

Actes de colloque International sur :
« Dynamiques migratoires Sud-Sud et Intégration
des immigrés subsahariens dans les sociétés d'accueil »

Sous la direction :
Pr. Mustapha EZZAHIRI



Actes du Colloque International sur :
**« Dynamiques migratoires Sud-Sud et intégration
des immigrés dans les sociétés d'accueil »**

**organisé par l'équipe de projet relevant du programme "Ibn
Khalidoun" initié par le CNRST**

les 26 et 27 février 2020 au siège de la Faculté des Sciences Juridiques,
Economiques et Sociales/Université Chouaïb-Doukkali, El Jadida

Coordonnateur du Colloque :

Professeur MUSTAPHA EZZAHIRI
Enseignant-Chercheur à la FSJESJ
Université Chouaïb-Doukkali, El Jadida

Edition 2020

Ouvrage collectif sous la direction du :

Professeur Mustapha EZZAHIRI

Enseignant-Chercheur à la FSJESJ
Université Chouaïb-Doukkali, El Jadida

Comité de lecture et de rédaction

- Mustapha EZZAHIRI, FSJES, Université Chouaïb-Doukkali, El Jadida.
- Abdelaziz CHAFIK, FSJES, Université Chouaïb-Doukkali, El Jadida.
- Mohamed DAOUD, FLSH, Université Chouaïb-Doukkali, El Jadida.
- Abdellatif FEKKAK, ISCAE, Université Mohamed V, Rabat.
- Lahcen OURRI, FLSH, Sidi Mohamed Ben Abdellah, Fès.
- Hamid Ait LEMQEDDEM , ENCG, Université Ibn Toufai, Kenitra.
- Adil FARAJ, ENCG, Université Chouaïb-Doukkali, El Jadida.

Tous droits réservés

Dépôt légal : 2020MO2187

ISBN : 978-9920-9481-0-4

Edité par : Pariscom

102 Av. Abderrahmane Doukkali, El Jadida

Tél/Fax : 0523392797

pariscominf@gmail.com

Toute reproduction, même partielle, tel que prévu par le code de la propriété intellectuelle, ne peut se faire sans autorisation préalable des auteurs concernés (Code pénal marocain)

**« L'intégration des migrants et des réfugiés dans les villes :
droits de l'homme, politiques publiques et santé »**

Natália Ramos

Université Aberta (UAb) & Centre d'Études des Migrations et des Relations
Interculturelles/CEMRI, Lisbonne, Portugal

Maria.Ramos@uab.pt

Introduction

Plus de 50% des migrants et des réfugiés dans le monde vivent dans des zones urbaines. Au niveau planétaire, des villes accueillent ainsi de plus en plus des personnes issues d'univers culturels différents. Le rythme croissant de l'urbanisation et des flux migratoires internationaux et nationaux, en particulier pour les villes, est un facteur de développement et de nouvelles opportunités, mais aussi de vulnérabilités et de risques.

Les villes, les politiques publiques et les citoyens devront faire face aux besoins créés par les nouvelles réalités sociales, culturelles, politiques, économiques, environnementales et sanitaires, au nombre croissant d'individus et de groupes culturellement différents et aux migrations volontaires et forcées, aux migrants et réfugiés, aux minorités ethniques qui habitent les villes et partagent des espaces, des activités et la vie quotidienne.

Le Conseil de l'Europe et la Commission européenne insistent sur la nécessité de promouvoir la «Cité ouverte et interculturelle» et d'accueillir la diversité culturelle dans les villes dites globales, afin de répondre aux nouvelles dynamiques et besoins des sociétés actuelles et au nombre croissant des migrants et des réfugiés qui affluent principalement vers les villes.

La migration doit être considérée comme un droit de l'homme, comme d'ailleurs le consacre l'article 13 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, adoptée le 10 décembre 1948 par les Nations Unies (ONU) en affirmant : « Toute personne a le droit de circuler librement et de choisir sa résidence dans un état ».

L'intégration des migrants, la cohabitation et le dialogue interculturel dans le quotidien et dans l'espace urbain multiculturel devraient reposer sur deux droits fondamentaux : le droit à la cité en tant qu'espace collectif favorisant la participation et l'intégration de tous et le droit à la différence promouvant et valorisant la diversité, la communication interculturelle, la citoyenneté et l'altérité (Sandercock, 2004 ; Ramos, 2014).

La gestion dans les villes de la migration et des relations interculturelles est une préoccupation pour les États et leurs politiques publiques, ainsi que pour des organismes nationaux et internationaux intervenant dans différents secteurs : Union Européenne, Nations Unies (ONU), Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), Organisation Internationale pour les Migrations (OIM), Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCNUR), Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO), Organisation Internationale du Travail (OIT), Conseil de l'Europe (CE), Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Haut-Commissariat aux Migrations du Portugal (ACM), etc..

Ces organismes présentent des propositions et soulignent les défis auxquels confrontent la migration et les réfugiés quant aux stratégies et politiques publiques dans différents secteurs, aux droits de l'homme, à la cohabitation multiculturelle, à l'intégration des migrants et aux relations interculturelles.

