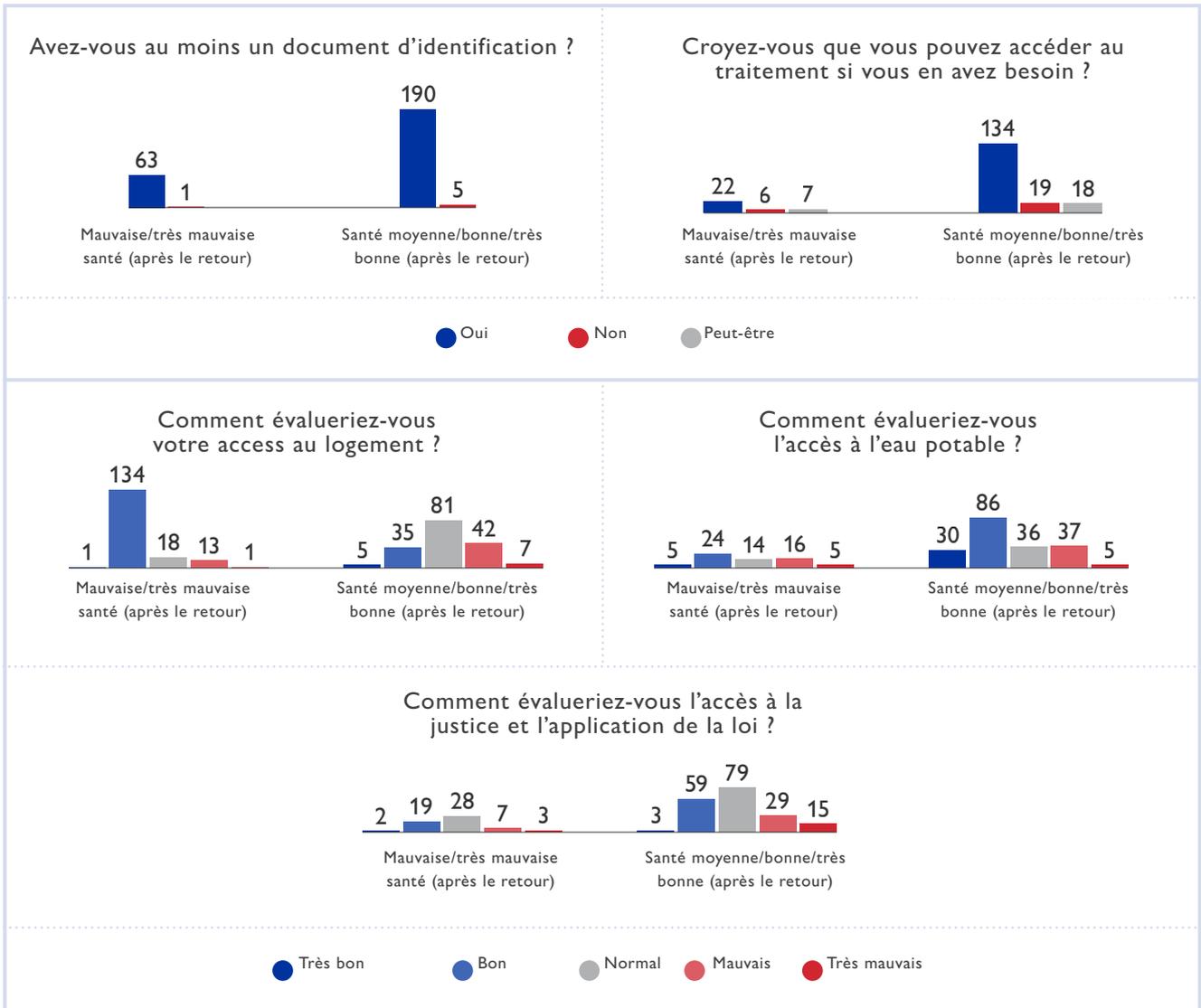
Outre les effets négatifs des obstacles à l’accès aux soins de santé sur la santé des migrants de retour, abordés dans les sections précédentes, cette étude a également identifié d’autres aspects d’une mauvaise réintégration sociale qui ont entraîné des conséquences négatives sur la santé (c’est-à-dire un accès insuffisant aux déterminants sociaux de la santé). Les mauvaises

conditions de logement ont souvent été signalées comme entraînant des conséquences négatives sur la santé des migrants de retour tout au long du parcours migratoire. Les migrants de retour qui ont été détenus pendant leur transit ou dans leur pays d’accueil ont souvent déclaré avoir été détenus dans des installations surpeuplées et insalubres, avec un mauvais assainissement de l’eau et un risque de contamination croisée. Cela a conduit certains migrants de retour à contracter des maladies transmissibles, notamment la tuberculose et les otites. Après le retour, le sondage a révélé que 23 % des migrants ayant une bonne santé autodéclarée ont déclaré avoir un bon accès au logement dans leurs communautés, contre seulement 13 % parmi ceux qui ont une mauvaise santé autodéclarée. De même, en termes de qualité du logement, 28 % des migrants de retour ayant une bonne santé autodéclarée ont qualifié leur qualité de logement de bonne, contre seulement 22 % parmi ceux qui se sont déclarés en mauvaise santé.

La malnutrition était également un problème courant auquel étaient confrontés les migrants de retour à différentes étapes de leur parcours migratoire, en particulier dans les prisons ou les centres de détention.

Dans certains cas, la malnutrition chronique a entraîné une fonte musculaire et un système immunitaire plus faible, avec des conséquences à long terme sur la santé des migrants de retour ainsi que sur les résultats de la réintégration. Un migrant de retour en Gambie a déclaré être revenu émacié en raison d’un manque de nourriture et d’eau au cours de sa précédente expérience de migration, ce qui a eu des implications négatives sur sa capacité à se réintégrer. Le faible accès aux systèmes juridiques et à la justice a également été signalé par un migrant de retour comme entraînant des conséquences négatives importantes sur la santé physique et mentale, comme détaillé dans l’étude de cas ci-dessous.

Figure 20. Principaux indicateurs de réintégration sociale, selon l'état de santé autodéclaré des migrants après le retour



ÉTUDE DE CAS 3 : MIGRANT DE RETOUR AU BRÉSIL

S. a été agressé et cambriolé près du complexe de logements sociaux dans lequel il vivait après son retour du Portugal au Brésil. Il a indiqué que l'agression était due à des préjugés parce qu'il avait émigré à l'étranger.

“ La plupart des gens pensent que si nous quittons le Brésil, nous avons l'obligation de revenir en tant que millionnaire. Alors voir une personne qui est revenue et qui n'a pas beaucoup d'argent est considéré comme un échec. Les gens ont des préjugés parce que j'ai immigré et que je suis revenu. Je n'étais pas heureux au Brésil et j'y suis allé pour tenter ma chance. Ça n'a pas fonctionné et je suis revenu. Et la violence que j'ai subie - dont j'ai des cicatrices jusqu'à présent - a été à cause de cela. Préjugé d'avoir migré.

S. a déposé un rapport de police à la suite de l'incident et a subi un examen médico-légal. Cependant, le suivi juridique s'est arrêté là. Il a décrit une augmentation de l'anxiété et de la dépression après son retour au Brésil et espère éventuellement retourner au Portugal une fois que sa restriction de trois ans sur la migration sera à nouveau levée.

2.4 RÉSULTATS DE LA RÉINTÉGRATION SANITAIRE ET ÉCONOMIQUE

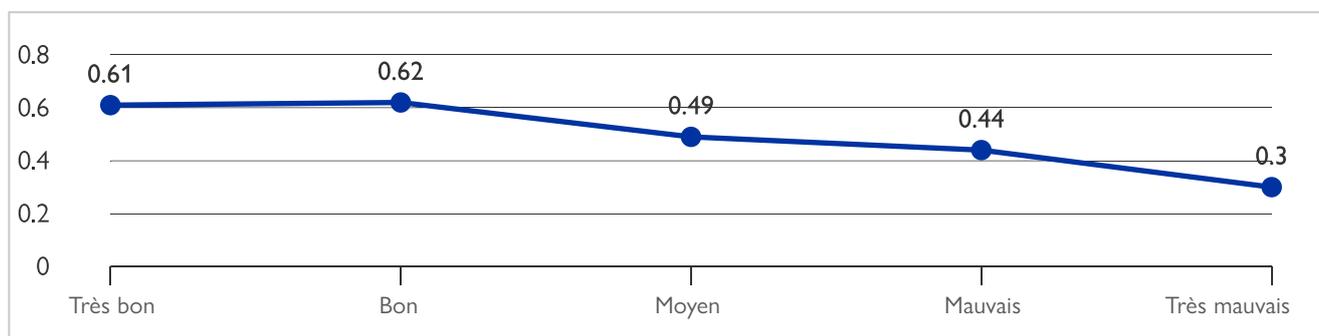
Les quatre indicateurs à travers lesquels la recherche a évalué la réintégration économique étaient :

1. Satisfaction face à la situation économique actuelle
2. Accès aux opportunités d'emploi
3. Gagne actuellement
4. Chômage

La réintégration économique s'est avérée pire parmi les migrants de retour dont l'état de santé était moins bon après le retour (Figure 21). Les effets des besoins de santé des migrants de retour sur la réintégration économique peuvent être classés en effets directs et

indirects. En termes d'effets directs, les migrants de retour ayant des besoins de santé non satisfaits ont souvent signalé des difficultés à trouver un emploi ou à maintenir leur entreprise. Un migrant de retour qui a reçu une subvention commerciale de l'OIM a expliqué qu'il n'était pas en mesure d'exploiter régulièrement ses entreprises de vente dans la rue en raison de ses problèmes de santé récurrents. Cela est particulièrement vrai pour les migrants de retour souffrant de troubles mentaux ou de douleurs chroniques causées par des événements traumatisants survenus au cours de leur parcours migratoire. À son tour, cela entraîne une baisse des revenus, ce qui réduit la capacité de payer les services de santé, créant à nouveau un cercle vicieux. Les résultats de la recherche ont également identifié plusieurs cas de chômage en raison d'un handicap, le plus souvent d'accidents du travail ou de violence physique à l'étranger. Cela a créé un cercle vicieux car les contraintes financières dues au chômage ont posé d'autres défis dans la recherche de soins de santé pour ces migrants de retour.

Figure 21. Score de réintégration économique selon l'état de santé autodéclaré des migrants après le retour



“ Si vous n'avez aucune idée du moment où vous allez faire un traitement dont vous avez besoin, si vous ne savez pas combien vous allez le payer, s'il est fait en privé... Comment allez-vous construire vos plans futurs si une urgence liée à la santé vous retient ? Cela les affecte énormément.
– Informateur clé, Brésil

En termes d'effets indirects de la santé sur la réintégration économique, **les migrants de retour ont déclaré consacrer une part importante de leurs revenus aux dépenses de santé (comme les médicaments), limitant le montant des ressources qu'ils pouvaient investir dans leurs entreprises.** Comme mentionné ci-dessus, plusieurs migrants de retour ont mentionné qu'ils détournaient leurs subventions commerciales de l'OIM à des fins médicales en dernier recours. De plus, lorsque les migrants de retour interrogés étaient incertains quant à l'amélioration et au pronostic de leur santé future, y compris les coûts financiers associés, cela a entravé leur plan en termes de réintégration économique, car il leur est devenu difficile de prévoir leurs dépenses de santé futures et leur capacité à travailler pour gagner leur vie.

