



DROITS POUR L'ACCÈS
À LA SANTÉ SEXUELLE
ET REPRODUCTIVE

PROJET MIGRATION MIXTE DES JEUNES

MOTEURS DE MIGRATION ET BESOINS EN SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

A propos d'une enquête quantitative et qualitative auprès de jeunes migrants dans le Grand Tunis 2017

Avril 2018





REMERCIEMENTS

Le Bureau du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) tient à présenter ses remerciements à tous ceux qui ont facilité la conduite de sa mission.

Il remercie Dr Amel Ben Said, Consultante du projet pour ses efforts louables dans la planification, la mise en oeuvre, le suivi du projet, ainsi que son appui technique .

Il remercie l'équipe de l'UNFPA en Tunisie : M. Chokri Ben Yahia et Melle Wafa Dhaouadi qui ont facilité le travail, mobilisé les partenaires et acteurs de terrain, se sont engagés à fournir les informations demandées et ont fait preuve d'un dévouement exceptionnel dans la qualité de la coordination aussi bien à l'échelle nationale qu'à l'échelle du projet dans sa globalité.

Ses vifs remerciements s'adressent également à toute l'équipe du projet et en particulier : M. Romesh Silva et Melle Diana Kumer du siège de l'UNFPA, Mme Celine Mazars du bureau régional ESARO de l'UNFPA pour l'apport technique et l'encadrement de tout le processus de collecte des données.

Il remercie M. James Quinn du Conseil Danois pour les réfugiés (Mixed migration monitoring mechanism « DRC/4Mi ») pour avoir rendu la col-

lecte, le suivi et l'analyse des données possibles et instantanément partageables entre tous les membres de l'équipe du projet.

l'UNFPA exprime sa reconnaissance à toute l'équipe de l'association tunisienne de la santé de la reproduction (ATSR) et particulièrement Mme Irzek Khnitech pour le support logistique qui a facilité le bon déroulement de la mission.

Il remercie aussi toutes les personnes du milieu institutionnel ou associatif (Association Médecins du Monde, organisation internationale pour la migration) ou même à titre personnel ainsi que tous les enquêteurs qui ont aidé à la réalisation de l'enquête de terrain aussi bien quantitative que qualitative.

Ses vifs remerciements s'adressent aux consultants qui ont contribué à la collecte et à l'analyse de données précieuses dans le cadre de ce travail. Il s'agit de Madame et Messieurs Hiddi Horcheni, Adel Ayari et Ramy Khouili.

Il veut tout spécialement exprimer sa profonde reconnaissance à tous les migrants : ceux qui ont accepté de participer à l'enquête et ceux qui ont livré des témoignages francs et sincères et ont enrichis ce travail de leur expérience. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre gratitude.

Dr Rym Fayala
Représentante Assistante





ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

- **ARV** Antirétroviraux
- **ATSR** Association Tunisienne de la Santé de la Reproduction
- **DRC** Conseil Danois pour les Réfugiés
- **ESARO** Bureau régional de l'UNFPA pour les pays de l'Est et du Sud de l'Afrique
- **MdM** Médecins du Monde
- **NU** Nations Unies
- **OIM** Organisation Internationale pour les Migrations
- **ONG** Organisation Non Gouvernementale
- **PNLS** Programme National de Lutte contre le SIDA
- **SIDA** Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
- **SSR** Santé Sexuelle et Reproductive
- **UNFPA** Fonds des Nations Unies pour la Population
- **UNHCR** Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
- **VFG** Violence Fondée sur le Genre
- **VIH** Virus de l'Immunodéficience Humaine



RESUME



INTRODUCTION

En préparation de la 51^{ème} session de la commission des Nations Unies (NU) sur la population et le développement planifiée pour la période 9-13 avril 2018 pour débattre de la problématique migratoire, l'UNFPA s'est chargé de mener une enquête multicentrique dans quatre villes (Tunis, Beyrouth, Le Caire et Nairobi) en vue de produire des connaissances sur la migration des jeunes dans cette région du monde qui serviront pour le plaidoyer et aussi la prise de décision.

L'enquête s'inscrit dans le cadre d'un projet global intitulé « Youth Mixed Migration Project » conduit par l'UNFPA en partenariat avec le Conseil Danois pour les réfugiés (Mixed migration monitoring mechanism « DRC/4Mi »).

Le projet a pour objectifs de :

- Décrire les moteurs de la migration des jeunes, y compris les facteurs push and pull,
- Explorer les vulnérabilités liées à la santé sexuelle et reproductive (SSR) ainsi que les besoins en connaissances et en services des jeunes migrants dans les centres urbains,
- Générer des données en temps réel sur l'expérience des jeunes migrants, en particulier en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive des adolescents / jeunes, la violence basée sur le genre et l'autonomisation socio-économique
- Mettre à disposition des acteurs clés et des planificateurs des données pour informer la prestation de services et les efforts de plaidoyer.