Les politiques publiques doivent gérer la mobilité de la population et la diversité culturelle et pour cela assurer la conciliation des attitudes et les pratiques individuelles et collectives avec la citoyenneté, la qualité de vie, la santé, le bien-être global des individus et des groupes, en particulier des migrants et des minorités.

Il apparaît indispensable d'adopter une approche des processus migratoires fondée sur une perspective systémique, interdisciplinaire et intégrative, centrée sur les individus, sur les relations sociales et (inter) culturelles et sur les processus psychosociaux, éducatifs, communicationnels, économiques, politiques et sanitaires.

De nombreux individus, isolément ou en famille, quittent leur région ou pays, et ainsi leurs réseaux familiaux et sociaux, en émigrant vers une autre région ou un autre pays, pour des raisons diverses : échapper à la pauvreté, au manque d'opportunités, à la violence et à l'oppression familiale ou sociale ou aux inégalités sociales, économiques et de genre; fuir des conflits ethniques, culturels, religieux ou politiques, des guerres ou des catastrophes environnementales; bénéficier de meilleures conditions professionnelles, éducatives et scientifiques ; poursuivre des désirs d'émancipation, d'autonomie et d'indépendance financière ; offrir de meilleures conditions de vie à la famille.

Vivre comme immigrant peut être un processus enrichissant et positif, une opportunité capable de favoriser le développement personnel et social, le bien-être, la santé et la qualité de vie des individus, des familles et des communautés. Il peut aussi entraîner des difficultés d'adaptation, des conflits et du stress, faire ressortir des risques et des vulnérabilités, voire susciter des atteintes à la santé mentale et physique, à cause des nombreux changements psychosociaux, culturels, linguistiques, environnementaux et politiques, de l'ethnocentrisme, des discriminations et du racisme

(OMS, 2003; Mozère, 2004; Ramos, 2008, 2009, 2013, 2014; PNUD, 2009).

Ces dernières années, la xénophobie, les préjugés et le racisme, en Europe et dans le monde en général, ont augmenté. Cela confirme des études montrant que les situations de crise économique, politique et sociale accroissent les peurs, les discriminations et les préjugés à l'encontre des étrangers, le migrant étant souvent perçu comme une menace (Fetzer, 2000; Benhabib & Resnik, 2009). Par exemple un numéro récent de la Revue *Hommes et Migrations* (2019) analyse les relations entre religion, laïcité et discrimination par des recherches sur les attitudes et les discours véhiculés en France et dans d'autres pays européens et les Etats-Unis notamment, sur les populations en raison de leurs croyances.

Migrants et Migrations dans l'Actualité

Dans le monde globalisé contemporain, il y a de nouvelles mobilités et configurations migratoires en raison de nouveaux contextes politiques, sociaux, démographiques, environnementaux et de travail, tels que : l'augmentation de la mondialisation, de l'urbanisation, du vieillissement démographique dans les pays développés et de la migration, surtout féminine pour les services domestiques et pour les soins aux enfants et aux personnes âgées; l'augmentation du tourisme international, des catastrophes environnementales et des conflits armés, politiques, ethniques ou religieux; des moyens de transport facilement accessibles et rapides; les besoins du marché du travail dans de nombreux pays industrialisés; les crises économiques et politiques internationales ; les nouvelles formes de mobilité étudiante et qualifiée; les nouveaux moyens de télécommunication (médias, internet) et le développement de réseaux entre pays fondés sur des liens historiques et culturels.

En 2017, 258 millions personnes, soit 3,4% de la population mondiale, vivaient en dehors de leur pays d'origine, ce qui représente une augmentation de 49% par rapport à l'an 2000. Plus de 60% de tous les migrants internationaux résident en Asie (80 millions) ou en Europe (78 millions). Parmi les migrants internationaux, environ la moitié sont des femmes, la féminisation de la migration étant l'une des caractéristiques de la migration contemporaine. Ainsi, par exemple, dans le contexte européen actuel, la migration féminine représente 53,4% de la population immigrée en Europe (PNUD, 2009; ONU, 2017).

Au Portugal, en 2018, la population étrangère qui représente 4,7% de la population résidente, provient essentiellement du Brésil, du Cap-Vert, de l'Angola, de l'Union Européenne (principalement l'Italie, la France et le Royaume-Uni) et de l'Asie (par exemple de la Chine), et est principalement concentrée dans les villes et la zone métropolitaine de Lisbonne et de l'Algarve. La part des femmes dans le total des résidents étrangers est un peu plus importante que celle des hommes (51,2% en 2017 et 50,6% en 2018).

La présence des étrangers provoque non seulement l'augmentation du nombre de jeunes et de travailleurs actifs, mais aussi celle des naissances au Portugal, et contribue à équilibrer la démographie portugaise. En 2018, 11% des naissances intervenues au Portugal étaient le fait de mères étrangères, un pourcentage particulièrement élevé par rapport au taux de natalité en général. Par ailleurs, au cours de l'année universitaire 2017/2018, 13% de tous les étudiants inscrits dans l'enseignement supérieur étaient des étrangers (environ 49 000), un pourcentage qui confirme la tendance à la croissance de ces dernières années (Oliveira & Gomes, 2019).