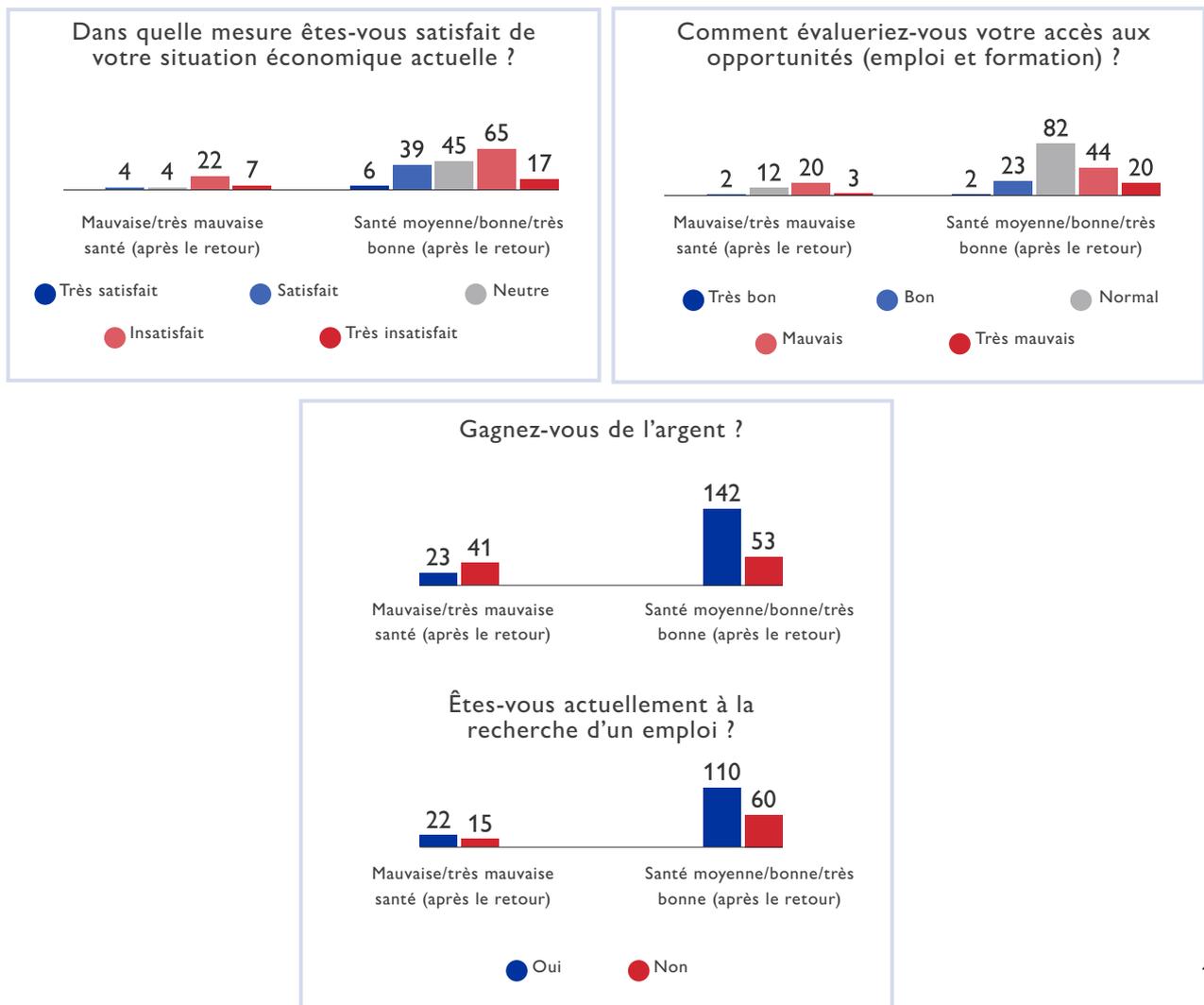
D'autre part, certains migrants de retour ont déclaré que la satisfaction de leurs besoins de santé avait bénéficié à leur réintégration économique (Figure 22). **Lorsque les besoins de santé des migrants de retour ont été correctement pris en charge, ils ont pu trouver un emploi et s'assurer une source de revenus à leur retour.** Le paiement des services de santé était également un facteur de motivation pour certains migrants à chercher des opportunités d'emploi après leur retour dans leur pays d'origine. Rétrospectivement, certains migrants de retour étaient conscients qu'une fois qu'ils perdraient la santé, cela serait irréversible et que cela ne valait pas la peine de perdre la santé pour des gains économiques incertains.

ÉTUDE DE CAS 4 : MIGRANT DE RETOUR AU PAKISTAN

A. est revenu au Pakistan avec le soutien de l'OIM après plusieurs années de travail en tant que migrant irrégulier en Turquie et en Grèce. Pendant son séjour en Grèce, il a subi deux attaques au couteau en raison d'un différend familial avec certains de ses cousins qui travaillaient également là-bas. Il a signalé divers problèmes de santé à long terme à la suite de l'agression, notamment des problèmes de santé mentale, un fonctionnement cérébral réduit et une mauvaise digestion. L'OIM a fourni à A. 400 000 roupies pakistanaïses (environ 1 800 dollars des États-Unis) dans le cadre de son aide à la réintégration et il a utilisé cet argent pour acheter deux buffles. Cependant, il a dû vendre l'un d'eux pour financer son traitement médical et s'inquiète maintenant de devoir vendre le second pour la même raison. A. est actuellement au chômage en raison de sa mauvaise santé.

“ Je suis au chômage depuis mon retour. J'ai reçu de l'argent (environ 400 000 roupies) de l'OIM. J'ai acheté deux buffles avec l'argent. Mais, j'en ai vendu un pour mon traitement et je crains de devoir vendre l'autre aussi pour mon traitement. Ma santé ne m'a pas permis de faire n'importe quel type de travail depuis mon retour.

Figure 22. Principaux indicateurs de réintégration économique, selon l'état de santé autodéclaré des migrants après le retour



2.4.1 Impact de la réintégration économique sur les résultats de santé

Dans presque tous les pays, l'étude a identifié un modèle de réintégration économique éclipsant les besoins de santé des migrants de retour. Le désir de réintégration économique des migrants de retour prend souvent le pas sur leurs besoins sanitaires et sociaux, avec des implications sur la rapidité des soins et du soutien recherchés et donc reçus. Les résultats du sondage montrent que les migrants de retour qui ont déclaré être en moins bonne santé ont également obtenu de moins bons résultats en matière de réintégration économique, par rapport à ceux qui ont déclaré être en meilleure santé, et la différence était statistiquement significative. Une mauvaise réintégration économique affecte directement et indirectement la santé des migrants de retour.

Les effets directs de la réintégration économique sur la santé des migrants de retour sont principalement liés à la santé mentale. De nombreux migrants ont déclaré que leur incapacité à se réintégrer économiquement à leur retour leur causait un grand stress et entraînait de graves problèmes de santé mentale. Par exemple, les migrants qui avaient des emplois stables avant leur migration n'ont pas pu retrouver le même type d'emploi après leur retour et ont dû occuper des emplois de nature différente par rapport à leur profession d'origine, ce qui leur a donné un sentiment de perte de soi et d'identité. Cela a créé du stress chez les migrants de retour, qui présentaient des symptômes physiques, notamment de l'insomnie et des troubles du sommeil. Même si certains migrants de retour ont bénéficié de l'aide de l'OIM et de subventions aux entreprises, ce soutien n'a pas été jugé suffisant pour leur permettre de gagner leur vie et de maintenir une entreprise.

Les migrants qui n'ont pas pu réussir financièrement à l'étranger sont souvent rentrés dans leur pays d'origine avec peu de ressources financières. Le fait de ne pas pouvoir rembourser leurs familles ou amis qui ont financé leur migration et d'accumuler d'autres dettes était une énorme source de stress et de pression parmi les migrants de retour. Un migrant de retour éthiopien interrogé a exprimé des idées suicidaires à cause de cela, ce qui indique la gravité du problème.⁴⁷

Les migrants qui ont des enfants ont déclaré être confrontés à un stress supplémentaire à leur retour, car ils craignaient que leurs enfants soient perçus comme « plus pauvres » que leurs pairs. Cela a ajouté une charge financière supplémentaire aux migrants de retour pour subvenir aux besoins de leurs enfants et éviter le jugement social, ce qui a aggravé leurs problèmes de santé mentale.

D'autre part, il a été démontré que la réintégration économique positive profite directement à la santé des migrants de retour grâce à un meilleur bien-être mental et à un sentiment d'épanouissement. Cela contribue également à une meilleure réintégration sociale et a des effets positifs sur l'adaptation et le bien-être mental des migrants à leur retour.

“ L'OIM m'a aidé à trouver un emploi, à générer des revenus et à être une vraie personne. Je me suis aussi réconcilié avec mes sœurs. Psychologiquement, je vais bien depuis que j'ai commencé mon travail. Je suis d'accord pour rencontrer des amis, des membres de la communauté, l'église, etc.
– Migrant de retour interviewé, Éthiopie

Les effets indirects de la réintégration économique sur la santé des migrants de retour passent par l'accès aux soins de santé, y compris le coût abordable et l'accessibilité. Hormis les quelques pays d'origine disposant d'une couverture maladie universelle gratuite (comme le Brésil), les migrants de retour doivent payer de leur poche les services de santé dans la plupart des pays. Et même dans les pays dotés d'une couverture sanitaire universelle, certains services de santé sont souvent payants, comme les médicaments. Les migrants récemment revenus, en particulier ceux qui étaient des migrants irréguliers, ont souvent des ressources financières très limitées et il leur faut du temps pour se réintégrer économiquement. Par conséquent, ils sont « à la fois désavantagés » par leur mauvais état de santé (en raison de l'accumulation de risques sanitaires au cours du parcours migratoire) et par les obstacles financiers à l'accès aux soins de santé. La combinaison de ces facteurs retarde le traitement et aggrave ainsi davantage leur état de santé.

47 Les chercheurs sur le terrain ont été formés pour fournir des informations aux participants sur les services MHPSS disponibles si nécessaire.

Un autre effet indirect d'une mauvaise réintégration économique sur l'accès aux soins de santé des migrants de retour est lié aux obstacles à l'accessibilité. Même si les services de santé sont gratuits pour les migrants de retour, de nombreux entre eux ont signalé qu'ils n'avaient pas accès à ces services en raison de la distance et des coûts de transport élevés.

Le chômage ou les difficultés financières constituent des obstacles supplémentaires à l'accès aux soins de santé, car de nombreux migrants de retour n'ont pas les moyens de payer les frais de transport vers et depuis les établissements de santé, en particulier pour les maladies chroniques qui nécessitent un suivi régulier. Une migrante de retour a déclaré qu'elle ne pouvait pas accéder aux médicaments anti-VIH gratuits fournis par le système public parce qu'elle n'avait pas les moyens de payer les frais de transport.

L'échec persistant de la réintégration économique pourrait entraîner des retards dans le diagnostic médical et le traitement, entraînant un cercle vicieux de mauvaise santé et de mauvaise employabilité. Certains migrants de retour ont indiqué qu'ils envisageraient de repartir s'ils continuaient à être au chômage, même s'ils avaient des problèmes médicaux tels que le cancer, et certains étaient même prêts à assumer les risques pour la santé de la migration irrégulière et de la détention après en avoir déjà fait l'expérience lors de précédents parcours migratoires.

D'autre part, **une réintégration économique positive a indirectement un impact positif sur la santé des migrants de retour en leur permettant de payer leurs soins de santé.** Cela permet aux migrants de retour d'être autonomes dans la recherche de soins pour leurs besoins de santé d'une manière plus durable.

2.5 GENRE ET SANTÉ

Le genre est un déterminant clé de la santé, et la littérature existante démontre que la réintégration est un processus fortement lié au genre.⁴⁸ Dans cette étude, des données ventilées par sexe ont été recueillies pour comprendre et analyser l'interaction entre les besoins de santé des migrants de retour et les résultats de la réintégration dans une optique de genre.⁴⁹

2.5.1 Besoins et résultats spécifiques au genre

Les données confirment que **les migrants hommes et femmes vivent la migration différemment, car ils sont exposés à des risques différents tout au long de leur parcours et à des approches différentes pour y faire face et y répondre.**

La violence sexuelle et sexiste ayant un impact sur la réintégration

Au cours de la migration, parmi la cohorte interrogée pour cette étude, les femmes migrantes étaient généralement plus vulnérables aux abus et à l'exploitation sexuels, tandis que les hommes sont souvent exposés aux agressions des forces de sécurité ou des bandits, qui ont un impact direct sur leur santé physique et mentale. Les récits de violence sexuelle et sexiste rapportés par les migrants de retour lors des entretiens se sont produits presque entièrement pendant la phase de migration, plutôt qu'avant la migration ou après le retour. Dans certains cas, les hommes de retour, au cours des entretiens, ont décrit leurs observations du traumatisme vécu par les femmes migrantes à travers la violence sexuelle et sexiste tout au long du parcours migratoire.

48 Pôle de Gestion des Connaissances de l'UE-OIM, Comparative Reintegration Outcomes between Forced and Voluntary Return and Through a Gender Perspective (2021).

49 Dans l'ensemble des pays, 79 % des répondants au sondage se sont identifiés comme des hommes et 21 % comme des femmes.

“ En Mauritanie, les gens sont tombés malades et se sont sentis stressés par les difficultés du voyage. Dans les camps, les hommes et les femmes étaient séparés et les femmes étaient abusées sexuellement par les [Forces de sécurité mauritaniennes]. Ils vous demandaient de leur offrir des relations sexuelles et si vous refusiez, vous étiez soumis à des difficultés supplémentaires telles que vous priver de nourriture, de soins médicaux ou vous imposer des conditions de détention sévères.

– Migrants de retour interviewée, Gambie

Besoins de santé sexuelle et reproductive ayant un impact sur la réintégration

Les femmes migrantes de retour sont exposées à davantage de risques liés à la santé lors de leur retour et lors de leur réintégration, qui s'étendent au domaine de la SSR. Des fausses couches, à la fois dans les pays d'accueil ou après le retour, ont été signalées par plusieurs femmes migrantes de retour dans différents

contextes nationaux, ce qui a souvent entraîné des troubles de santé mentale. Dans certains contextes, les migrantes de retour n'étaient pas disposées à révéler leur fausse couche à leur famille en raison de la stigmatisation associée. Une femme migrante de retour a mentionné qu'elle avait recherché des soins médicaux pour avoir accès à des injections contraceptives.