En Tunisie, l'UNFPA et l'ATSR collaborent pour la mise en œuvre de ce projet.

POPULATION ET METHODES

Il s'agit d'une enquête quantitative par questionnaire administré auprès de 311 jeunes migrants âgés entre 18 et 29 ans résidant dans le Grand Tunis, réalisée entre le 09 septembre et le 13 octobre 2017. L'échantillonnage a été adossé à une cartographie des migrants dans le Grand Tunis qui a tenu compte de la distribution des jeunes migrants par localité et parfois même par segments de localité, de l'heure et des points de rencontre de la population étudiée, des nationalités et autres informations spécifiques.

La collecte de données a été faite sur tablette à travers l'application Qualtrix sur laquelle le questionnaire validé a été téléchargé. Les interviewers ont reçu une formation intense et l'enquête a été précédée par un test pilote.

L'enquête quantitative a été complétée par une enquête qualitative par focus groups conduite en novembre 2017 auprès de quatre (4) groupes de migrants résidant dans le Grand Tunis, un (1) groupe d'acteurs clés et un (1) groupe de professionnels de santé.

L'approbation éthique de tout le travail a été obtenue du comité d'éthique biomédicale de l'Institut Pasteur.

RESULTATS

1) CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES :

Parmi les 311 répondants, 56.6% étaient de sexe féminin (n=176). La moyenne d'âge était de 23 ans pour les femmes et 24 ans pour les hommes ; 75.2% ne vivaient dans aucune forme de relation conjugale en Tunisie (n'étaient pas en couple).

La nationalité ivoirienne était prédominante (29.5%) suivie des nationalités camerounaise et malienne (10.3% chacune) puis congolaise (8.4%). Seuls 12 répondants étaient de nationalité syrienne soit 3.9%.

2) MOTEURS DE MIGRATION :

Push factors :

Plus de 90% des migrants sont arrivés en Tunisie après 2013. Les facteurs qui les ont poussés à migrer étaient essentiellement les études dans 27% des cas, le facteur économique dans 25% des cas et les raisons de sécurité dans 7% des cas.

Pull factors :

38% des migrants ont cité les opportunités de travail et la qualité de vie, 17% ont cité les opportunités économiques associées à la sécurité et en troisième position les opportunités de poursuivre des études (14%).

Attentes :

57% des femmes et 37% des hommes ont trouvé la situation en Tunisie plus difficile qu'ils ne s'y attendaient.

3) SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE :

Connaissances :

L'âge auquel les répondants ont commencé à apprendre des choses sur la SSR était compris

entre 10 et 14 ans dans 57.4% des cas et entre 15 et 19 ans dans 36.1% des cas. Les femmes se considéraient bien informées en SSR dans 36.2% des cas contre 44.2% des cas chez les hommes. Les répondants pensaient qu'on peut guérir du sida dans 18.9% des cas et ne savaient pas répondre dans 32.2% des cas. Par ailleurs, 62.7% des femmes et 65.9% des hommes ont déclaré qu'une personne peut faire un simple test VIH pour savoir si elle est séropositive. A propos de la contraception, les répondants ont cité spontanément une moyenne de trois méthodes mais 26.6% des femmes contre 41.3% des hommes ont dit que la contraception rend la femme stérile.

Attitudes :

61.3% des femmes et 65.9% des hommes étaient d'accord à ce qu'une fille et un garçon qui s'aiment aient des relations sexuelles (p=0.4). Seuls 4.9% n'étaient pas d'accord avec l'idée qu'un garçon doit parfois forcer une fille à avoir des rapports sexuels s'il l'aime et seulement 6.5% des répondants n'étaient pas d'accord avec l'idée qu'il est justifié qu'un garçon frappe parfois sa petite amie. Parmi les jeunes migrants interviewés, 65% pensaient que leurs amis n'utilisaient pas régulièrement le préservatif.

Expériences :

69% des femmes interviewées et 76.1% des hommes ont déclaré avoir eu des relations sexuelles (p<0.02) et 84.6% des répondants ignoraient où accéder aux services SSR. L'utilisation des services SSR a été retrouvée chez 62 répondants dont 37 femmes soit le cinquième des interviewés. Parmi ces femmes, 26 ont accouché dans des structures de santé dont 12 étaient non satisfaites par le service.

DISCUSSION

Les jeunes migrants sont poussés de quitter leur pays d'origine pour des raisons économiques, des études et en troisième position pour fuir l'insécurité politique comme c'était le cas des migrants ivoiriens ou arabophones (Syrie et Libye).