Le risque de pauvreté et d'exclusion sociale est plus élevé pour les étrangers que pour les nationaux (27,2% contre 21,4%). A ce constat

est associée une plus grande vulnérabilité des étrangers. Ainsi, au Portugal, en 2018, 8% de la population de nationalité portugaise vivait dans des logements surpeuplés contre 25,7% de la population de nationalité étrangère. La situation défavorisée des populations immigrées en matière de logement se retrouve dans les autres pays de l'Union Européenne avec un taux de logement surpeuplé plus élevé et un accès au logement beaucoup plus difficile que pour la population autochtone. Les données récentes confirment le maintien de ces désavantages des résidents étrangers par rapport aux ressortissants des pays européens : en 2017- 2018, dans tous les pays de l'Union européenne, 14,5% des nationaux et 26,1% des étrangers ayant plus de 18 ans vivaient dans des logements surpeuplés (Oliveira & Gomes, 2019).

Politiques Migratoires

La migration constitue un défi important pour les États et pour les politiques publiques, la définition des droits des travailleurs migrants et de leurs familles revêtant une importance particulière. C'est pourquoi l'Assemblée Générale des Nations Unies (ONU, résolution 45/158, du 18 décembre 1990) a adopté la « Convention Internationale sur la Protection des Droits des Travailleurs Migrants et des Membres de leur Famille », qui est entrée en vigueur en 2003. Parmi les droits affirmés par cette convention, figure le droit de recevoir des soins médicaux à égalité avec les ressortissants de l'État de résidence.

Quant aux soins médicaux urgents ils ne peuvent être refusés aux étrangers même en situation irrégulière (art. 28). Selon le Comité Économique et Social Européen (CESE, 2004), cette convention vise à assurer : "la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes qui émigrent pour des raisons économiques ou

professionnelles dans le monde, par le biais d'une législation appropriée et de bonnes pratiques nationales".

Dans le contexte européen, la « Convention Européenne d'Assistance Sociale et Médicale » et la « Charte Sociale Européenne » (2006) sont des instruments fondamentaux pour garantir la protection sociale et les droits à la santé, sur la base de l'égalité avec les nationaux, de la population étrangère résidant dans les États membres du Conseil de l'Europe.

Au niveau européen également, le projet *Migrants Friendly Hospitals* - MFH (2002-2005) – Hôpitaux Amis des Migrants, est une initiative visant à identifier les domaines d'intervention en vue de faciliter l'accès des migrants à la santé, de réduire les barrières de communication, linguistiques et l'analphabétisme des migrants et de promouvoir des soins de santé culturellement adaptés. Un des produits de ce projet européen a été la Déclaration d'Amsterdam pour les Hôpitaux Amis des Migrants dans une Europe Ethno Culturellement Diversifiée (WHO, 2004), où des recommandations sont formulées pour une politique de santé et d'accueil des minorités et des populations migrantes.

Trois domaines d'intervention ont été sélectionnés comme prioritaires: l'amélioration de l'interprétation et de la traduction dans la communication clinique; la production d'informations et de formations adaptées aux migrants sur les soins maternels et infantiles; la formation de professionnels travaillant dans le domaine de la santé pour l'acquisition de compétences (inter) culturelles, afin de permettre à ces professionnels de mieux gérer la diversité culturelle et la communication interculturelle dans les soins de santé, notamment en milieu hospitalier.

Toujours en Europe le projet « Cités Interculturelles », créé en 2008 par le Conseil de l'Europe et la Commission Européenne, vise à déclencher un débat majeur dans les 11 villes pilotes européennes (Lyon, Patras, Regio D'Emile, Subotica, Tilburg, Neuchâtel, Neukolln, Malitopol, Ijevsk, Lublin et Oslo) afin de : revoir les politiques interculturelles des migrants, l'intégration et la cohésion sociale; encourager les villes pilotes à développer des stratégies interculturelles mondiales pour gérer la diversité urbaine et pour l'élaboration et l'évaluation de politiques sur lesquelles d'autres villes peuvent s'appuyer (CE, 2013).

Inspiré par le projet des cités interculturelles, le Portugal a pour sa part créé en 2012 le “Réseau Portugais des Cités Interculturelles” (RPCI) qui associe les villes suivantes: Albufeira, Amadora, Beja, Braga, Cascais, Coimbra, Lisboa, Loures, Oeiras, Portimão, Santa Maria da Feira, Setúbal e Viseu. Ce réseau vise à promouvoir l'élaboration et la mise en œuvre de politiques d'intégration des immigrants, de gestion de la diversité et du dialogue interculturel, en favorisant l'échange de bonnes pratiques entre les villes associées, en relation avec le réseau européen des villes interculturelles (RPCI, 2019).

En 2014 et 2015, Lisbonne a intégré avec dix autres villes européennes le projet DELI-*Diversity in the Economy and Local Integration*, une initiative du Conseil de l'Europe qui vise à établir des partenariats locaux pour comprendre et soutenir les besoins des entrepreneurs immigrés, en vue de leur intégration sociale et économique.