Problèmes de santé chroniques et stress psychosocial liés au genre

Les femmes migrantes de retour étaient plus susceptibles de déclarer des problèmes de santé chroniques que les hommes migrants de retour au cours des trois étapes de la migration et les migrantes interrogées ont signalé qu'elles souffraient des affections suivantes : herpès génital, infection de l'utérus, fausse couche, dépression post-partum et autres complications de la grossesse. Un stress psychologique a également été identifié chez les femmes migrantes de retour qui ont mentionné avoir manqué leur mariage ou leur fenêtre de procréation en raison de la migration.

Tableau 7. Genre et problèmes de santé chroniques

GENRE	PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES PRÉMIGRATOIRES				PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES AVANT LE RETOUR				PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES APRÈS LE RETOUR			
	Non		Oui		Non		Oui		Non		Oui	
Femme	5	63%	3	37%	22	40%	33	60%	17	31%	38	69%
Homme	59	92%	5	8%	123	61%	79	39%	131	65%	72	35%
Total	64	89%	8	11%	145	56%	112	44%	148	57%	110	43%

2.5.2 Facteurs contribuant aux résultats de la réintégration basée sur le genre

Normes sociales et perceptions de la migration féminine

Dans tous les contextes, il a été constaté que les **normes sociales** et la stigmatisation associée à la migration jouaient un rôle important dans la détérioration de la santé des migrants de retour, hommes et femmes, qui ont déclaré se sentir réticents à accéder aux services de soins de santé. Par exemple, en Gambie, les conceptions traditionnelles de la dynamique liée au genre découragent les femmes de recevoir des services de soins de santé, y compris un soutien psychosocial

de la part de prestataires de soins de santé du sexe opposé.

Quant à la question de la stigmatisation, dans certaines sociétés, **la prise de risque est plus acceptable chez les hommes que chez les femmes** ; ainsi, les femmes migrantes de retour qui décident de migrer sont confrontées à plus de stigmatisation et de pression sociale que les hommes à leur retour. Les données qualitatives montrent que la stigmatisation à l'égard des femmes migrantes de retour était particulièrement importante dans les zones rurales - où la migration

des femmes est souvent associée au travail du sexe - et qu'elle a empêché l'accès aux services de soins de santé. Cependant, les données qualitatives indiquent qu'au Brésil, les hommes s'abstiennent également de demander des soins de santé lorsqu'ils sont liés à la santé sexuelle, en raison de la stigmatisation et de la peur du jugement, en particulier dans les cas de maladies contractées pendant le travail du sexe.

En termes de structures de pouvoir, les femmes migrantes de retour se trouvaient souvent dans **une position subalterne par rapport à leurs maris** et beaux-parents avant la migration, ou dépendaient d'eux financièrement, ce qui n'a pas changé pendant la migration, de sorte que les femmes se trouvaient généralement plus vulnérables aux effets négatifs d'une mauvaise santé et d'une mauvaise réintégration que les hommes à leur retour. Il a également été constaté que les femmes migrantes de retour avaient de moins bons résultats en matière de réintégration psychosociale et économique que les hommes migrants de retour à un niveau statistiquement significatif. Dans les ménages dirigés par une femme, les femmes migrantes de retour qui devaient s'occuper seules des enfants étaient souvent soutenues par leur famille, soit financièrement, soit en s'occupant des enfants pendant que les migrantes de retour travaillaient.

Accès aux soins de santé

Dans l'ensemble, les femmes migrantes de retour ont signalé plus de difficultés à accéder aux soins de santé que les hommes migrants de retour dans leur pays d'origine (avant la migration et après le retour), tandis que les hommes migrants de retour ont mentionné avoir rencontré plus d'obstacles dans les pays d'accueil (avant le retour). Dans les sociétés patriarcales, il est plus facile pour les hommes d'accéder aux services de santé publique que pour les femmes, qui peuvent avoir besoin de se faire accompagner par leur mari ou leur père, et si elles y vont seules, elles sont susceptibles de faire face à plus de difficultés que leurs homologues masculins. Dans les sociétés plus libérales, comme au Sénégal, le genre est moins un problème pour les migrants de retour en termes d'accès aux soins de santé.

Au Brésil, les répondants ont souligné les risques supplémentaires pour la santé auxquels sont confrontés les migrants de retour des communautés LGBTQI+, dont la migration s'est souvent révélée être liée au travail du sexe, entraînant un risque plus élevé de contracter des infections sexuellement transmissibles ou d'autres maladies sexuellement transmissibles.

Tableau 8. Genre et accès aux soins de santé

GENRE	OBSTACLES PRÉMIGRATOIRES À L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ		OBSTACLES AVANT LE RETOUR À L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ		OBSTACLES POST-RETOUR À L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ							
	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui				
Femme	6	50%	6	50%	14	64%	8	36%	27	54%	23	46%
Homme	22	67%	11	33%	61	56%	49	44%	94	61%	61	39%
Total	28	62%	17	38%	75	57%	57	43%	121	59%	84	41%

2.5.3 Mécanismes d'adaptation dans une perspective de genre

Plusieurs points communs ont été identifiés parmi les femmes migrantes de retour en ce qui concerne leurs stratégies d'adaptation aux besoins de santé, qui tournent largement autour du soutien familial.

- L'accès des femmes migrantes de retour aux soins était souvent lié à la situation économique de leur

partenaire, par exemple l'assurance maladie fournie par l'employeur du mari. Dans certains cas, lorsque le mari ne pouvait plus travailler pour cause de maladie, les femmes migrantes de retour occupaient des petits boulots pour aider à payer les soins du mari et des enfants. Lorsque les femmes migrantes de retour ne pouvaient pas payer les soins de santé

par elles-mêmes ou par l'intermédiaire de leur partenaire, leurs parents (plus communément le père, à quelques exceptions près) payaient leurs services de santé.

- Ce soutien variait selon les contextes nationaux. Par exemple, les femmes géorgiennes migrantes de retour ont reçu un soutien social plus fort de leur famille et de leur communauté en général, par rapport à celles du Sénégal.
- Les femmes migrantes de retour avec des enfants adultes dépendaient souvent d'eux pour leur soutien,

tandis que celles qui avaient des enfants plus jeunes étaient parfois soutenues par la belle-famille qui aidait à payer les soins médicaux.

- Il y a eu des cas dans les entretiens où des femmes migrantes de retour sans aucun soutien social ont eu recours à la mendicité ou à des services caritatifs.
- Les femmes migrantes de retour étaient plus susceptibles de déclarer avoir recherché des soins par le biais de la médecine traditionnelle pour des problèmes de santé mentale, tels que l'anxiété et la dépression.

3. INFLUENCES STRUCTURELLES ET POINTS D'INTERVENTION POUR LA RÉINTÉGRATION ET LA SANTÉ DURABLES

MESSAGES CLÉS :

1. Les systèmes de santé des pays et la couverture sanitaire universelle ont influencé les résultats de santé et de réintégration des migrants de retour. Tout au long de leur parcours migratoire, les migrants de retour ont souvent connu **une discontinuité des soins et une baisse de la qualité des soins après le retour.**
2. Les lacunes du système formel de soins de santé ont été comblées par **l'OIM, les ONG et les OSC en tant que principaux prestataires de soins de santé pour les migrants de retour.**
3. La prise de conscience reste faible parmi les principales parties prenantes que les résultats de santé et de réintégration des migrants de retour sont étroitement liés et, par conséquent, **de nombreux programmes et politiques de migration et de santé sont cloisonnés.** Les interventions durables nécessiteront des systèmes sensibles à la migration et la reconnaissance de l'interdépendance entre la santé et la réintégration.

3.1 VARIATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ ET (DIS) CONTINUITÉ DES SOINS

Les migrants vivent dans différents pays tout au long de leur parcours migratoire, chacun ayant son propre système de santé. Les migrants de retour ont souvent comparé les systèmes de santé entre les pays d'accueil et les pays d'origine, et leurs expériences d'accès ou d'essai d'y accéder.

L'existence d'une couverture sanitaire universelle dans les pays d'origine, de transit et d'accueil s'est avérée être un déterminant structurel de la santé des migrants de retour.

La couverture sanitaire universelle est une approche globale du système de santé qui comprend trois dimensions : la population couverte, les services couverts et la proportion des coûts couverts (Figure 23). Cela fournit un cadre utile pour l'analyse des expériences positives et négatives des migrants de retour lors de la transition d'un système de santé à un autre au cours de leurs étapes de migration. Un résumé du système

de santé et du profil migratoire de chaque pays cible se trouve à l'annexe 1.

“ La plupart de ces personnes reviennent de pays qui n'ont pas de système de santé universel comme le [Sistema Único de Saúde], à l'exception des personnes qui vivaient au Royaume-Uni, au Canada. Habituellement, les autres systèmes de santé sont très restreints, privés. Donc, ces gens arrivent ici avec des problèmes de santé qu'ils n'auraient pas ici, faute de traitement là-bas. Les personnes qui étaient en situation irrégulière dans ces pays et qui ne peuvent pas accéder au système de santé et qui rentrent au Brésil avec des problèmes de santé, ou même à cause de problèmes de santé, parce qu'elles savent qu'elles vont [obtenir] un traitement [ici]. Des conditions spécifiques telles que le VIH, le cancer... parfois, ils ne reçoivent pas de traitement approprié là-bas. Parfois, ils rencontrent également des problèmes avec les documents, si les documents ne sont plus valides ou pour toute autre raison.

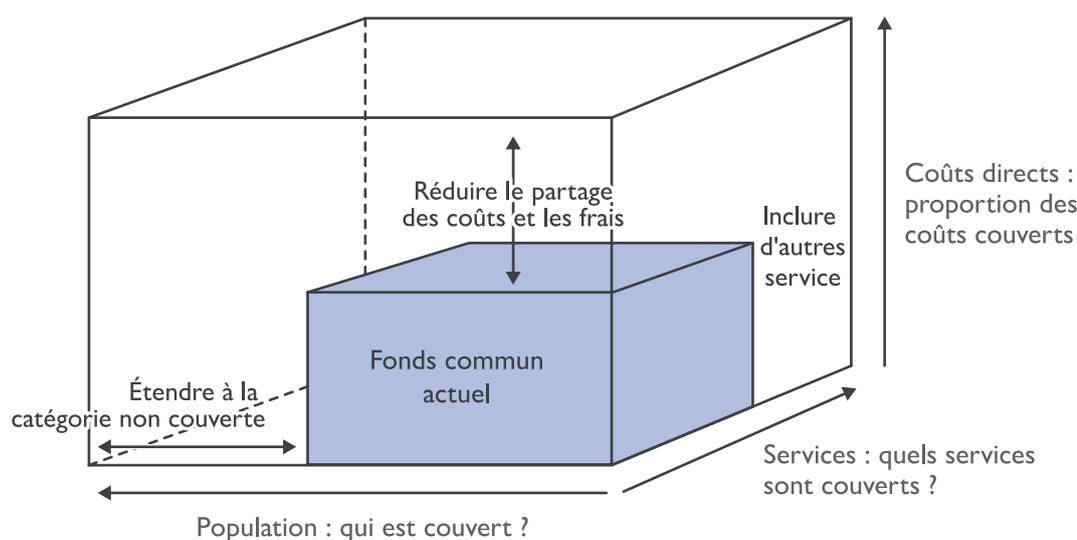
– Informateur clé, Brésil



Le personnel médical effectue un examen de santé sur un migrant éthiopien dans un hôpital de Bossaso avant son retour en Éthiopie avec l'aide de l'OIM. © OIM 2020 / Muse MOHAMMED

La couverture sanitaire universelle signifie que tous les individus et toutes les communautés reçoivent les services de santé dont ils ont besoin sans subir de difficultés financières. Elle comprend l'éventail complet des services de santé essentiels et de qualité, de la promotion de la santé à la prévention, au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs tout au long de la vie.

Figure 23. Trois dimensions de la couverture sanitaire universelle (Source : OMS)



Dans chaque pays étudié, la structure du système de santé a influencé l'accès des migrants de retour aux soins de santé et les résultats de santé, ce qui a eu des répercussions sur les résultats de réintégration des migrants de retour (voir Annexe 1) :

- Au Brésil, le SUS a facilité l'accès de nombreux migrants de retour aux services de santé publique et, malgré certaines lacunes, l'accessibilité et la qualité des soins reçus par les migrants de retour se sont généralement bien améliorées après le retour par rapport à avant le retour.
- En Éthiopie, le système de santé publique est limité en termes d'infrastructures et d'équipements pour effectuer des tests médicaux avancés, de sorte que les migrants de retour ont souvent été orientés vers des services du secteur privé qu'ils n'avaient pas les moyens de payer.
- En Géorgie, il existe un programme de couverture sanitaire universelle spécialement pour les migrants de retour, ainsi les migrants qui remplissaient les critères d'éligibilité ont pu accéder à des services de santé subventionnés à leur retour. Cependant,

certains migrants de retour ont toujours déclaré avoir du mal à payer les services de santé avec les fonds de pension limités.