La Tunisie les a attirés pour être un pays de transit du fait que l'entrée pour certaines nationalités ne requière pas de visa d'entrée, de sa proximité de l'Europe et de la bonne réputation de ses diplômés d'études supérieures.

En termes de SSR, les migrants dans leur majorité étaient sexuellement actifs, ont commencé tôt à s'informer sur la sexualité mais moins de la moitié parmi eux se jugeait bien informée, les fausses idées sont retrouvées par rapport à la contraception et au VIH et particulièrement au niveau du test VIH.

A côté, nous avons trouvé des attitudes libérales eu égard les relations sexuelles mais des opinions moins claires vis-à-vis la VFG. Les focus groups ont d'ailleurs mis en évidence des attitudes différentes allant de celle rejetant la VFG à celles qui la tolèrent.

La connaissance des méthodes contraceptives est satisfaisante vu que les répondants citaient en moyenne trois méthodes contraceptives mais l'usage du préservatif semble limité.

L'enquête qualitative a montré un niveau de satisfaction de la qualité des services dans le secteur privé bien meilleur que dans le secteur public. Les migrants se plaignaient surtout de la qualité de l'accueil et de la communication avec les infirmières et les agents d'accueil particulièrement.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

les jeunes migrants vers la Tunisie sont attirés par la proximité de ce pays de l'Europe qui constitue leur destination finale.

Du fait de leur situation irrégulière, ils vivent dans la vulnérabilité socio-économique. Leurs connaissances surtout en matière d'infection à VIH sont assez faibles. Ils sont sexuellement actifs mais l'usage du préservatif est faible. Ceux qui ont utilisé les services SSR, sont peu satisfaits de la qualité des services surtout dans le secteur public.



Il est recommandé de faire le plaidoyer pour la création d'une unité de gestion socio-sanitaire destinée aux migrants au sein du Ministère des Affaires Sociales et de renforcer le travail en réseaux entre les différents intervenants.





TABLE DES MATIÈRES



- 01 Remerciements
- 03 Abréviations et acronymes
- 05 Résumé
- 10 Liste des tableaux
- 11 Liste des figures
- 12 Introduction et Justification

14 CHAPITRE 1: METHODOLOGIE ET APPROCHE

- 15 I. Revue de la littérature
- 15 II. Définitions
- 16 III. Population et méthodes
 - III.1 A propos de l'enquête quantitative
 - III.1.1 Population d'étude
 - III.1.2 Méthodes
 - III.1.3 Suivi (monitoring)
 - III.2 A propos de l'enquête qualitative
- 22 IV. Approche éthique
- 22 V. Partenaires de mise en œuvre
- 23 VI. Difficultés rencontrées

24 CHAPITRE 2: RESULTATS

- 26 I. Caractéristiques démographiques de la population
- 29 II. Moteurs de migration auto rapportés
 - II.1 Push et pull factors
 - II.2 Attentes auto rapportées, risques encourus et réévaluation hypothétique de l'acte migratoire
 - II.3 Communication sur l'expérience de la migration
- 35 III. Santé sexuelle et reproductive (SSR)
 - 35 III.1 Connaissances générales
 - III.1.1 Principale source d'information en SSR
 - III.1.2 Age des jeunes migrants auquel ils ont appris des informations sur la SSR
 - III.1.3 Perception des jeunes migrants à propos de leur niveau d'informations sur la SSR
 - 38 III.2 Niveau et contenu des connaissances

	III.2.1 Premiers rapports sexuels et grossesse
	III.2.2 Effet de la masturbation sur la santé
	III.2.3 Connaissances sur l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
	III.2.4 A propos de la contraception
42	III.3 Attitudes
	III.3.1 Opinion des jeunes migrants sur les relations sexuelles entre fille et garçon non mariés qui s'aiment
	III.3.2 Opinion des jeunes migrants sur la violence fondée sur le genre (VFG)
	III.3.3 Opinion des jeunes migrants sur la contraception
47	III.4 Santé, santé sexuelle et reproductive et utilisation des services
	III.4.1 Santé et santé sexuelle et reproductive
	III.4.2 Utilisation des services de santé sexuelle et reproductive
	III.4.3 A propos des établissements de soins SSR « amis des jeunes »
	III.4.4 Cas des migrantes interviewées ayant accouché depuis leur arrivée en Tunisie
53	III.5 Barrières d'accès aux services SSR

56 CHAPITRE 3 : DISCUSSION

58 I. Méthodologie

58 II. Moteurs de migration

62 III. Santé sexuelle et reproductive

69 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

72 BIBLIOGRAPHIE

74 ANNEXES

75 Annexe 1 :

Synthèse de revue de la littérature

88 Annexe 2 :

Etude qualitative sur la migration mixte des jeunes et besoins en services de santé sexuelle et reproductive. Rapport de synthèse 2017