La mairie de Lisbonne est à l'origine de plusieurs initiatives avec l'ouverture d'un Centre Local de Soutien à l'Intégration des Immigrés (CLAII) et d'un Bureau «Lisboa Encruzilhada de Mundos» (Carrefour des mondes de Lisbonne) (GLEM), pour

promouvoir la rencontre vers l'autre et mettre en valeur les différentes cultures présentes dans la ville. Elle a aussi mis en place, d'une part, un Conseil Municipal pour l'Interculturalité et la Citoyenneté (CMIC), intégrant une vingtaine d'associations de migrants de différentes origines pour promouvoir le dialogue interculturel et l'intégration sociale et, d'autre part, un Centre d'Accueil Temporaire aux Réfugiés (CATR) ayant pour fonction d'accueillir les personnes fuyant les guerres et les conflits et de soutenir les réfugiés nouvellement arrivés au Portugal.

Au Portugal, une Commission Interministérielle pour l'Intégration des Immigrants et des Minorités Ethniques a été créée en 1993 dans le but de lutter contre la xénophobie et la discrimination et de prendre des mesures sociales pour les communautés d'immigrants.

Dans ce pays, c'est surtout au début du XXI^e siècle que l'immigration est devenue un enjeu institutionnel et politique et cela a eu pour effet la création en 2002 du Haut-Commissariat à l'Immigration et aux Minorités Ethniques (ACIME), devenu en 2007 Haut-Commissariat à l'Immigration et au Dialogue Interculturel (ACIDI) et renommé en 2014 Haut-Commissariat aux Migrations (ACM). En 2004, les Centres Nationaux d'Appui à l'Intégration des Migrants (CNAIM) ont été créés.

Depuis 2007, la préoccupation est de concevoir des plans nationaux pour l'intégration des immigrants et, ensuite, des plans municipaux pour les municipalités à forte proportion d'immigrants. En 2016, les Centres Locaux d'Appui à l'Intégration des Migrants (CLAIM) sont créés. La même année, pour faire face à la crise résultant de l'afflux massif de réfugiés en Europe et pour apporter des solutions à ceux accueillis au Portugal, le Haut-Commissariat aux Migrations (ACM) a étendu ses compétences dans ce domaine et les services, notamment les Centres Nationaux et Locaux d'Appui à l'Intégration

des Migrants (CNAIM et CLAIM), ont été reconfigurés et adaptés pour accompagner les réfugiés.

Le Haut-Commissariat pour l'Immigration et le Dialogue Interculturel (ACIDI) et le Haut-Commissariat pour les Migrations (ACM) ont intégré dans les Plans pour l'Intégration des Immigrants 2010-2013, 2014-2016 (PCM/ACIDI IP, 2010) et dans le Plan Stratégique pour les Migrations 2015-2020 (ACM, 2015), de nombreuses mesures ayant pour objet de favoriser l'inclusion sociale et la promotion de l'éducation, de la protection sociale et de la santé des populations migrantes et des minorités et de répondre à leurs besoins, et aussi d'organiser l'intervention des professionnels chargés de ces groupes.

On peut relever les mesures suivantes principalement centrées sur la santé : favoriser l'accès des immigrés au Service National de Santé; mettre en place un plan de formation à l'interculturalité des professionnels du Service National de Santé (SNS); développer des informations accessibles sur le système de santé; mettre en œuvre d'un programme de services de santé adaptés aux immigrants; développer des partenariats et institutionnalisation des procédures en vue d'une meilleure gestion et d'un accès plus rapide des immigrés et de leurs accompagnants aux services de santé.

Par ailleurs, il y a lieu d'investir dans la promotion de la santé mentale des immigrants; promouvoir l'information sur les droits et les obligations des employeurs et des étrangers dans les domaines des relations professionnelles et de la sécurité et de la santé au travail; développer des plans de formation de professionnels aux questions migratoires dans différents domaines (éducation, social, travail, juridique, santé) ; sensibiliser le public et les citoyens à l'importance de la migration; élaborer des initiatives et des activités pour prévenir et combattre le racisme et la discrimination ethnique et

sociale; promouvoir l'exercice d'une citoyenneté active par les membres des communautés de migrants.

Il est à relever qu'au Portugal, la législation garantit aux migrants le droit d'accéder aux centres de santé et aux hôpitaux du Service National de Santé (SNS), quels que soient leur nationalité, leur statut juridique et leur niveau économique (ordonnance 25 360/2001 du Ministère de la Santé).

Selon l'Indice des Politiques d'Intégration des Migrants de 2015, le Portugal se classe au deuxième rang des 38 pays analysés avec 75 points. Il obtient ses meilleurs résultats pour la mobilité sur le marché du travail (91 points), le regroupement familial (88 points), l'antidiscrimination (88 points), l'accès à la nationalité (86 points) et la participation politique (74 points). Les indicateurs les moins bons sont ceux de la santé (43 points), de l'éducation (62 points) et de la résidence permanente (68 points) (MIPEX, 2015).