- Au Pakistan, la carte Sehat a souvent été citée comme un développement positif de la couverture sanitaire universelle du pays, car elle a permis aux migrants de retour d'accéder à des soins de santé plus abordables après leur retour.
- Au Sénégal, la qualité des services de santé était également souvent décrite par les migrants de retour comme médiocre, les longs délais d'attente et le coût élevé des soins constituant les principaux obstacles à l'accès.
- En Gambie, la qualité des services de santé était souvent qualifiée par les migrants de retour de faible et inférieure aux normes, et la disponibilité de spécialistes et d'établissements de santé mentale dans le pays était également limitée.

“ Surtout dans les pays qui n'ont pas de soins de santé gratuits... les gens ont perdu leur emploi et n'ont pas pu accéder aux soins de santé. Dès lors, la santé est devenue un élément prioritaire

dans le choix du retour, du fait de l'existence du SUS. Les gens savaient que s'ils attrapaient le COVID[-19], s'ils avaient des problèmes, ils n'auraient pas de service de santé vers qui se tourner. Nous le constatons depuis les premiers vols de migrants de retour débarqués au Brésil.

– Informateur clé, Brésil

Dans les pays dépourvus de couverture sanitaire universelle, les migrants de retour ont souvent fait l'expérience de soins retardés ou de l'absence totale de soins, avec des conséquences à long terme sur la santé. **La variation des systèmes de santé dans le temps et donc les soins reçus par les migrants de retour ont créé des problèmes liés à la qualité et à la continuité des soins.** Par exemple, plusieurs migrants de retour ont mentionné qu'ils avaient commencé à prendre régulièrement des médicaments pour leurs maladies chroniques (telles que l'hépatite B) dans leur pays d'accueil, mais qu'ils n'avaient pas pu continuer à prendre leurs médicaments après leur retour pour différentes raisons (telles que le coût élevé des médicaments, l'indisponibilité des médicaments dans le pays d'origine). En raison de leurs expériences migratoires, les migrants de retour ont souvent changé leur perception des systèmes de santé de leur pays d'origine. Ils ont souvent fait des comparaisons entre les systèmes et services de santé de leur pays d'accueil et ceux de leur pays d'origine. Certains changements ont été positifs, comme une meilleure appréciation du système de couverture maladie universelle de leur pays d'origine comme au Brésil. Certains changements ont été négatifs, en particulier lorsque les migrants de retour ont reçu des soins de meilleure qualité dans leur pays d'accueil. Bien que certains changements aient été mitigés, en fonction de leur expérience particulière avant et après le retour. Les changements des expériences des systèmes de santé des migrants de retour peuvent être classés en deux groupes principaux :

3.1.1 Revenir d'un système de santé mature à un système de santé moins mature

Les migrants de retour ont connu une baisse de la qualité des soins de santé reçus lors du retour de leur pays d'accueil dans leur pays d'origine. Les raisons courantes comprenaient :

- Manque de spécialistes dans leurs zones locales ;

- Absence de couverture des services du système de santé publique (comme les soins dentaires) ;
- Temps d'attente plus longs pour les services de santé ;
- Retard de traitement dû aux coûts de santé élevés, à la mauvaise qualité des soins et à la pénurie ou à l'indisponibilité des médicaments.

Cette baisse s'est parfois transformée en incidents critiques. Un migrant de retour brésilien a eu une crise cardiaque alors qu'il attendait un suivi cardiologique après son retour. Un migrant de retour géorgien a mentionné que son médecin lui avait donné sciemment une injection de chimiothérapie périmée parce qu'il s'agissait du seul stock restant. Un autre migrant de retour géorgien a mentionné avoir reçu gratuitement des services de santé mentale en Suisse, mais n'a pu continuer le traitement après son retour en raison des coûts élevés.

Lors de plusieurs incidents, les migrants de retour ont décrit comment la mauvaise qualité des services de santé dont ils bénéficiaient dans leur pays d'origine avait eu des effets nocifs sur la santé :

- Une migrante de retour pakistanaise hésitait à se faire soigner après avoir perdu sa fille en raison d'une négligence médicale au Pakistan.
- Un migrant de retour géorgien a constaté que les soins prodigués par le médecin dans son pays d'accueil après son retour étaient de qualité inférieure, voire préjudiciables. Il l'a découvert en consultant virtuellement d'autres médecins étrangers.
- Une autre migrante de retour géorgienne a déclaré qu'elle envisageait de retourner en Allemagne afin d'y avoir accès à des médicaments gratuits, qui n'étaient pas disponibles en Géorgie.

“ La qualité des soins de santé en Italie, y compris l'accueil des médecins, est meilleure [là-bas] qu'au Sénégal où l'accueil et les soins sont toujours médiocres. D'un autre côté, en Libye aussi, nous n'osions pas aller à l'hôpital car vous courriez le risque d'être pris et jetés en prison. Donc, l'accès aux soins en Libye est limité pour nous [les migrants] et la qualité des soins en Libye par rapport à l'Italie est également inférieure à la norme.

– Migrant de retour interviewé, Sénégal

3.1.2 Revenir d'un système de santé moins mature à un système de santé plus mature

Bien que cela soit moins courant, **certains migrants de retour - principalement du Brésil - ont constaté que l'accessibilité et la qualité des soins reçus s'étaient améliorées à leur retour dans leur pays d'origine depuis leur pays d'accueil.** Les raisons courantes comprenaient des services de santé gratuits, des médicaments gratuits, des temps d'attente plus courts et la perception d'une meilleure qualité des soins en raison d'une moindre discrimination. Un migrant de retour brésilien a pu accéder à un traitement contre le VIH après son retour. Un autre migrant de retour brésilien a déclaré avoir ressenti de la xénophobie dans les établissements de santé du pays d'accueil, ce qui n'était plus un problème à son retour et, par conséquent, la qualité des soins reçus était meilleure. Une migrante de retour géorgienne a mentionné que son état thyroïdien avait été mal diagnostiqué pendant son séjour en Grèce et n'avait été correctement diagnostiqué que par un endocrinologue en Géorgie. Une autre migrante de retour géorgienne a indiqué qu'il n'y avait pas de couverture maladie universelle en Grèce pour les migrants et que les frais médicaux étaient élevés, alors qu'à son retour en Géorgie, elle a pu accéder à des services de santé subventionnés. Dans d'autres cas, principalement en Géorgie, les migrants de retour ont indiqué que la qualité des services de santé reçus à la fois dans leur pays d'accueil et dans leur pays d'origine était bonne, et qu'il n'y avait donc aucun problème de continuité des soins.

3.1.3 Facteurs du système de santé influant sur la santé et la réintégration des migrants de retour

Le coût des médicaments était un aspect important lié à l'accessibilité des soins dans le cadre de la couverture sanitaire universelle. Les migrants de retour ont déclaré qu'ils recevaient des médicaments gratuitement dans leur pays d'accueil (comme l'Allemagne), alors qu'ils sont inabordables ou parfois même inexistantes dans leur pays d'origine (comme la Géorgie).

Les informateurs clés de plusieurs pays ont souligné les différences régionales dans les services de santé

auxquels ont accès les migrants de retour. Au Brésil, il n'existe pas de politique officielle au niveau de l'État, ainsi les services de santé auxquels les migrants de retour ont accès sont gérés au niveau municipal, où les acteurs non étatiques collaborent avec les acteurs étatiques pour fournir des services et une formation pour répondre aux besoins de santé mentale des migrants de retour. Une province s'est démarquée en termes de sensibilisation à la migration au niveau des politiques publiques (la région du Rio Doce dans l'État de Minas Gerais au Brésil).

La littératie en santé des migrants de retour et leur connaissance du système de santé publique ont également joué un rôle de médiateur entre le système de santé et leur accès aux soins. Certains migrants de retour ne savaient pas que leur point d'entrée dans le système de santé publique devait être au niveau des soins primaires, plutôt que des spécialistes au niveau des soins secondaires, ce qui a entraîné des obstacles et des malentendus lors de l'accès aux soins de santé, comme au Brésil.

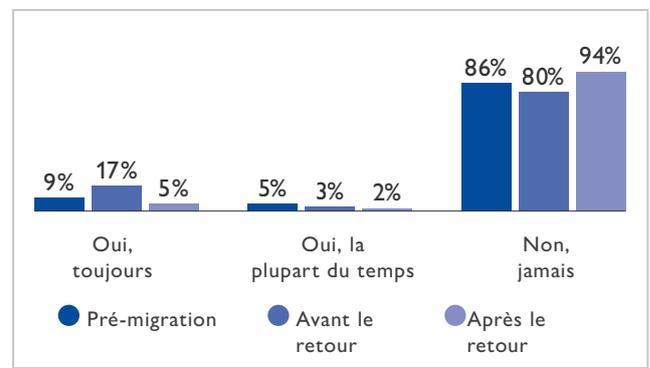
La probabilité d'une réintégration économique et sociale réussie est influencée à bien des égards par la disponibilité de la couverture sanitaire universelle et la qualité du système de santé dans les pays d'origine. Au Brésil, les migrants de retour ont un meilleur accès aux services de santé et aux médicaments gratuits grâce au SUS, de sorte qu'ils n'ont pas à payer de leur poche les frais médicaux. Les délais d'attente plus courts permettent également aux migrants de retour de répondre à leurs besoins de santé plus rapidement, ce qui est propice à leur productivité économique et à leur réintégration sociale. Alors qu'en Gambie, les médicaments ne sont pas fournis dans le système de santé publique et doivent être achetés séparément, ce qui devient une dépense importante pour les migrants de retour qui ont des problèmes de santé chroniques, limitant ainsi leur capacité à développer leur entreprise.

La couverture par l'assurance maladie a été un déterminant structurel important de la santé des migrants de retour, tant en termes de résultats de santé que de résultats de réintégration (accès aux services de santé et réintégration économique). Par exemple, les migrants de retour ont déclaré avoir bénéficié d'une assurance maladie lorsqu'ils étaient en France avant leur retour, alors que les coûts des services

de santé étaient élevés en Géorgie après leur retour. Les migrants de retour ont généralement déclaré ne pas avoir d'assurance maladie lorsqu'ils se trouvaient dans les pays d'accueil. Alors que pour certains migrants de retour qui avaient une assurance maladie fournie par leur employeur, la couverture était insuffisante et ils n'ont donc pas pu accéder au traitement nécessaire. Les résultats de notre sondage ont montré qu'une proportion plus élevée de migrants de retour forcés auto-identifiés n'étaient pas couverts par une assurance maladie par rapport à celle des migrants de retour volontaires ou partiellement volontaires. En particulier, dans tous les pays, 86 % des migrants de retour forcés auto-identifiés n'avaient pas d'assurance maladie avant la migration, ce

chiffre ayant légèrement diminué à 80 % pendant la phase de pré-retour, mais a augmenté de manière significative à 94 % après le retour (Figure 24). D'après nos données, l'assurance maladie illustre clairement l'interdépendance entre la réintégration et la santé, car une réintégration économique réussie - telle que l'obtention d'un emploi - impliquait que les migrants de retour étaient protégés par une assurance maladie de leur employeur et pouvaient se payer des soins de santé.

Figure 24. Couverture de l'assurance maladie à toutes les étapes de la migration parmi les migrants de retour forcés



ÉTUDE DE CAS 5 : MIGRANT DE RETOUR AU BRÉSIL

L. a émigré du Brésil au Portugal avec sa femme à la recherche de meilleures opportunités économiques. Cependant, il a été exploité par un employeur qui a profité de son statut de sans-papiers. Il a été forcé de travailler de longues heures sans jours de repos. Leur situation a été exacerbée par la pandémie de COVID-19, qui a retardé le traitement de ses papiers et limité sa capacité à trouver un autre emploi ou appartement. Ils ont pu rentrer au Brésil avec le soutien du programme de retour volontaire et de réintégration de l'OIM. L'OIM a payé leurs billets de retour et les a aidés à rouvrir le salon de coiffure qu'ils avaient exploité avant de migrer. De plus, l'OIM a aidé L. à accéder à des séances de conseil psychologique afin de surmonter les traumatismes qu'il a subis au cours de son parcours migratoire.

“ Je voudrais mettre un panneau sur le devant de ma boutique, indiquant que : “Ce salon de coiffure fonctionne maintenant grâce au soutien que nous avons reçu du soutien de l'OIM pour les migrants de retour». Je suis très fier de le dire. Qu'un projet de réinsertion a aidé à rouvrir cette boutique. Je suis revenu avec un esprit totalement différent.

ÉTUDE DE CAS 6 : MIGRANT DE RETOUR EN ÉTHIOPIE

N. est rentré du Yémen en Éthiopie avec le soutien de l'OIM. Il est tombé gravement malade en raison de complications liées à son diabète alors qu'il était en prison au Yémen et a été référé à l'OIM par la police yéménite. Depuis son retour en Éthiopie, il reçoit des soins médicaux sur recommandation de l'OIM à l'Université de Jimma. De plus, l'OIM l'a aidé à démarrer une petite entreprise commerciale.