100 Annexe 3 :

Visa éthique



LISTE DES TABLEAUX



Tableau 1 : Tableau utilisé pour dresser la cartographie

Tableau 2 : Groupes participant à l'enquête qualitative selon des objectifs spécifiques

Tableau 3 : Répartition des répondants par nationalité et par sexe

Tableau 4 : Période d'arrivée des migrants en Tunisie par sexe

Tableau 5 : Répartition des répondants migrants selon le sexe et le profil des personnes en qui ils ont confiance

Tableau 6 : Répartition des push factors selon le sexe

Tableau 7 : Répartition des pull factors selon le sexe

Tableau 8 : Répartition des réponses à la question « Est-ce que quelqu'un vous a encouragé à migrer ? » selon le sexe

Tableau 9 : Répartition de la principale source d'information en matière de SSR par sexe

Tableau 10 : Répartition des méthodes contraceptives citées par sexe

Tableau 11 : Opinion des migrants selon le sexe sur l'usage du préservatif

Tableau 12 : Jeunes migrants et services de soins SSR reçus

Tableau 13 : Appréciations des répondants selon le sexe de la qualité d'accueil des établissements de soins SSR

Tableau 14 : Appréciations des répondants selon le sexe de la qualité de l'information reçue et de la confidentialité

Tableau 15 : Répartition par sexe des raisons ayant empêché les répondants à demander de l'aide médicale

Tableau 16 : Opinion des répondants selon le sexe sur l'influence des croyances des prestataires de services de santé sur leur interaction avec les migrants



LISTE DES FIGURES



Figure 1 : Répartition des répondants par situation de vie et sexe

Figure 2 : Répartition des réponses par sexe à la question : « Est-ce que le temps passé dans cette ville a été plus difficile que prévu ou comme prévu ou bien moins difficile que ce que vous aviez envisagé? »

Figure 3 : Prise de conscience des risques depuis le pays d'origine

Figure 4 : Répartition par sexe à la question « auriez-vous migré en sachant ce que vous savez? »

Figure 5 : Répartition des réponses à la question « Encourageriez-vous les autres à migrer irrégulièrement en sachant ce que vous savez maintenant ? » par sexe

Figure 6 : Répartition de l'âge auquel les répondants ont commencé à apprendre des choses sur la SSR par sexe

Figure 7 : Répartition des réponses à la question par sexe « D'une manière générale, pensez-vous être bien informé (e) sur la SSR? » par sexe

Figure 8 : Répartition des réponses selon le sexe à la déclaration « une femme peut tomber enceinte la toute première fois qu'elle a des rapports sexuels »

Figure 9 : effet de la masturbation sur la santé selon le sexe

Figure 10 : Répartition des réponses par sexes à la possibilité de guérir du sida

Figure 11 : Répartition par sexe des répondants à la déclaration « Il est possible de contracter le VIH et de mener une vie saine »

Figure 12 : « une personne peut savoir si elle est séropositive par simple test VIH » répartie par sexe

Figure 13 : Répartition des réponses par sexe à la déclaration « la contraception rend la femme stérile »

Figure 14 : Répartition par sexe de l'opinion des jeunes migrants sur les relations sexuelles entre fille et garçon non mariés qui s'aiment

Figure 15 : Répartition par sexe de l'opinion des jeunes migrants sur les rapports sexuels forcés

Figure 16 : Répartition par sexe de l'opinion des jeunes migrants sur la violence physique

Figure 17 : Répartition par sexe de l'opinion des jeunes migrants sur le fait d'envisager de subir un avortement ou de le faire subir à la partenaire

Figure 18 : Répartition par sexe de l'opinion des migrants sur la responsabilité de la femme en termes de contraception

Figure 19 : Perception de la santé selon le sexe
Figure 20 : Répartition de l'activité sexuelle selon le sexe

Figure 21 : Répartition de l'âge au premier rapport sexuel selon le sexe

Figure 22 : Connaissance des structures dispensant des services SSR par les migrants selon le sexe

Figure 23 : Répartition des motifs de consultation des structures de santé par sexe

Figure 24 : Répartition par sexe des types de structures de santé visitées

Figure 25 : Appréciation du coût des prestations SSR les répondants selon le sexe

Figure 26 : Répartition des réponses selon le sexe à l'existence éventuelle d'empêchement à demander de l'aide médicale

Figure 27 : Répartition des réponses selon le sexe à la question relative à l'éventuel sentiment de malaise dans les structures de santé.



INTRODUCTION ET JUSTIFICATION



Selon le rapport des Nations Unies sur la migration (2015), le monde comptait en 2015, 244 millions de migrants internationaux, soit une augmentation de 41% par rapport à 2000. Ce chiffre comprend près de 20 millions de réfugiés. L'âge moyen des migrants dans les pays à faible revenu est de 25 ans. En 2016, plus de 5000 personnes ont péri noyées en tentant de gagner les rivages de l'Europe (UNHCR, 2016).