Migrants dans la Ville – Intégration, Adaptation et Santé

La migration peut accroître la liberté, améliorer les conditions de vie, élargir l'accès aux services de base, à l'éducation et à la santé, permettre la participation et constituer un facteur de développement important si les migrants et leurs familles bénéficient d'un accueil et de contextes sociaux et éducatifs sanitaires et politiques adéquats. L'expérience migratoire est complexe impliquant la séparation d'avec la famille et la culture d'origine, en tant que supports de sécurité, ainsi que les conditions de déplacement et d'accueil. Ces conditions influencent l'adaptation, le bien-être, la santé et le succès, ou pourront favoriser la souffrance psychique, la maladie et l'échec du processus migratoire.

La population immigrée est une population hétérogène et de plus en plus scolarisée. Toutefois, de nombreux migrants sont particulièrement vulnérables à cause de la prédominance de faibles niveaux d'éducation et de qualification professionnelle, du travail dans des secteurs où la relation salariale est plus précaire et instable et le niveau de rémunération globale faible et aussi à cause d'une situation de migration forcée ou clandestine, de la mise à l'écart des systèmes de protection sociale et d'une situation sociale et économique précaire.

L'accueil, l'intégration, la santé et la qualité de vie des individus et des familles migrants dans les sociétés d'accueil sont liés à un ensemble complexe de facteurs individuels et collectifs, notamment: des facteurs psychosociaux, économiques, culturels, juridiques et politiques, liés au statut social, économique et juridique de l'individu et de la famille migrante dans la société d'accueil, à leurs ressources individuelles et stratégies d'adaptation, à leurs réseaux sociaux et de soutien, aux attitudes de la société d'accueil et aux stratégies et politiques des gouvernements et des différents organismes publics ou privés.

Le logement et des conditions de travail et économiques précaires, le déracinement et l'isolement social, les difficultés de compréhension et d'expression dans la langue du pays, les résistances à adopter les normes socioculturelles de la société d'accueil et à s'adapter à un nouveau style de vie, tout comme les situations de migration irrégulière, les préjugés, le racisme et la discrimination, aggravent l'exclusion sociale et culturelle, réduisent les possibilités d'intégration et de participation à la vie collective, et d'accéder aux structures d'aide, notamment sociales et sanitaires, et accentuent des facteurs de stress, de vulnérabilité et d'exclusion, affectant la santé mentale et physique, la qualité de vie et le bien-être général

(Marmot, 1991; Jacques, 2004; Scheppers, 2006; Flores, 2006; Ramos, 2008, 2012; 2013, 2014).

De nombreux migrants ont tendance à se regrouper par origine ethnique, souvent dans des quartiers dégradés ou dans des zones suburbaines, dans des conditions d'habitation et d'hygiène défectueuses et des logements surpeuplés, partageant ainsi des conditions de vie marquées par la précarité, l'isolement et l'exclusion sociale. L'homogénéité des populations vivant dans des quartiers et/ou logements dégradés et surpeuplés et la concentration des populations vivant dans des conditions socio-économiques précaires, conjuguées à la faiblesse des réseaux sociaux, à l'instabilité familiale et professionnelle et aux taux élevés de violence et de délinquance constituent des éléments de risques, d'exclusions et de maladies (Christie, 2001; Jacques, 2004).

Ces facteurs ont pour effet d'aggraver les difficultés d'intégration dans la vie sociale, professionnelle et scolaire et d'entraver la formation de la sociabilité, les projets de vie et l'adaptation à l'espace urbain. Ils peuvent conduire à des situations d'isolement et de ghetto, favorisant la stigmatisation et l'émergence de tensions sociales et de sentiments d'intolérance, de discrimination et de xénophobie de la population nationale. Enfin, ils affectent la qualité de vie et la santé et peuvent provoquer des troubles somatiques et psychopathologiques chez les enfants, les jeunes et les adultes.

Ces quartiers sont en général marqués par la stigmatisation et l'isolement géographique, social et symbolique du reste de la ville. Souvent, les enfants et les jeunes de ces quartiers, en particulier les deuxième et troisième générations de migrants, accumulent les problèmes d'adaptation sociale et scolaire, s'isolent dans des attitudes antisociales, de violence et de rejet et s'organisent par ensemble

culturel et en groupes de résistance, reproduisant et augmentant les situations d'exclusion sociale, de vulnérabilité et de stress.

De nombreux migrants sont confrontés à des « frontières » identitaires, communicationnels ou liés à la pauvreté, aux préjugés, aux stéréotypes et au racisme et cela conduit à des situations de souffrance, de désillusion et d'isolement, qui peuvent affecter leur adaptation et leur intégration, leur capacité à se plaindre et à défendre leurs droits, et leur santé mentale et physique.

Le processus migratoire implique une adaptation sociale et psychologique à la culture d'accueil, à un environnement nouveau, méconnu, réticent ou hostile et s'accompagne de changements multiples et divers : physiques, biologiques, sociaux, culturels, psychologiques et politiques. Certains changements se manifestent positivement, par exemple l'amélioration des conditions socio-économiques, de l'éducation et de la santé, mais d'autres peuvent se manifester négativement par des difficultés d'adaptation et d'intégration, des problèmes psychologiques, la diminution de la qualité de vie et le stress d'acculturation. Le stress social et psychologique provoqué par la migration peut s'exprimer de différentes façons : problèmes psychologiques (dépression, angoisse, anxiété, confusion), difficultés identitaires, marginalisation, sentiments d'insécurité, d'isolement, de peur et perte de l'estime de soi (Berry, 1997; Ramos, 2008, 2009).