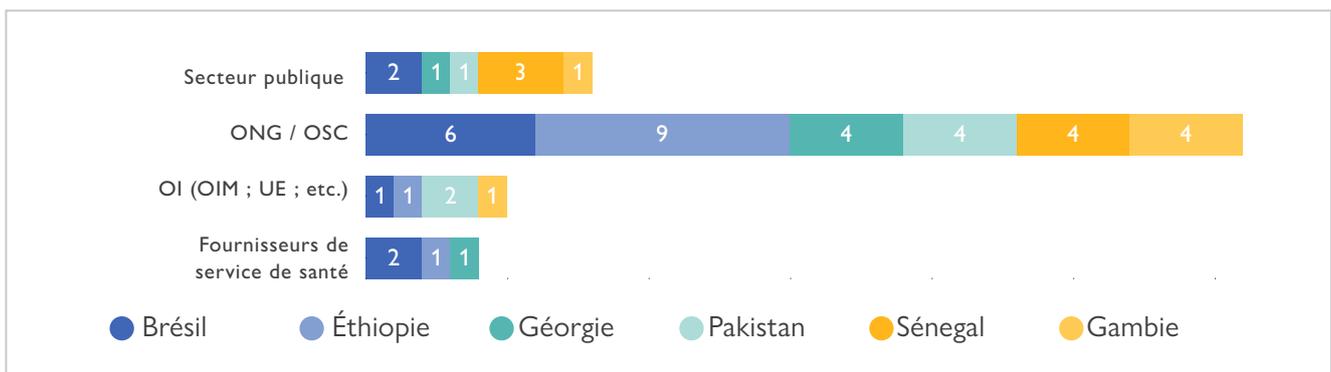
3.2 POLITIQUES EXISTANTES ET RÉPONSES PROGRAMMATIQUES AUX BESOINS DE SANTÉ DES MIGRANTS DE RETOUR

3.2.1 Cartographie des accompagnements par les différentes parties prenantes

Une cartographie des programmes et services de santé existants fournis aux migrants de retour a été réalisée dans chacun des six pays étudiés. La cartographie était principalement basée sur des entretiens semi-structurés

et des entretiens avec des informateurs clés, complétés par une recherche en ligne des services pertinents dans chaque pays cible. Les critères étaient limités aux programmes et services axés explicitement sur la santé. Au total, 47 programmes/services ont été identifiés dans les six pays cibles (Figure 25).

Figure 25. Cartographie des politiques/programmes liés à la santé par pays et secteur



Les principaux prestataires identifiés dans tous les contextes sont l'OIM, les ONG et les OSC, les prestataires de services de santé privés et le secteur de la santé publique. Là où il y avait des lacunes dans le système de santé formel, l'OIM, les ONG et les OSC étaient les principaux fournisseurs d'assistance médicale pour les migrants de retour.

Une gamme variée de services liés à la santé a été identifiée, notamment des services de conseil psychologique (face à face, en ligne), une aide financière pour les besoins de santé (par exemple, médicaments, chirurgie), une assistance médicale en nature (par exemple, médicaments, fournitures médicales), une éducation et information sanitaires, la formation et le renforcement des capacités des agents de santé, des services d'orientation, des rappels pour les

consultations médicales et d'autres types de soutien indirect (tels que l'aide à la réintégration, la fourniture d'abris, la sécurité alimentaire).

3.2.2 Bonnes pratiques identifiées

Sur la base de la cartographie des programmes et des services et des entretiens avec les migrants de retour et les informateurs clés, de bonnes pratiques ont été identifiées, comme résumées ci-dessous, pour combler les lacunes dans les cinq dimensions de l'accès aux soins de santé :

- **Coût abordable** : Les acteurs non étatiques, y compris l'OIM, les ONG et les OSC, ont joué un rôle important pour combler le vide dans les soins de

santé publics en fournissant un soutien financier aux migrants de retour pour accéder aux soins de santé. Dans certains pays, l'OIM a fourni le remboursement des frais médicaux (jusqu'à 1 500 euros pour les migrants de retour géorgiens, par exemple), pour combler le vide de transition pendant que les migrants de retour attendent d'être réintégrés dans le système de santé publique local. Les services médicaux couverts comprenaient les consultations, les médicaments et les tests de diagnostic. Un exemple plus récent de soutien d'une ONG est celui d'un migrant de retour pakistanais qui a reçu un soutien financier d'une ONG pour payer son traitement au COVID-19. Certains pays d'accueil fournissent un soutien financier aux besoins de santé après le retour des migrants pendant une durée limitée afin d'assurer la continuité des soins, comme la France et la Suisse.

- **Accessibilité** : Les bureaux de pays de l'OIM ont facilité l'accès des migrants de retour aux soins de santé en répondant aux questions des migrants de retour concernant les besoins de santé et l'accès avant le retour et en leur fournissant des informations pertinentes pour faciliter leur retour. Dans certains pays, comme le Pakistan, le gouvernement a signé des protocoles d'accord avec des ONG et/ou des OSC pour soutenir les migrants de retour, notamment en ce qui concerne les besoins médicaux, et les ONG/OSC ont mis en place des structures de soutien et des voies d'orientation bien établies pour évaluer les besoins de santé des migrants de retour et fournir une assistance en conséquence. Des services de conseil psychologique ont été proposés en face à face ou en ligne par des prestataires de soins de santé.
- **Disponibilité et hébergement** : Les services de conseil de l'OIM ont été largement utilisés par les migrants de retour. Les bureaux de pays de l'OIM ont également aidé les migrants de retour à acquérir les médicaments nécessaires en coordonnant l'importation de médicaments du pays hôte (Allemagne) car ils n'étaient pas disponibles en Géorgie..
- **Acceptabilité** : Les migrants de retour ont apprécié l'aide de l'OIM car ils ont indiqué qu'ils se sentaient dignes de recevoir de l'aide. Certaines ONG fournissent une assistance aux migrants de retour, que leur retour ait été volontaire ou forcé.

- **Pertinence** : L'OIM a envoyé des médecins pour accompagner les migrants de retour souffrant de problèmes de santé pendant le vol de retour vers la Géorgie. L'OIM a également financé le transport aérien d'équipements médicaux tels que des fauteuils roulants pour les migrants de retour handicapés. Certains prestataires de santé non étatiques fournissent des soins spécialisés spécifiquement aux femmes migrantes de retour, y compris l'obstétrique et la gynécologie.

L'aide financière fournie par l'OIM ou d'autres acteurs non étatiques, même si elle est de petite taille, a parfois un impact important sur les résultats de santé des migrants de retour, car des soins en temps opportun peuvent être accessibles. Cependant, dans certains cas, les migrants de retour n'ont pas été en mesure de faire la différence entre les différentes organisations qui les ont soutenus en matière de santé, par exemple en confondant l'OIM avec les agences nationales de migration. Bien que notre étude ait identifié un certain nombre de bonnes pratiques concernant le soutien apporté aux migrants de retour en matière de santé et de réintégration, certaines lacunes subsistent, comme indiqué dans la section suivante. En ce qui concerne l'assistance fournie par l'OIM, les migrants de retour ont signalé des variations et un soutien non continu, comme les médicaments étant couverts dans certains cas mais pas dans d'autres. Les frais de transport pour les rendez-vous médicaux n'étaient pas non plus couverts par l'OIM. Certains migrants de retour ont signalé des retards dans le remboursement de l'assistance liée à la santé. Ceci est particulièrement un problème pour les migrants de retour aux ressources financières limitées, car ils doivent d'abord payer de leur poche les services de santé avant de demander un remboursement à l'OIM, et dans certains cas, cela constitue un obstacle financier à l'accès aux soins de santé. Malgré l'existence du soutien de l'OIM et d'autres aides à la réintégration, de nombreux migrants de retour ont encore du mal à payer les soins médicaux et certains ont dû utiliser les subventions aux entreprises de l'OIM en dernier recours.

ÉTUDE DE CAS 7 : MIGRANT DE RETOUR EN GÉORGIE

N. était une migrante irrégulière en Grèce lorsqu'elle a remarqué que sa santé se détériorait (chute de cheveux, troubles du sommeil, peau sèche). Elle a cherché des soins de santé en Grèce, mais les médecins sur place l'ont diagnostiquée à tort atteinte d'une névrose. À la suite d'une consultation virtuelle avec un endocrinologue en Géorgie, elle a été correctement diagnostiquée avec un problème de thyroïde et est ensuite retournée en Géorgie pour subir une intervention chirurgicale. N. avait précédemment prévu de revenir en Géorgie avec le soutien du programme de retour et de réintégration de l'OIM. Cependant, elle devait utiliser une partie des fonds qui lui étaient alloués dans le cadre des subventions aux entreprises de l'OIM afin de payer la procédure. N. est actuellement au chômage et dépend financièrement de ses deux fils. Son plan d'affaires de travailler en cosmétologie ne s'est pas concrétisé car on lui a déconseillé de travailler avec les machines d'épilation au laser en raison de préoccupations concernant l'exposition aux radiations après son opération.

ÉTUDE DE CAS 8 : MIGRANT DE RETOUR AU SÉNÉGAL

M. a émigré du Sénégal vers l'Allemagne et a développé des problèmes psychologiques alors qu'il vivait dans un camp de demandeurs d'asile. Les autorités du camp l'ont emmené dans un centre médical pour des séances périodiques de psychothérapie et on lui a prescrit des médicaments. Cependant, il n'avait pas les moyens de continuer à prendre les médicaments après son retour au Sénégal. Alors que l'OIM lui a accordé 30 000 francs CFA (environ 45 dollars américains) pour acheter ses ordonnances, le coût total des médicaments s'est élevé à 18 000 francs CFA (environ 27 dollars américains) par mois. Le coût était trop élevé et il n'a pas pris le médicament depuis plus d'un an. Il a continué à assister à des séances de psychothérapie dans un hôpital local, mais a noté que la qualité des soins y est médiocre.

“ *Quand je suis revenu au Sénégal, les médicaments étaient chers car je devais dépenser 18 000 F CFA par mois ; c'était difficile et mes revenus ne le permettaient pas. Je n'ai reçu qu'une seule aide de l'OIM d'environ 30 000 F CFA. J'ai même dû vendre mon téléphone pour acheter ces médicaments. Je n'ai pas pris mes médicaments depuis plus d'un an maintenant.* ”

En Géorgie, un projet pilote de retour médicalisé et de réintégration pour l'aide au retour médicalisé volontaire de la France vers la Géorgie, financé par l'Office français de l'immigration et de l'intégration

a montré les principales leçons apprises suivantes, qui peuvent être appliquées à tous les niveaux de la réintégration et de l'assistance médicale :

- Établir et renforcer des partenariats avec des fournisseurs de services médicaux pour faciliter les références
- Planifier des rendez-vous dans des cliniques multi-profil et avoir des accords en place avec des cliniques prestataires pour des procédures accélérées
- Élargir le bassin d'escortes disponibles pour répondre aux besoins des bénéficiaires
- Coordonner l'importation et l'approvisionnement en médicaments par l'intermédiaire des réseaux de pharmacies afin d'atténuer les effets d'éventuels déficits médicaux
- Projets de contrats pour le personnel paramédical pour les soins à domicile
- Coopérer et assurer la liaison avec les cliniques concernées pour assurer l'inclusion immédiate d'un traitement de substitution
- Assurer la liaison avec les membres de la famille pour établir et identifier les besoins immédiats à l'arrivée.

CONCLUSION : LACUNES ET OPPORTUNITÉS D'INTERVENTION

Sur la base de l'analyse de cette étude des besoins de santé des migrants de retour et de la manière dont les résultats individuels en matière de santé et de réintégration sont influencés par des facteurs sociaux et structurels, trois principales lacunes et opportunités d'intervention sont mises en évidence :

Évaluation des besoins de santé et continuité du suivi

Plusieurs informateurs clés ont souligné la nécessité de mettre davantage l'accent sur les besoins sanitaires des migrants de retour lorsqu'ils s'engagent dans des procédures de retour et de réintégration. Une lacune évidente identifiée dans la revue de la littérature, étayée par des entretiens et des données de sondage, est le **manque actuel d'outils ou de procédures de dépistage après le retour pour évaluer la santé des migrants de retour** (y compris la santé mentale et la santé physique). Tout au long de l'étude, il a été peu fait mention dans les entretiens des évaluations de santé menées avant le retour du migrant de retour, auxquelles certains informateurs clés se réfèrent comme une méthode formelle pour identifier les besoins de santé des migrants de retour et faciliter la continuité des soins. Bien que les migrants aidés au retour subissent généralement une évaluation de base de leur aptitude à voyager pour un transport sûr offert par l'OIM, la nature d'une telle évaluation est différente et moins complète qu'une évaluation formelle des besoins de santé dans le but d'identifier les besoins de santé non satisfaits afin d'assurer la continuité des soins.