En dépit de tous les risques, les flux de migrants et de réfugiés ne cessent de croître et deviennent une préoccupation majeure pour les organismes et institutions qui sont concernés par la gestion du phénomène migratoire et les droits des migrants surtout face aux politiques des gouvernements qui deviennent plus restrictives. En effet, ces personnes en mobilité sont exposées à des violations de leurs droits, leur accès à des services juridiques, sociaux et de santé est généralement limité dû à de multiples barrières socioéconomiques, linguistiques, culturelles et même juridiques.

Face à ces réalités, la commission des Nations Unies (NU) sur la population et le développement a projeté de débattre la problématique migratoire au cours de sa 51^{ème} session planifiée pour la période 9-13 avril 2018 pour laquelle elle a choisi le thème « Villes durables, mobilité humaine et migration internationale »¹. A cet effet et en préparation de cet important événement, l'UNFPA, agence des Nations Unies (NU) assurant le secrétariat de cette commission, s'est chargé de mener une enquête multiculturelle dans quatre villes (Tunis, Beyrouth, Le Caire et Nairobi) en vue de produire des connaissances sur la migration des jeunes dans cette région du monde qui serviront pour le plaidoyer et aussi la prise de décision. Les quatre villes sont situées dans des pays où il existe une mobilité forcée et volontaire, à la fois interne et internationale, et dans des lieux où l'UNFPA dispose de solides programmes de soutien aux pays.

¹In : <https://www.un.org/en/development/desa/population/commission/sessions/2018/index.shtml>

L'enquête s'inscrit dans le cadre d'un projet global intitulé « **Youth Mixed Migration Project** » conduit par l'UNFPA en partenariat avec le Conseil Danois pour les réfugiés (Mixed migration monitoring mechanism initiative« DRC/4Mi »). Le projet a pour objectifs de :

- Décrire les moteurs de la migration des jeunes, y compris les facteurs push and pull
 - Explorer les vulnérabilités liées à la santé sexuelle et reproductive (SSR) ainsi que les besoins en connaissances et en services des jeunes migrants dans les centres urbains,
 - Générer des données en temps réel sur l'expérience des jeunes migrants, en particulier en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive des adolescents / jeunes, la violence basée sur le genre et l'autonomisation socio-économique
 - Mettre à disposition des acteurs clés et des planificateurs des données pour informer la prestation de services et les efforts de plaidoyer.
- Le choix de la Tunisie parmi les centres urbains choisis comme zone cible de l'enquête vient du fait que depuis la crise humanitaire libyenne suivie par la crise syrienne et les troubles politiques en Afrique subsaharienne, notamment en Côte d'Ivoire, le profil de la migration en Tunisie a changé. La Tunisie compte aujourd'hui des réfugiés, des demandeurs d'asile sans statut, des migrants en situation irrégulière, des « Harega » en plus des migrants réguliers venant des pays

du Maghreb, de l'Afrique Subsaharienne et des pays européens voisins pour des raisons diverses.

En revanche, peu d'études ont essayé de faire une analyse de la situation des différents groupes de migrants : leurs besoins en santé, leurs vulnérabilités³, le cadre législatif régissant l'accès de ces groupes⁴ à des services sociaux et de santé. En plus, dans toutes ces analyses, les migrants sont généralement répartis par nationalité et profil de migration (réguliers, réfugiés, irréguliers...) ne permettant pas une extrapolation des données recueillies à certains groupes ayant des profils spécifiques tels que les jeunes migrants.



En conséquence, il est attendu de cette enquête qu'elle améliore sensiblement les connaissances sur les moteurs de migration mixte des jeunes vers la Tunisie, les déterminants de leur vulnérabilité et les barrières qui entravent leur accès à des soins SSR.



² ONFP.2016 Evaluation des bases de vulnérabilités socioéconomiques et sanitaires des migrants pour un accès effectif aux services de santé en Tunisie

³ IOM.2013. Etude Exploratoire sur la traite des personnes en Tunisie

⁴ MdM.2017 Plaidoyer pour l'accès des migrants au droit à la santé en Tunisie



CHAPITRE 1

MÉTHODOLOGIE ET APPROCHE



I. REVUE DE LA LITTÉRATURE

La revue documentaire s'est appuyée sur : (i) une revue de la littérature grise (rapports d'études tunisiennes et étrangères) ; (ii) une revue scientifique en utilisant la base de données « pubmed », et « health systems evidence ». Les mots clés de recherche étaient « migrant », « migration irrégulière », « migration en Tunisie », « emigration flows », « migrant, reproductive health » ; (iii) la visite de sites web d'organisations internationales s'occupant des questions de migration et de population (Nations Unies, UNFPA, OIM, UNHCR, ...) ainsi que le site web de l'Institut National de la Statistique.