Les caractéristiques sociodémographiques de la personne migrante, telles que l'âge, le sexe, le statut socioéconomique et le statut social, ainsi que certaines situations vécues comme la misère, la torture, l'exclusion, la discrimination et la xénophobie peuvent influencer son niveau de stress et sa santé mentale et physique. Ses caractéristiques psychologiques, à savoir les stratégies d'adaptation, le contrôle, les motivations, les compétences, la résilience, les attitudes envers le

processus d'acculturation et le sens de l'identité culturelle, peuvent également influencer le niveau de stress et de bien-être (Berry, 1997; Ramos, 2008, 2009).

Les caractéristiques des sociétés ont aussi une influence : les études montrent que la probabilité d'un niveau élevé de stress, de maladie et de souffrance psychique est plus forte dans les sociétés monoculturelles, assimilationnistes et conflictuelles que dans les sociétés ouvertes, démocratiques et pluralistes (Berry, 1997; Christie et al., 2001).

Il en est de même des caractéristiques des communautés d'immigrants. Certains traits culturels, tels que le degré de cohésion familiale et de groupe, le soutien social, l'intégration sociale, les réseaux de solidarité groupale, le sentiment d'appartenance et les valeurs religieuses et spirituelles, sont des éléments de protection contre la maladie mentale et le stress. D'autres facteurs, tels que les inégalités entre les sexes, les conflits culturels et intergénérationnels, en particulier entre les immigrants et les enfants nés dans le pays d'accueil, peuvent accroître la tendance aux maladies physiques et mentales dans ces groupes (Ramos, 2008, 2009, 2013).

L'expérience migratoire, en particulier la migration forcée, comme celle des réfugiés à cause de guerres, de persécutions politiques ou religieuses ou de catastrophes, constitue un moment marquant de la vie des individus et des familles qui implique un changement psychosocial profond et peut représenter une expérience traumatisante et douloureuse, capable de provoquer des traumatismes silencieux et multiples et des situations de stress élevé. Eisenbruch (1988) utilise le terme de « deuil culturel » pour désigner la situation des individus qui subissent la perte traumatique du pays et de leur culture d'origine, en appliquant cette désignation, en particulier aux émigrants forcés, tels que les réfugiés.

Viñar (1992) utilise le concept de psychopathologie de l'exil, mettant l'accent sur le traumatisme, la souffrance et le sentiment de perte qui caractérisent le deuil vécu par les migrants et les réfugiés, en particulier dans la première phase migratoire. L'expression « syndrome d'exclusion », également utilisé, décrit les souffrances psychologiques et le désespoir caractéristiques de nombreux immigrés et réfugiés, notamment dans la période initiale, face aux conditions de vie précaires, aux aspects administratifs liés à la régularisation de la situation migratoire et aux changements de références linguistiques, sociales et culturelles. C'est un sentiment de honte, de désespoir et d'impuissance, face à une situation douloureuse et stressante que l'individu ne peut contrôler, qui l'affecte dans ses expériences et ses attentes quant à l'avenir, dans ses relations, dans sa capacité à exiger et à défendre ses droits, pouvant être associés à d'autres symptômes dépressifs et post-traumatiques (Maisondieu, 1997, Ramos, 2008, 2009).

Des études ont montré que les migrants sont davantage affectés que les nationaux par des pathologies graves à cause de l'isolement psychosocial, de raisons juridiques, économiques, culturelles et linguistiques, des limitations et des difficultés d'accès aux biens et services de santé et de prévention conduisant à des diagnostics et des traitements tardifs. Ces problèmes sont aggravés par des situations de clandestinité, de discrimination, de manque de ressources sociales et financières, par des politiques migratoires restrictives, et par des situations de persécution, de conflits ethniques, religieux et armés, voire de tortures dans le cas de réfugiés (Lazarus et Strohl, 1995; Marmot, 2006; Scheppers *et al.*, 2006; Ramos, 2008, 2009, 2013, 2014).

Ainsi, la situation économique et sociale de certains groupes d'immigrants ayant des conditions d'habitation et de travail moins

favorables, un revenu plus faible, et une exposition ou un risque de pauvreté et d'exclusion sociale plus importants affecte l'utilisation des services de santé dans les sociétés où ils vivent et peut constituer une difficulté ou faire obstacle à l'accès aux soins de santé (Ramos, 2008, 2009, 2012, 2014).

Du fait des facteurs de risque pour la santé, au Portugal en 2018, la population étrangère a présenté des résultats plus défavorables que ceux de la population portugaise, à cause aussi d'une prévalence plus élevée du tabagisme, de l'alcoolisme et d'une mauvaise alimentation. Les immigrants ont globalement moins tendance que les non-immigrants portugais à rechercher les services de santé, à consulter un médecin et laissent s'écouler un plus long délai entre les consultations médicales spécialisée (Oliveira & Gomes, 2019).