Les migrants de retour qui ont reçu l'aide de l'OIM ont généralement exprimé leur appréciation pour le soutien sanitaire et économique à la réintégration fourni. Cependant, dans plusieurs cas, les migrants de retour ont signalé qu'il y avait un manque de processus de suivi - ou un processus très limité. Cela correspondait

aux conclusions relatives à la réintégration économique des migrants de retour. Les informateurs clés ont noté que bien que l'OIM fournisse un soutien financier aux migrants de retour, ils auraient pu en bénéficier davantage s'il existait un système de suivi plus étroit en place pour assurer une réintégration durable car, dans de nombreux cas, les migrants de retour n'ont pas pu parvenir à une réintégration économique en raison de problèmes liés à la gestion de leur entreprise, avec des répercussions sur l'accessibilité aux soins de santé. Par conséquent, **plusieurs informateurs clés ont recommandé de renforcer le suivi et le contrôle de l'aide à la santé et à la réintégration de l'OIM.** Conformément aux pratiques émergentes découlant de la pandémie de COVID-19 sur l'utilisation des services de télésanté par les parties prenantes, y compris l'OIM,⁵⁰ le développement de nouvelles technologies pourrait présenter une opportunité pour renforcer les processus de suivi de l'assistance sanitaire, en particulier pour les migrants de retour géographiquement éloignés des structures de santé. Les développements récents dans les initiatives de santé numérique, telles que le dossier de santé personnel électronique de l'OIM,⁵¹ pourraient faciliter le transfert des dossiers médicaux à travers les étapes de la migration et soutenir les soins sur le lieu de retour.

Soutien holistique pour la santé et la réintégration des migrants de retour

Comme l'indiquent les résultats de la recherche sur les liens étroits entre la santé et la réintégration, il est important de considérer à la fois les besoins de santé et de réintégration de manière holistique lors de la réflexion sur les interventions pour les migrants de retour. **Un certain nombre d'informateurs clés ont indiqué qu'il y avait un manque de coordination entre les parties prenantes travaillant pour la réintégration et les besoins de santé des migrants de retour.**

50 OIM, Migration Health Annual Report 2021 (2022).

51 Voir OIM, site Web du dossier de santé personnel électronique [ici](#).

Par exemple, en Éthiopie, des acteurs distincts se concentrent sur le soutien psychosocial, la santé et les activités de réintégration économique, sans beaucoup de coordination ou de collaboration, ce qui rend le processus de réintégration des migrants de retour décousu. Le manque de coordination entre les acteurs clés qui gèrent le retour et soutiennent la réintégration des migrants de retour et les prestataires de soins de santé peut entraîner une duplication des services et une mauvaise prestation de services. Pour cette raison, garantir des mécanismes d'orientation et des canaux de communication efficaces entre les parties prenantes du secteur de la migration et de la santé est essentiel pour répondre aux besoins de santé des migrants de retour et faciliter leur réintégration durable.

Plusieurs répondants ont souligné un manque de compréhension parmi les autorités concernant le lien entre la santé des migrants de retour et les besoins de réintégration. Les informateurs clés ont souligné l'importance de fournir un soutien holistique, au lieu de se concentrer uniquement sur la santé ou l'intégration économique. Comme l'ont indiqué les entretiens avec les représentants du gouvernement, les parties prenantes et les autorités concernées ont tendance à travailler en silos, se concentrant soit sur l'aspect sanitaire soit sur l'aspect économique de la réintégration, qui sont sous le mandat de différents acteurs. Dans tous les contextes, les informateurs clés ont souligné la nécessité de générer une prise de conscience de l'intersection de la santé et de la réintégration et d'encourager une collaboration inter-agences plus forte.

Les résultats de l'étude appellent fortement à la nécessité de reconnaître les interdépendances étroites entre la santé et la réintégration afin de bien comprendre les besoins des migrants de retour en matière de santé et de réintégration et de concevoir des points d'intervention. **Une approche holistique prenant en compte les différentes dimensions de la santé et de la réintégration et leurs liens est nécessaire pour garantir la réintégration durable des migrants de retour.** Dans l'ensemble, il est nécessaire d'élargir la reconnaissance des programmes de retour et de réintégration tenant compte de la santé. Les besoins de santé des migrants de retour ne doivent pas être pris en compte ni traités isolément, mais dans le cadre et liés à un fonctionnement et une réintégration sociale, économique et psychosociale plus large, qui

sont façonnés par des facteurs culturels et structurels. Cela nécessite une réponse de l'ensemble de la société. Une telle programmation doit être considérée dans le contexte des politiques et des cadres mondiaux liés à la fois à la migration et à la santé, y compris le cadre de gestion de la santé, des frontières et de la mobilité de l'OIM et sa *Politique sur le Spectre Complet du Retour, de la Réadmission et de la Réintégration* pour faire le pont entre les deux et assurer la synergie lors de la conception et de la mise en œuvre des interventions.

Besoin de systèmes de santé adaptés aux migrants

Alors que le soutien en nature ou l'assistance financière fournis par l'OIM ou des acteurs non étatiques étaient souvent cruciaux pour les besoins de santé aigus des migrants de retour, une telle approche s'est avérée non viable à long terme, en particulier lorsqu'il s'agissait de subventionner l'accès des migrants de retour aux services de santé publique. En outre, la disponibilité de l'assistance sanitaire fournie par l'OIM ou d'autres acteurs non étatiques dépendait souvent du financement des donateurs, avec des implications sur la continuité du service. De plus, du point de vue de la responsabilité, il est plus difficile de contrôler la qualité des soins fournis par les acteurs non étatiques.

Les informateurs clés ont souligné **la nécessité de renforcer les systèmes afin de prendre en charge la santé et la réintégration des migrants de retour.** Étant donné que les dépenses médicales sont souvent associées à des coûts élevés, les informateurs clés ont généralement convenu qu'il est plus durable d'intégrer les migrants de retour dans le système de santé publique. Là où l'OIM et les acteurs non étatiques faciliteraient cette intégration, c'est en fournissant une assistance complémentaire, telle qu'une subvention au transport pour les migrants de retour qui sont au chômage afin de pouvoir accéder aux soins de santé publics. Ceci est particulièrement pertinent pour les migrants de retour souffrant de problèmes de santé de longue durée, car ils nécessiteraient un suivi régulier et la continuité des soins, par rapport aux migrants de retour ayant des besoins de santé aigus ou ponctuels. Compte tenu des différences de systèmes de santé et de couverture sanitaire universelle dans chaque pays, une approche contextuelle de l'OIM est plus appropriée pour répondre aux besoins de santé

des migrants de retour en tenant compte du contexte local, plutôt qu'une approche unique. Par exemple, au Soudan, l'OIM et l'Union européenne ont lancé une initiative pilote pour les migrants de retour incapables d'accéder aux soins de santé dans le cadre du régime d'assurance national du pays.

Lorsque des « systèmes de santé sensibles aux migrants » sont reconnus, ils sont souvent axés sur l'inclusion des migrants dans les pays de destination, comme dans l'indice des politiques d'intégration des migrants,⁵² plutôt que sur la prise en compte des besoins des migrants tout au long du parcours migratoire, y compris les migrants de retour après leur retour dans les pays d'origine.

52 Solano G. et T. Huddleston, Migrant Integration Policy Index 2020 (2020), disponible sur www.mipex.eu.

RECOMMANDATIONS

Sur la base des conclusions de l'étude ainsi que des lacunes et des opportunités identifiées, les recommandations suivantes sont proposées pour améliorer l'accès des migrants de retour aux soins de santé et améliorer leurs résultats en matière de santé et de réintégration. Alors que certaines des actions recommandées sont en cours dans certains pays, il est nécessaire de les adopter plus largement et plus systématiquement.

Parties prenantes

- OIM** OIM
- OIT** OIT
- OMS** OMS
- CIV** Société civile
- ÉTA** Acteurs étatiques
- DON** Donateurs

Construire un continuum de soins à différentes étapes du cycle migratoire



OIM **ÉTA** Mener une évaluation des besoins de santé avant et après le retour pour identifier les besoins existants ou sanitaires des migrants de retour

OIM **OMS** Développer un module de formation pour les agents de santé afin de créer des systèmes de santé sensibles à la migration et reconnaissant les besoins de santé tout au long du parcours migratoire, y compris après le retour des migrants

OIM **OMS** **OIT** Explorer la faisabilité et mener des projets pilotes sur des moyens innovants d'assurance maladie pour les migrants tout au long du parcours migratoire, tels que les assurances maladie transfrontalières et collectives

OIM **OMS** **ÉTA** **CIV** Faciliter la réalisation du droit à la santé des migrants (y compris l'accès aux services de santé publique) lors de toutes les étapes de la migration

Renforcer le partage et la sauvegarde transnationaux des informations

OIM **OMS** **ÉTA** Faciliter le transfert sûr et confidentiel des dossiers médicaux et/ou des informations de la phase pré-retour jusqu'à la phase post-retour, en tenant compte des différences de langues et de noms pour les produits pharmaceutiques et les procédures

OIM Développer le projet pilote de l'OIM sur le système de dossier de santé personnel électronique (e-PHR) pour garantir que les dossiers de santé des migrants de retour soient disponibles dans les pays de transit et de destination, ainsi que dans les pays d'origine à leur retour

OIM Élaborer un dépliant ou un dossier d'information contenant des informations sur la manière dont les migrants de retour peuvent accéder aux services de santé publique et à d'autres services de santé après leur retour

OIM Élaborer un plan de soins individuel pour les migrants ayant des besoins liés à la santé avant le retour qui soit lié à leurs besoins de réintégration



Renforcer le dépistage et l'aiguillage lors du retour

OIM **ÉTA** Mener un dépistage de la santé mentale des migrants de retour au début de l'étude et à intervalles réguliers pour évaluer les changements au niveau de l'état de santé mentale

OIM Développer un programme de bien-être psychosocial à plus long terme pour les migrants de retour qui souffrent de troubles de santé mentale en raison de leur incapacité à répondre à leurs propres attentes ou à celles de leur famille

OIM Faciliter les services de télésanté (tels que la téléconsultation avec un spécialiste) pour les migrants de retour qui peuvent rencontrer des obstacles dans l'accès aux soins

OIM Fournir une assistance financière de santé limitée dans le temps après le retour pour combler les lacunes transitoires dans les soins et mettre en place un plan de sortie lorsque le financement prend fin

OIM Subventionner le transport des migrants de retour nécessitant de soins qui ont des difficultés financières



Aligner la réintégration et la programmation de santé

OIM Renforcer le soutien de suivi aux migrants de retour qui ont des besoins de santé à long terme, par exemple en référant ou en orientant ceux qui ne peuvent pas accéder aux soins de santé ou aux médicaments vers les prestataires de services de santé

OIM Renforcer le soutien de suivi aux migrants de retour qui ont reçu une aide à la réintégration économique de l'OIM, en particulier les migrants de retour qui ont du mal à maintenir leur entreprise après le COVID-19

OIM Renforcer la formation sur les compétences financières et de gestion pour les migrants de retour qui ont reçu une aide à la réintégration économique de l'OIM, en particulier ceux qui ne peuvent pas accéder aux soins de santé en raison de leur coût trop élevé

OIM Identifier les opportunités économiques pour les migrants de retour avec des blessures ou des handicaps liés au travail qui pourraient limiter leur capacité à rechercher facilement un emploi

OIM **OMS** Concevoir un ensemble d'indicateurs de santé à inclure dans les sondages de suivi de routine de l'OIM lors de toutes les étapes de la migration

OIM Créer des réseaux de soutien par les pairs pour les migrants de retour ayant des problèmes de santé, pour favoriser l'encouragement mutuel et le partage d'informations

OIM Sensibiliser aux besoins des migrants de retour et réduire la stigmatisation parmi les responsables gouvernementaux et les communautés locales vers lesquelles les migrants de retour reviennent

OIM Renforcer la reconnaissance des programmes de retour et de réintégration, en tenant compte de la santé parmi les principales parties prenantes travaillant pour le retour des migrants

OIM Sensibiliser les principales parties prenantes à une approche plus holistique de la santé et de la réintégration



Renforcer la gouvernance et les synergies dans les politiques migratoires et sanitaires

OIM **ÉTA** Recueillir et partager des données anonymisées et ventilées par sexe et par âge sur les besoins et les résultats en matière de santé des migrants de retour afin de surveiller les tendances en matière de migration et de santé

OIM **OMS** **ÉTA** Intégrer la sensibilisation aux migrants dans les politiques des systèmes de santé aux niveaux national, régional et international

OIM **ÉTA** Renforcer la collaboration inter-agences et les mécanismes d'orientation en établissant des directives standard nationales

ÉTA **CIV** Établir des accords de collaboration formels entre les acteurs nationaux et la société civile pour répondre aux besoins de santé et de réintégration des migrants de retour

DON Combiner la réintégration avec le financement du développement qui soutient le système de santé publique - les acteurs de la réintégration et du développement peuvent collaborer avec un point d'entrée dans le secteur de la santé

Financer des initiatives spécifiques au genre sur la réintégration et la santé



OIM **OMS** Développer un module de formation pour les agents de santé, en particulier sur les besoins de santé spécifiques au genre tout au long du parcours migratoire

OIM **ÉTA** Veiller à ce que l'évaluation des besoins sanitaires (y compris le dépistage de la santé mentale) soit effectuée par du personnel qualifié du même sexe que le migrant de retour



Orientations futures de la recherche

À la lumière des limites de l'actuelle étude, les directions suivantes sont suggérées pour les recherches futures :

L'une des principales conclusions de l'étude a été la nature cumulative de la façon dont la santé et la réintégration s'influencent mutuellement au fil du temps. Ainsi, une étude de suivi, ou **une étude longitudinale**, offrirait des informations importantes sur la manière dont les résultats de la santé et de la réintégration des migrants de retour continuent d'interagir pour produire des détériorations ou des améliorations au fil du temps.