La recherche dans la littérature (voir annexe 1 : Synthèse de revue de la littérature) a permis de :

- ✓ Obtenir des définitions de termes techniques pour l'objet (voir plus loin),
- ✓ Prendre connaissance du cadre législatif qui régit la migration en Tunisie,
- ✓ Déterminer les intervenants clés auprès des migrants vulnérables en Tunisie,
- ✓ Faire le constat par ailleurs de la pénurie de données sur les migrants vers la Tunisie qui sont en situation irrégulière contrairement aux migrants réguliers sur lesquels les données sont disponibles du fait du recensement général de la population qui est conduit tous les dix ans en Tunisie et les mises à jour faites par l'Institut National de la statistique .

II. DÉFINITIONS

DEMANDEUR D'ASILE



Personne demandant à obtenir son admission sur le territoire d'un Etat en qualité de réfugié et attendant que les autorités compétentes statuent sur sa requête.

FACTEURS D'ATTRACTION ET DE RÉPULSION (PUSH AND PULL FACTORS):



Modèle explicatif des phénomènes migratoires fondé sur la combinaison d'éléments répulsifs favorisant l'émigration (tels que des problèmes économiques sociaux et politiques dans le pays d'origine) et d'éléments attractifs dans le pays de destination (OIM).

MIGRANT



Selon l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), un migrant est « toute personne ayant traversé une frontière internationale sans prise en considération des raisons du déplacement, du statut, ni de la durée de son séjour.

MIGRANTS VULNÉRABLES



sont des personnes migrantes qui se trouvent exposées à des risques menaçant leur existence ou leur bien être nécessitant une assistance spécifique immédiate.⁵

MIGRANT EN SITUATION RÉGULIÈRE



Migrant dont l'entrée et le séjour sur le territoire d'un Etat étranger sont conformes au droit applicable.

MIGRANT EN SITUATION IRRÉGULIÈRE



Selon l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), un migrant est «toute personne ayant traversé une frontière internationale sans prise en considération des raisons du déplacement, du statut, ni de la durée de son séjour.

MIGRATION MIXTE



les flux migratoires mixtes sont constitués de migrants et de réfugiés qui utilisent de plus en plus souvent les mêmes routes et les mêmes moyens de transport pour se rendre à l'étranger. Si ces personnes se trouvent dans l'impossibilité d'entrer légalement dans un pays, elles ont souvent recours à des passeurs. Elles s'engagent alors dans des voyages périlleux, que ce soit par voie terrestre ou maritime, des voyages au cours desquels nombre d'entre elles trouvent la mort.⁶

TRAITE DE PERSONNES



Terme désignant « le recrutement, le transport, le transfert, l'hébergement ou l'accueil de personnes, par la menace de recours ou le recours à la force ou à d'autres formes de contrainte.

III. POPULATION ET MÉTHODES

Il s'agit d'une enquête quantitative par questionnaire administré auprès de 311 jeunes migrants âgés entre 18 et 29 ans résidant dans le Grand Tunis, réalisée entre le 09 septembre et le 13 octobre 2017.

L'enquête quantitative a été complétée par une enquête qualitative par focus groups conduite en novembre 2017 auprès de quatre (4) groupes de migrants résidant dans le Grand Tunis, un (1) groupe d'acteurs clés et un (1) groupe de professionnels de santé.

III.1 À PROPOS DE L'ENQUÊTE QUANTITATIVE

III.1.1 POPULATION D'ÉTUDE

A. ÉTABLISSEMENT D'UNE CARTOGRAPHIE DES MIGRANTS DANS LE GRAND TUNIS

L'objectif visé par cette étude n'était pas la représentativité au sens statistique du terme mais bien plus l'analyse de situation des migrants en s'approchant de leur réalité. De plus, en l'absence de base de sondage sur la population sujet de migration mixte vers la Tunisie, l'estimation de la taille de la population de référence a été faite à l'aide d'une cartographie qui a été dressée par un consultant et affinée à travers deux focus group réalisés avec des migrants, des entretiens avec des acteurs clés et une visite du terrain (voir annexe 2 : cartographie des migrants dans le Grand Tunis).

⁵ OIM in: http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml9_fr.pdf (Visité le 25 Juin 2017)

⁶ UNHCR in : <http://www.unhcr.org/fr/migration-mixte.html> (visité le 08 décembre 2017)

Un tableau a été dressé comportant :

- ✓ En lignes : les localités (quartiers) dans lesquelles les jeunes migrants ont été identifiés⁷
- ✓ En colonnes : le nombre estimé de jeunes migrants résidant dans la localité, les segments composant la localité chaque fois que c'était possible ainsi que le nombre estimatif de jeunes migrants 18-29 ans par segment, les points de rencontre, des commentaires concernant la nationalité des migrants, l'accessibilité durant les heures de la journée et les jours de semaine et toute autre information utile.