La situation migratoire peut être pour la femme migrante, notamment lorsqu'elle est mère, une source de stress, d'angoisse et de dépression, avec des effets sur l'enfant, en raison des ruptures, de l'isolement, de la solitude, des doutes et de l'anxiété qui accompagnent cette étape. Ce sont les mères et les enfants dans les premières années de la vie, qui sont les plus vulnérables au stress, aux ruptures, aux transformations et aux difficultés résultant du processus migratoire.

Dans le pays d'accueil, le travail salarié des femmes migrantes, l'isolement familial et social, de nouveaux modes de vie, d'autres références socioculturelles, parfois contradictoires ou incompréhensibles, provoquent des changements : dans le style et qualité de vie; dans les pratiques de reproduction et de fertilité, comme la réduction du nombre d'enfants; dans les pratiques de maternage, par exemple diminution de la période d'allaitement maternel ; dans les pratiques socio-éducatives qui peuvent entraver l'expérience de la maternité, en affecter la qualité et l'éducation des

enfants, favoriser dans la famille, en particulier chez la mère, des sentiments d'insécurité et d'incapacité à agir en cas de malaise ou maladie et à des conflits de maternage (Ramos, 2008, 2009, 2012, 2014).

Des études sur la santé des femmes migrantes signalent surtout des problèmes de santé reproductive et de mauvais indicateurs de santé associés à certains groupes de cette population. Les femmes migrantes connaissent moins les services sociaux et de santé et recourent moins aux services de santé reproductive et aux mesures de protection que les femmes non migrantes.

Ainsi, les femmes migrantes sont plus nombreuses que les autres femmes à ne pas recevoir de soins prénatals ou à les recevoir de manière inappropriée ou tardive, à moins utiliser ou à utiliser avec des défaillances les méthodes contraceptives, à être plus vulnérables aux maladies sexuellement transmissibles, à enregistrer des grossesses non désirées, à avoir des taux plus élevés d'avortements spontanés, de nouveau-nés de faible poids avec des effets sur la mortalité périnatale et infantile (Essen *et al.*, 2000; Mosher *et al.*, 2004; Machado *et al.*, 2006; Bragg, 2008 ; Troe, 2008 ; Ramos, 2008, 2009, 2012).

Considérations Finales

Il apparaît donc nécessaire de développer une approche intégrée, globale et interdisciplinaire de la mobilité humaine, fondée sur la promotion des droits humains fondamentaux, de l'égalité des chances et des politiques migratoires soutenables et inclusives. Cette approche devrait intégrer des stratégies et des politiques visant cette population, tant dans les pays d'origine, que dans les pays d'accueil et promouvoir la participation, l'intégration, la santé et le bien-être de tous, migrants ou autochtones.

Pour l'intégration et la santé des migrants et des réfugiés, les attitudes et les comportements de la société d'accueil sont tout autant décisifs que les politiques publiques visant ces populations. Des projets et des politiques devront être développés en vue de la construction de la société interculturelle et de la promotion de la cité comme: un espace ouvert et pluriel de participation et de citoyenneté, où prédominent des discours, des politiques et des pratiques inclusives et antidiscriminatoires; un lieu privilégié pour le dialogue interculturel, l'affirmation des identités, la qualité de vie, et la citoyenneté des tous les individus et groupes, autochtones ou migrants; une source d'innovation et de créativité au niveau des espaces de communication, sociaux et environnementaux, ainsi qu'en termes culturels, économiques, et de genre; un espace où la diversité culturelle est valorisée comme positive, et source d'enrichissement, de bien-être et de développement humain, social et urbain.

Finalement, il est essentiel que les gouvernements, les organisations et les citoyens en général, en travaillant ensemble, réalisent les priorités mondiales pour 2030 établies par les Nations Unies (ONU, 2015) dans les 17 Objectifs de Développement Durable (ODD), en particulier dans les objectifs :

- ODD 3 : Promouvoir la santé et le bien-être de tous à tous les âges.
- ODD 4 : Promouvoir l'accès de tous à une éducation de qualité dans des conditions équitables tout au long de la vie.
- ODD 5 : Parvenir à l'égalité des sexes en rendant les femmes et les filles plus autonomes.
- ODD 10 : Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre.
- ODD 11 : Rendre les villes et les communautés ouvertes à tous, sûres, résilientes, inclusives et durables.

- ODD 16 : Promouvoir des sociétés pacifiques et inclusives qui ouvrent la voie de l'accès de tous à la justice et à la paix et à la mise en place d'institutions efficaces, responsables et ouvertes à tous.