Compte tenu de la nature autodéclarée de cette présente étude, il serait intéressant pour les études futures d'évaluer l'état de santé et les résultats des migrants de retour à l'aide de **mesures objectives** pour confirmer les résultats de cette étude. Cela pourrait inclure à la fois des mesures de santé physique (telles que l'indice de masse corporelle et la tension artérielle) et des mesures de santé mentale (telles que le test de dépistage du questionnaire sur la santé du patient).

Alors que cette étude n'avait qu'un petit échantillon de femmes migrantes de retour, les premiers résultats indiquent que la santé et la réintégration des migrantes de retour étaient une expérience de genre avec des besoins et des effets différents. Une enquête de suivi sur **les interventions de transformation du genre ou sensibles au genre sur la santé et la réintégration** soutiendrait les interventions qui traitent des inégalités entre les sexes dans la réintégration.

ANNEXE 1. APERÇU DES SYSTÈMES DE SANTÉ DANS LES PAYS CIBLES DE L'ÉTUDE

BRÉSIL

Au Brésil, il existe une couverture maladie universelle via le *Sistema Único de Saúde*, le système de santé unifié du Brésil, qui accorde l'accès aux soins de santé à toutes les personnes résidant régulièrement dans le pays, y compris les migrants. Cela a été identifié comme le système de soins de santé le plus robuste parmi ces objets de l'étude. En effet, dans le cadre de ce système, le Brésil dispose d'un système de soins de santé primaires bien organisé. Même si le SUS n'a cessé de s'améliorer depuis sa création en 1988, la mobilisation d'un financement suffisant a été un défi constant et a constamment sapé les efforts visant à réaliser la CSU.⁵³ De plus, la santé familiale – pierre angulaire de ce système – ne couvre qu'environ 65 % de la population, illustrant de fortes disparités et inégalités dans l'accès aux soins à travers le pays.⁵⁴

L'apparition de la pandémie de COVID-19 au Brésil a perturbé le système de soins de santé et créé des défis pour la fourniture de services de routine de base.⁵⁵ La réponse à la pandémie a été entravée par des pénuries de personnel de santé et des ressources limitées, notamment des équipements limités et des difficultés à obtenir des médicaments.⁵⁶

La littérature existante suggère que le statut de migrant n'est pas le facteur le plus important pour prédire les résultats de santé au Brésil, ce qui est confirmé par les résultats de l'étude. Les migrants dans le pays ont tendance à rencontrer les mêmes obstacles que

les nationaux, en particulier après les perturbations causées par la pandémie de COVID-19.

ÉTHIOPIE

Les conflits prolongés dans le pays ont perturbé le système de santé préexistant. Les réponses du gouvernement à la pandémie de COVID-19 sont également devenues moins prioritaires par rapport à l'escalade de la guerre au Tigré.⁵⁷ Cependant, le gouvernement a entrepris plusieurs initiatives telles que le programme de vulgarisation de la santé communautaire et le plan stratégique d'assurance maladie pour renforcer le système de santé et atteindre la CSU d'ici 2030.⁵⁸ L'une des initiatives de l'État consiste à étendre les régimes d'assurance maladie sociale et d'assurance maladie à base communautaire qui fournissent aux membres des services de santé publics gratuits.⁵⁹ Néanmoins, d'importantes dépenses personnelles en Éthiopie suggèrent que de nombreuses personnes ne sont toujours pas assurées.⁶⁰ Il est à noter que l'OIM en Éthiopie pilotera le programme d'assurance maladie communautaire dirigé par le gouvernement parmi les migrants de retour sélectionnés, ce qui pourrait ouvrir la voie à l'accès d'un plus grand nombre de migrants de retour migrants éthiopiens.

La fourniture de services de soins de santé aux réfugiés dans le pays est soutenue par le HCR et d'autres acteurs humanitaires. Les migrants éthiopiens sont très vulnérables aux risques sanitaires pendant leur parcours

53 Spektor M., *Brasil: Polarizing Presidential Leadership and the Pandemic*, Carnegie Endowment for International Peace (2020).

54 Organisation de Coopération et de Développement Économiques, *Primary Health Care in Brazil*, OECD Reviews of the Health Systems (2021).

55 Bahamondes L. et al., *Assessment of the availability of sexual and reproductive healthcare for Venezuelan migrant women during the SARS-CoV-2 pandemic at the north-western border of Brazil-Venezuela*, *Journal of Migration and Health* 5(1) : 1-5 (2022).

56 Bahamondes, *Assessment of the availability of sexual and reproductive healthcare*.

57 Tesfay F. et H. Gesesew, *How conflict has made COVID-19 a neglected epidemic in Ethiopia*, *Ethiopia Insight* (22 septembre 2021).

58 OIT, *Mapping of the National Social Protection System in Ethiopia, including Social Health Protection – Final Report* (2021) ; HCR, *Ethiopia Refugee Program Strategic Plan Public Health Sector* (2014 – 2018).

59 Lavers T., *Towards Universal Health Coverage in Ethiopia's 'developmental state'? The political drivers of health insurance*, *Social Science & Medicine* 228(1) : 60-67 (2019).

60 Borde M. T. et al., *The burden of household out-of-pocket healthcare expenditures in Ethiopia: a Systematic review and meta-analysis*, *International Journal for Equity in Health* 21(14) : 1-20 (2022) ; Mirutse M. et al., *The burden of household out-of-pocket health expenditures in Ethiopia: estimates from a nationally representative survey (2015–16)*, *Health Policy and Planning* 35(8) : 1003-1010 (2020).

migratoire, ainsi que lorsqu'ils se trouvent dans leur pays d'accueil. Le système *kafala* en vertu duquel les travailleurs migrants sont réglementés dans les pays du Conseil de coopération du Golfe, en Jordanie et au Liban les a également exclus de la législation nationale du travail, ce qui a accru leur risque d'exploitation par les employeurs.⁶¹ Des cas d'exploitation, de traite, d'abus et de violence sexiste ont été signalés, en particulier pour les migrants dans les pays du Golfe.⁶² Cette situation a été exacerbée pendant la pandémie de COVID-19, car des milliers de migrants ont été brusquement licenciés de leur emploi et laissés bloqués dans les pays d'accueil avec un accès limité aux soins de santé.⁶³

GÉORGIE

Les nationaux et les étrangers en Géorgie ont le même droit aux soins de santé.⁶⁴ L'introduction d'un programme de soins de santé universels en 2013 a marqué une étape importante dans le système de santé géorgien. L'UHCP vise à améliorer l'accès aux soins de santé publics pour tous les résidents légaux en Géorgie, y compris tous les étrangers et les personnes déplacées qui sont officiellement enregistrés en Géorgie.⁶⁵ Cependant, il est important de noter que les soins de santé publics ne sont pas entièrement gratuits dans le cadre de ce programme⁶⁶, et il ne couvre que certains services de santé subventionnés par le gouvernement.⁶⁷ En outre, l'accent mis sur le statut juridique peut aggraver la marginalisation des migrants irréguliers ou

sans papiers qui sont souvent les plus vulnérables de la société. De même, cette pratique discriminatoire a été observée au début de la pandémie de COVID-19, certains étrangers se voyant refuser l'accès au vaccin. Cette politique a été révoquée plus tard en août 2021.⁶⁸

Bien que l'UHCP ait étendu la couverture des soins de santé publics à la majeure partie de la population, des lacunes en termes de faible investissement public et de qualité des soins de santé primaires restent à combler. Il existe encore une forte dépendance au paiement direct pour les services de santé, bien qu'une certaine réduction à la suite de la mise en œuvre de l'UHCP, laisse les ménages à faible revenu vulnérables à des dépenses de santé catastrophiques.⁶⁹ Les coûts élevés des soins de santé peuvent également entraver la réintégration des migrants de retour. En effet, les dépenses de santé étaient le quatrième élément le plus important dans la façon dont les envois de fonds étaient dépensés parmi les ménages recevant des envois de fonds en Géorgie.⁷⁰

PAKISTAN

Le système de santé au Pakistan, qui se caractérise par un grave manque de personnel de santé en nombre et en qualité, une allocation de ressources inadéquate et un accès insuffisant à des soins de santé de qualité pour toutes les couches de la population, est mal équipé pour offrir des services de santé de qualité aux migrants

61 Aoun R., COVID-19 Impact on Female Migrant Domestic Workers in the Middle East, Inter Agency Standing Committee (2020).

62 Anbesse B. et al., Migration and mental health: a study of low-income Ethiopian women working in Middle Eastern countries, *International Journal of Social Psychiatry* 55(6) : 557-568 (2009) ; Jamie F. O. M et A. H. Tsega, Ethiopian female labor migration to the Gulf States: the case of Kuwait, *African and Black Diaspora: An International Journal* 9(2) : 214-227 (2015) ; Demissie F., Ethiopian female domestic workers in the Middle East and Gulf States: an introduction, *African and Black Diaspora: An International Journal* 11(1) : 1-5 (2017).

63 Getachew S., "Ethiopian Workers Are Being Expelled from Saudi Arabia and UAE on Coronavirus Suspicions", *Quartz* (14 avril 2020).

64 Parlement de Géorgie, Sur le statut juridique des étrangers et des apatrides, publié le 5 mars 2014.

65 HCR, Programme national de soins de santé universels en Géorgie (2020).

66 L'UHCP propose différents forfaits de soins de santé en fonction du revenu de chaque personne et seuls les groupes socialement vulnérables sont éligibles au forfait complet. Parmi les services couverts figurent les soins d'urgence, pour lesquels 70 à 100 % de ses coûts totaux sont couverts. Le traitement du VIH, de l'hépatite C et de la tuberculose, ainsi que l'insuline pour les patients diabétiques, sont gratuits. La dialyse est également disponible dans les grandes villes et est gratuite. Un programme de substitution à la méthadone financé par l'État est disponible gratuitement. Dans un premier temps, seuls des frais de contrôle ou d'inscription de 70 lari géorgiens (environ 25 dollars des États-Unis) doivent être payés. Les frais médicaux de garde d'enfants (jusqu'à l'âge de 5 ans) sont partiellement pris en charge selon le type de maladie.

67 Gouvernement de Géorgie, Social Service Agency, site Web « Universal Health Care », disponible [ici](#) ; HCR, Programme national de soins de santé universels en Géorgie ; OMS, Bureau régional pour l'Europe, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Richardson E. et N. Berdzuli, *Georgia: Health System Review* (2017).

68 Tolerance and Diversity Institute, "Statement on the Vaccination of Foreign Nationals and the Limitations for Indian Students", disponible [ici](#) ; "Foreigners Living in Georgia Able to Receive Coronavirus Vaccines in Three Clinics", *Agenda.ge* (3 août 2021).

69 Goginashvili K., Nadareishvili M. et T. Habicht, Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Georgia, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe (2021) ; Richardson et Berdzuli, *Georgia: Health System Review*.

70 Commission d'État sur les questions migratoires, *Brief Migration Profile Remittances* (2016).

et aux migrants de retour.⁷¹ Une grande majorité de la population pakistanaise paie de sa poche pour les soins de santé privés étant donné le sous-financement chronique du secteur public.⁷² Même lorsque les médicaments ou les soins sont fournis gratuitement dans le secteur public, les ruptures de stock fréquentes et l'inaccessibilité des agents de santé publics font souvent du secteur privé la seule option pour les patients.

Les migrants au Pakistan n'ont pas droit aux services de santé publics et le gouvernement ne fournit pas non plus de services de santé essentiels tels que le soutien psychosocial et le dépistage préventif pour les émigrants.⁷³ Ces lacunes dans les services de santé adaptés aux migrants au Pakistan ont été abordées par plusieurs organisations internationales, telles que l'OMS, le HCR et l'OIM, ainsi qu'un certain nombre d'ONG nationales qui ont mené des évaluations de santé pour les migrants et les migrants de retour.⁷⁴ Ces défis dans le système de soins de santé du Pakistan et les réglementations politiques ont des implications pour l'amélioration de la santé et du bien-être social des migrants au Pakistan.