TABLEAU 1 : TABLEAU UTILISÉ POUR DRESSER LA CARTOGRAPHIE

Localité	Nombre estimatif de jeunes 18-29 ans	Segments	Nbre estimatif de jeunes 18-29 ans	Points de rencontre (hot spots) ⁷	Commentaire
Localité 1	500	Segment 1	200	Point 1 Point 2	Majorité de la Côte d'Ivoire Femmes disponibles durant le week end car travaillent comme femmes de ména
		Segment 2	300		

La cartographie nous a permis d'avoir les informations suivantes sur notre population de référence :

- ▶ la répartition des lieux de résidence sur neuf (09) localités et vingt-six (26) segments ;
- ▶ une estimation approximative de la population 18-29 ans qui était d'environ 2000 personnes répartie par localité et par segment à l'intérieur de la localité ;
- ▶ des points de rencontre accessibles comme les grandes surfaces, les marchés, églises etc. ; (iv) certaines de ses caractéristiques comme la nationalité, le sexe, la catégorie de migrants (réguliers, irrégulier), le type de travail exercé etc.

Toutefois, il y a lieu de souligner que les lieux de résidence des migrants arabophones libyens et syriens ont été moins bien définis pour deux raisons principales : (i) cette sous population moins nombreuse que la population subsaharienne est quasiment fusionnée dans la population tunisienne et (ii) elle était moins bien connue par le groupe des enquêteurs qui ne comprenait pas de membre d'origine syrienne ou libyenne.

⁷ Les points de rencontre ont été mémorisés par GPS afin de faciliter l'accès des interviewers.

B. CRITÈRES D'EXCLUSION

Étaient exclus de cette étude, les migrants venus en Tunisie accompagnés de leurs parents et ceux n'ayant pas l'intention de quitter la Tunisie.

C. ÉCHANTILLONNAGE

Le protocole de l'enquête ne visait pas la représentativité surtout que nous ne disposions pas de base de données sur la population de référence plus qu'il ne visait la génération d'informations utiles qui vont permettre à l'UNFPA, ses partenaires et la communauté internationale de mieux comprendre les moteurs de migration, la vulnérabilité des migrants et surtout les barrières qui entravent leur accès aux services SSR en tant que jeunes.

Toutefois, nous avons fondé l'estimation de l'échantillon sur la base de couvrir les 26 segments en recrutant au moins 10% de la population estimée dans chaque segment ou localité et en assurant la parité de genre. Cela nous a donné un échantillon de 200 personnes. Comme la VFG était l'une des variables prioritaires à étudier, l'échantillon a été volontairement étendu avec l'objectif d'atteindre une composition de genre faite de 60% de femmes contre 40% d'hommes. Finalement, notre échantillon a atteint la taille de 311 personnes dont 176 étaient de sexe féminin soit 56.6%.

D. MODE DE RECRUTEMENT DES MIGRANTS

Le protocole de l'enquête était fondé sur l'échantillonnage basé sur la localité de résidence et le temps de disponibilité de la population étudiée (location and time based sampling design). Le recrutement a été fait directement par l'enquêteur (ou interviewer) au niveau d'un point de repère du segment. Les interviews ont été

réalisées à la convenance des interviewés soit dans des lieux publics (cafés, salons de coiffure, jardins publics, grandes surfaces) ou à domicile des interviewés ce qui a été majoritairement le cas.

III. 1.2 MÉTHODES

A. OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES

- Un questionnaire pour interview comprenant 187 questions a été élaboré^a dans trois versions anglaise, arabe et française comprenant trois parties :

1. Identification et informations démographiques sur les interviewés,
2. Les moteurs de la migration en termes de « Push and pull factors »,
3. La santé sexuelle et reproductive (SSR) : connaissances, attitudes, utilisation des services SSR, qualité des services SSR (voir anexe3 : questionnaire).

- Un smartphone par interviewer servant de support de saisie des données

- Une application Qualtrix sur laquelle le questionnaire a été téléchargé par un expert de DRC/4Mi et a servi pour la collecte, le suivi et la sauvegarde des données.

B. MOYEN DE COLLECTE DES DONNÉES

La collecte des données a été réalisée sur le terrain par une équipe de dix (10) enquêteurs et un (01) superviseur (team leader) sous la responsabilité directe de DRC/4Mi qui était aussi chargé de la collecte des données dans les trois (03) autres villes (Le Caire, Beyrouth et Nairobi).