* * * *

Bibliographie

- ACM, I.P (2015). *Plano Estratégico para as Migrações, 2015-2020*. Lisboa: ACM, I.P.
- Benhabib, S., Resnik, J. (Eds.), (2009). *Migrations and Mobilities. Citizenship, Borders, and Gender*. (pp. 333-386). New York: New York University Press.
- Berry, J. (1997). Immigration, Acculturation and Adaptation. *Applied Psychology*, 46, 5-68.
- Bragg, R. (2008). Maternal deaths and vulnerable migrants. *The Lancet*, 371 (9616), 879-881.
- Comité Económico e Social Europeu (2004). Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre a “Convenção Internacional para os Trabalhadores Migrantes” (JO nº C 302, de 7 de Dezembro/2004). CESE.
- Christie, D., Wagner, R., Winter, D. (Ed), (2001). *Peace, conflict and violence: Peace Psychology for the 21st century*. New Jersey: Prentice Hall.
- D'Alessandro, I. (Coord.), (2019). *La cité interculturelle pas à pas*. Strasbourg: Conseil de l'Europe.
- Eisenbruch, M. (1988). The mental health of refugee children and their cultural development. *The International Migration Review*, 22 (2), 282-300.
- Essen, B., Hanson, B., Ostergren, P. (2000). Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, 79, 737-742.
- Fetzer, J. (2000). *Public attitudes toward immigration in the United States, France and Germany*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Flores, G. (2006). Language barriers to health care in the United States. *N. Engl. J. Med.* 355 (3), 229-231.

- Hommes et Migrations (2019). *Religion et discrimination*. N° 1324, 2019/1, 236 p., Paris: Musée de l'Histoire de l'Immigration.
- Huddleston, T., Bilgili, O., Joki, A.L., Vankova, Z. (2015). *Migrant Integration Policy Index - MIPEX 2015*. Barcelona/Brussels: CIDOB and MPG. <http://www.mipex.eu/>
- Jacques P. (2004). Souffrance psychique et souffrance sociale. *Pensée Plurielle*. 2 (8), 21- 29.
- Lazarus, A., Strohl, H. (1995). *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville : Rapport IGAS (1995161).
- Machado, M., Santana, P., Carreiro, M., Nogueira, H., Barroso, M., & Dias, A. (2006). *Iguais ou diferentes? Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes*. Lisboa: Bial.
- Maisondieu, J. (1997). *La fabrique des exclus*. Paris : Bayard.
- Marmot, M. (2006). Health in an unequal world. *The Lancet*, 368 (9552), 2081-2094.
- Mosher, W., Martinez, G., Chandra, A., Abma, J., Willson, S. (2004). Use of contraception and use of family planning services in the United States. *Advance Data*, 350, 1-36.
- Oliveira, C.R., Gomes, N. (Coord.), (2019). *Indicadores de Integração de Imigrantes. Relatório Estatístico Anual 2019*. Observatório das Migrações, Lisboa: ACM, IP
- Organisation des Nations Unies (2015). *Les 17 Objectifs de développement durable*. (ODD). ONU: 2015.
- PNUD (2009). *Lever les barrières. Mobilité et développement humain*. Rapport Mondial sur le Développement Humain, PNUD.
- PCM/ACIDI, IP. (2010). *II Plano para a Integração dos Imigrantes, 2010-2013*. Lisboa: ACIDI, IP.
- Ramos, N. (2008). A diversidade cultural na cidade: Problemas e desafios. In L. Rubim & N.

- Miranda (Org.), *Transversalidades da cultura* (pp.133-179). Salvador: EDUFBA.
- Ramos, N. (2009). Saúde, Migração e Direitos Humanos. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 17 (1), 1-11.
- Ramos, N. (2012). Migração, Maternidade e Saúde. *Revista Reportório, Teatro e Dança*. Número Temático: Movimento, Criatividade e Cura. UFBA, 15 (18), 71-83.
- Ramos, N. (2013). Interculturalidades e mobilidades no espaço europeu: viver e comunicar entre culturas. In H. Pina, F. Martins, C. Ferreira (eds). *Grandes problemáticas do espaço europeu: estratégias de (re)ordenamento territorial no quadro de inovação, sustentabilidade e mudança*. (pp. 343-360). Porto: Faculdade de Letras, Universidade do Porto.
- Ramos, N.(2014). Famílias migrantes: acolhimento e solidariedade na sociedade multicultural. *Revista Cidade Solidária*, 32, 14-21. Número temático – *Família e Sociedade: Coesão e Desenvolvimento*. Lisboa, Santa Casa da Misericórdia.
- RPCI (2019). *The Portuguese network of Intercultural Cities*. Strasbourg: Council of Europe. <https://www.coe.int/en/web/interculturalcities/portugal>.
- Sandercock, L. (2004). Reconsidering multiculturalism: towards an intercultural project. In Ph.Wood. (ed.). *Intercultural city reader* (I). Bournes Green: Comedia.
- Scheppers, E. *et al.* (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family Practice*, 23, 325-348.
- Troe, E. (2008). *Ethnic differences in fetal growth, birth weight and infant mortality*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Viñar, M. (1992). *Exílio e Tortura*. S. Paulo: Ed. Escuta.
- WHO - World Health Organization (2003). *International migration, health and human rights*.

- *Health & Human Rights Publication Series Issue, n.4. Geneva: WHO.*
- WHO - World Health Organization (2004). *The Amsterdam Declaration: Towards Migrant*
- *Friendly Hospitals in an Ethnoculturally Diverse Europe. MFH: Task Force.*