SÉNÉGAL

Le système de santé au Sénégal est en cours de transformation vers la CSU depuis 2012. Le gouvernement a fait preuve d'une forte volonté politique pour améliorer le système de santé dans le cadre des promesses de campagne faites par le président

du Sénégal en 2012 et 2019.⁷⁵ Deux axes principaux du plan de CSU du Sénégal étaient d'améliorer la couverture des services de santé, en particulier dans les zones traditionnellement mal desservies, et d'étendre la politique d'assurance maladie universelle qui vise à améliorer l'accès financier aux services de santé. Trois types de régimes d'assurance maladie existent dans le pays : (1) les régimes liés à l'emploi formel, (2) les programmes qui fournissent des soins de santé gratuits et (3) l'assurance maladie communautaire. Néanmoins, l'adoption a été lente et limitée, et des disparités subsistent en termes d'accès à la santé, en particulier dans les zones rurales, et de financement de la santé.⁷⁶ Certaines publications ont également souligné la nécessité de renforcer la prestation de services en matière de santé reproductive et de santé mentale au Sénégal.⁷⁷

L'un des principaux problèmes identifiés au Sénégal concerne les problèmes de santé mentale associés à la migration transfrontalière. L'attente élevée d'une vie meilleure après la migration exerce souvent une pression immense sur les migrants. En conséquence, les migrants de retour qui ne répondent pas à ces attentes pourraient être aux prises avec des problèmes psychosociaux à leur retour.⁷⁸ Cette situation est exacerbée par la stigmatisation de la maladie mentale et les services de santé mentale limités au Sénégal. Alors que la pandémie de COVID-19 a lourdement affecté le système de santé au Sénégal, le soutien d'acteurs externes, dont la Banque mondiale, l'OMS et l'UNICEF,

- 71 Kurji Z., Z. S. Premani et Y. Mithani, Analysis Of The Health Care System of Pakistan: Lessons Learnt And Way Forward, *Journal of Ayub Medical College Abbottabad* 28(3) : 601-604 (2016) ; Hassan A., K. Mahmood et H. A. Bukhsh, Healthcare System Of Pakistan, *International Journal of Advanced Research and Publications* 2(3) : 211-216 (2016) ; OMS et Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, *Primary health care systems (prismasys): comprehensive case study from Pakistan*, OMS (2017).
- 72 Legido-Quigley H. et al., Patients' experiences on accessing health care services for management of hypertension in rural Bangladesh, Pakistan and Sri Lanka: A qualitative study, *Plos One* 14(1) : 1-23 (2019).
- 73 OIM, *Health Vulnerabilities of Migrants from Pakistan: Baseline Assessment* (2015).
- 74 Gushulak B. D. et D. W. MacPherson, The basic principles of migration health: Population mobility and gaps in disease prevalence, *Emerging Themes in Epidemiology* 3(3) : 1-11 (2006).
- 75 Paul E. et al., An assessment of the core capacities of the Senegalese health system to deliver Universal Health Coverage, *Health Policy Open* 1(1) : 1-8 (2020).
- 76 Daff B. M. et al., Reforms for financial protection schemes towards universal health coverage, Senegal, *Bulletin of the World Health Organization* 98(2) : 100-108 (2020).
- 77 Foley E. E., Overlaps and disconnects in reproductive health care: global policies, national programs, and the micropolitics of reproduction in northern Senegal, *Medical Anthropology* 26(4) : 323-354 (2007) ; Monteiro N. M. et al., Policy perspectives and attitudes towards mental health treatment in rural Senegal, *International Journal of Mental Health Systems* 8(9) : 1-9 (2014) ; Parmar D. et A. Banerjee, How do supply - and demand-side interventions influence equity in healthcare utilisation? Evidence from maternal healthcare in Senegal, *Social Science & Medicine* 241(1) (2019).
- 78 Petit V., Forced Returns of International Migrants in Senegal: Family Dilemmas Facing Mental Illness, *Revue Européenne des Migrations Internationales* 34(2-3) : 131-158 (2018) ; OIM, "When Returning Home Is a Deadly Journey, "Shame Is the Returnee's Worst Enemy"" (1 mars 2019).

a contribué à renforcer la réponse du gouvernement à la pandémie.⁷⁹

GAMBIE

Garantir l'accès aux services de santé à tous les niveaux (niveaux primaire, secondaire et tertiaire) en fonction des besoins, pour toutes les personnes, indépendamment de leur nationalité et de leur statut migratoire, est l'un des principes directeurs de la politique nationale de migration (2020-2030) et de la politique nationale de santé (2012-2020) de la Gambie. La Gambie a également donné la priorité à la santé dans son plan de développement national (2018-2021) et les soins de santé primaires sont gratuits au point de service. Cependant, la réduction des dépenses budgétaires au cours des dernières décennies a abouti à une baisse du financement du secteur de la santé publique, avec des conséquences de grande envergure. Deux décennies après la *Déclaration d'Abuja* en 2001, la Gambie n'est toujours pas en mesure de tenir sa promesse d'augmenter les dépenses de santé à 15 % de son budget annuel.⁸⁰ Les dons externes ont joué un rôle déterminant pour combler le déficit de financement de la santé publique, près de la moitié du financement total de la santé (45 %) en 2017 provenant de donateurs externes.⁸¹ Cela a été exacerbé pendant la pandémie de COVID-19. En plus des ressources limitées et des priorités contestées, les ressources publiques ont été encore plus sollicitées pour faire face à la crise sanitaire mondiale et au ralentissement économique qui s'ensuit.⁸² Les défis actuels dans le financement des soins de santé et les systèmes de prestation ont des implications pour l'amélioration de la santé des migrants et de la population générale qui sont confrontés à une tendance croissante des maladies non transmissibles.⁸³

Pour compléter les efforts du gouvernement gambien, l'OIM a fourni un renforcement des capacités et un

soutien dans les domaines de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, du contrôle de la prévention des infections, des services de laboratoire de santé publique et du MHPSS. Un soutien supplémentaire a été fourni dans l'élaboration de procédures opérationnelles normalisées pour soutenir les agents de santé de première ligne et les agents des frontières. Le premier cadre national sur les besoins MHPSS des migrants et des migrants de retour, ainsi qu'un programme de formation sur la MHPSS pour les établissements d'enseignement, ont été élaborés pour le gouvernement gambien afin de soutenir la réintégration durable et holistique des migrants de retour dans le pays.

79 Banque mondiale, "World Bank Financing Helps to Support Senegal in the Fight against COVID-19" (13 septembre 2021) ; Andriamasinoro L. F., "Mitigating the Impact of COVID-19 on Children and Families in Senegal" (23 mars 2022) ; Kayouli E., "Japan and UNICEF Partner to Support Senegal in Its COVID-19 Response" (24 octobre 2021).

80 Union Africaine, *Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes* (2001) ; Gouvernement de la Gambie, ministère de la Santé, *The National Health Laboratory Services Strategic Plan 2021-2025*.

81 Ibid.

82 Omotosho T. O. A. et al., COVID-19 challenges: The Gambia situation and probable solutions, *World Journal of Advanced Research and Reviews* 7(3) : 70-76 (2020) ; Sers C. F. et M. Mughal, Covid-19 outbreak and the need for rice self-sufficiency in West Africa, *World Development* 135(1) : 1-2 (2020).

83 Omoleke S. A., Chronic non-communicable disease as a new epidemic in Africa: focus on The Gambia, *The Pan African Medical Journal* 14(87) : 1-9 (2013).

RÉFÉRENCES

Aldridge, R., Nellums, L., Bartlett, S., Barr, A., Patel, P., Burns, R., Hargreaves, S., Miranda, J., Tollman, S., Friedland, J., & Abubakar, I. (2018). Modèles mondiaux de mortalité chez les migrants internationaux : une revue systématique et une méta-analyse. *The Lancet*, 392(10164).

Castañeda, H., Holmes, S., Madrigal, D., Young, M., Beyeler, N. et Quesada, J. (2015). L'immigration comme déterminant social de la santé. *Annual Review of Public Health*, 36(1).

Dekeyser, « Favoriser et renforcer les liens entre les programmes de développement durable et de réintégration » ;

Davies, A., Borland, R., Blake, C. et West, H. (2011). La dynamique de la santé et la migration de retour. *PLOS Médecine*, 8(6).

Diker, E., Röder, S., Khalaf, M., Merkle, O., Andersson, L. et Fransen, S. (2021). Résultats comparatifs de la réintégration entre retour forcé et retour volontaire et dans une perspective de genre.

García-Sierra, Rosa, María Isabel Fernández-Cano, Josep María Manresa-Domínguez, María Feijoo-Cid, Eduard Moreno Gabriel, Antonia Arreciado Marañón, Francesc Ramos-Roure, Jordi Segura-Bernal et Pere Torán-Monserrat. « Détresse psychologique et somatisation chez les immigrants dans les pratiques de soins de santé primaires. » *Healthcare* 8, n° 4 (2020) : 557.

Gröne, Garcia-Barbero, et Bureau européen de l'OMS pour les services de soins de santé intégrés, « Soins intégrés : prise de position du Bureau européen de l'OMS pour les services de soins de santé intégrés. »

Habtam, K., Minaye, A., Zeleke, W. (2017). Prévalence et facteurs associés des troubles mentaux courants chez les migrants éthiopiens rapatriés du Moyen-Orient et d'Afrique du Sud. *BMC Psychiatrie* 17(1).

OIM, « Vers une approche intégrée de la réintégration dans le contexte du retour »

OIM, « Manuel de réintégration - Conseils pratiques sur la conception, la mise en œuvre et le suivi de l'aide à la réintégration ».

Kodner, D., & Spreeuwenberg, C. (2002). Soins intégrés : signification, logique, applications et implications -- un document de travail. *Int J Integr Care*, 2.

Lévesque, J., Harris, M. et Russell, G. (2013). Accès aux soins centré sur le patient : conceptualiser l'accès à l'interface des systèmes de santé et des populations. *Int J Equity Health*, 12(18).

Mendenhall, E., Newfield, T. et Tsai, A. (2022). Théorie, méthodes et données syndémiques. *Soc Sci Med*, 295.

Mona, H., Andersson, L., Hjern, A. et Ascher, H. (2021). Obstacles à l'accès aux soins de santé parmi les migrants sans papiers en Suède - une analyse en composantes principales. *BMC Health Services Research*.

Mukumbang, Ferdinand C. « L'inégalité des migrants en matière de santé en tant que conséquence de la mauvaise mise en œuvre des principes de Syracuse dans l'ERA COVID-19. » *International Journal of Travel Medicine and Global Health* 9, n° 4 (2021) : 155–60.

Schuster, L., & Majidi, N. (2014). Stigmatisation de la déportation et re-migration. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 41(4).

Siriwardhana, C., Roberts, B. et McKee, M. (2017). Document thématique : Vulnérabilité et résilience en santé migratoire. Rapport commandé par l'OIM pour la 2e Consultation mondiale sur la migration et la santé.

Solano, Giacomo et Thomas Huddleston. « Santé : Indice des politiques d'intégration des migrants (MIPeX) 2020. » www.mipex.eu.

Vearey, J., Hui, C. et Wickramage, K. (2019). Chapitre 7 - Migration et santé : problèmes actuels, gouvernance et lacunes dans les connaissances. Dans *World Migration Report 2020*. OIM.

Vearey, J., Modisenyane, M. et Hunter-Adamsiv, J. (2017). Vers un système de santé sensible à la migration en Afrique du Sud : une opportunité stratégique pour lutter contre les inégalités en matière de santé.

OMS, « Examen mondial des données probantes sur la santé et la migration : continuum de soins pour la gestion des maladies non transmissibles pendant le cycle de migration », 2022.

Wickramage, K., Vearey, J., Robinson, C. et Knipper, M. (2018). Migration et santé : une priorité mondiale de recherche en santé publique. *BMC Public Health*, 18(1).

Zimmerman, C., Kiss, L. et Hossain, M. (2011). Migration et santé : un cadre pour l'élaboration des politiques au XXIe siècle. *PLoS Medicine*, 8(5)



Les équipes sanitaires de l'OIM aident une femme qui ne peut pas partir sa voiture à cause de l'hypertension. © OIM 2022 / Léo TORRÉTON

Samuel Hall

Samuel Hall est une entreprise sociale qui mène des recherches, évalue des programmes et conçoit des politiques dans des contextes de migration et de déplacement forcé. Notre approche est éthique, rigoureuse sur le plan académique et fondée sur une expérience directe dans des contextes complexes et fragiles. Nos recherches font entendre la parole des communautés aux acteurs du changement pour des sociétés plus inclusives. Avec des bureaux en Afghanistan, en Allemagne, au Kenya et en Tunisie et une présence en Somalie, en Éthiopie et aux Émirats arabes unis, nous sommes basés dans les régions que nous étudions. Pour de plus amples informations, veuillez consulter le site www.samuelhall.org.

Pôle de Gestion des Connaissances UE-OIM

L'élaboration et la production de cette étude ont été soutenues par le Pôle de gestion des connaissances UE-OIM, qui a été créé en septembre 2017 dans le cadre de l'Action pilote concernant le retour volontaire et la réinsertion durable, financée par l'Union européenne. Le Pôle de gestion des connaissances vise à renforcer l'apprentissage dans le cadre des programmes de retour et de réintégration, et à soutenir l'harmonisation des approches, des processus et des outils dans le cadre des interventions UE-OIM concernant la protection des migrants et la réintégration durable en Afrique et en Asie et au-delà.