^aLe questionnaire a été élaboré par l'équipe du projet « Mixed migration Project » et traduit et corrigé par l'équipe tunisienne.

Huit (08) interviewers ont été sélectionnés au sein de la population migrante originaire de l'Afrique subsaharienne au moyen d'entretiens (voir annexe 4 : guide d'entretien pour la sélection d'interviewer). En plus, deux (02) tunisiens ont été recrutés pour les interviews avec les migrants arabophones.

Pour la formation des interviewers, un manuel de formation a été élaboré (voir annexe 5 : manuel de formation). Les enquêteurs ont bénéficié de deux (02) ateliers de formation :

- ✓ le premier du 21 au 24 août 2017 qui s'est focalisé sur la mise à niveau des connaissances, le renforcement des compétences en matière des valeurs et droits humains, la lecture et la discussion du questionnaire,
- ✓ et le deuxième les 02 et 03 septembre 2017 a été axé sur les modalités pratiques dans la conduite du travail du terrain sur la base d'un guide élaboré pour cet objectif (voir annexe 6 : Conduite du travail sur le terrain) avec des exercices sur l'utilisation de l'instrument de collecte des données et la familiarisation avec le questionnaire ainsi que sur les règles à respecter pour la sécurité des interviewers au cours du travail du terrain.

C. TEST PILOTE



Avant le démarrage de l'enquête du terrain, un test pilote a été réalisé ayant pour objectifs de :

- ✓ tester le questionnaire et l'instrument de collecte (smartphone et l'application) ;
- ✓ apprécier les conditions de conduite de l'interview (sécurité, confidentialité, accessibilité aux interviewés potentiels ; environnement de l'interview),
- ✓ estimer la durée d'une interview,
- ✓ et affiner le mapping le cas échéant.

D. COLLECTE DES DONNÉES



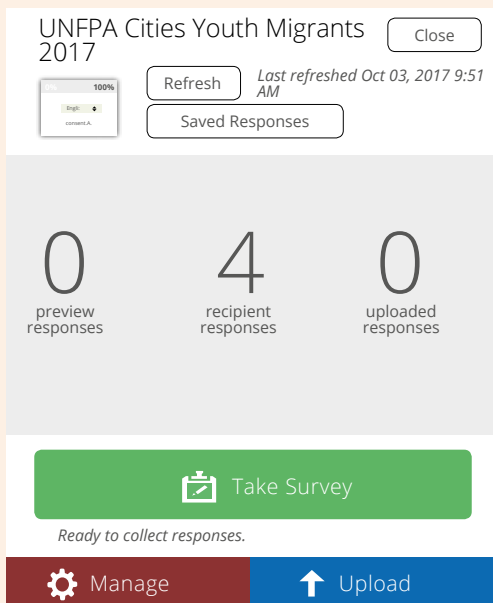
la collecte des données sur le terrain s'est étendue du 09 septembre au 13 octobre 2017 selon un planning préétabli par le superviseur (team leader) prenant en considération la couverture des localités et segments, le genre et le nombre des interviewés touchés par jour.

E. TRAITEMENT DES DONNÉES



Le traitement des données a été fait en temps réel à l'aide de Qualtrix par DRC/4Mi. L'exploitation des données a été faite par l'UNFPA Bureau de Tunisie avec l'appui technique de la consultante nationale.

FIGURE 1 : INTERFACE DE QUALTRIX



III. 1.3 SUIVI (MONITORING)

Le suivi du travail du terrain a été assuré directement par l'équipe de 4Mi (expert et team leader) avec accompagnement et soutien technique de la consultante nationale. Un formulaire de suivi quotidien « daily monitoring log » a été élaboré et téléchargé dans Google Drive permettant ainsi de partager instantanément et simultanément les informations avec les membres de l'équipe tunisienne et aussi avec les autres membres du projet dans les autres pays. En plus, l'équipe pays tenait des réunions hebdomadaires pour veiller à la conformité et à la cohérence du travail du terrain avec la méthodologie tracée. Ce formulaire était divisé en deux parties : (i) la

première partie correspondait au planning quotidien des interviews (les localités à visiter, par qui, le nombre et sexe des interviewés à toucher par enquêteur) et (ii) la deuxième partie était destinée à collecter les informations recueillies en fin de journée par le team leader sur les interviews réalisées en confrontation avec le planning, les plaintes et sentiments des interviewés et les impressions des enquêteurs y compris leur sécurité.

Cet outil a aidé à suivre et à évaluer la qualité du travail sur le terrain et à apporter des corrections le cas échéant.



III. 1 À PROPOS DE L'ENQUÊTE QUALITATIVE

L'enquête qualitative par focus group visait à compléter l'étude quantitative et à approfondir l'analyse des résultats obtenus auprès de groupes de jeunes. Plus spécifiquement, l'enquête cherchait à trouver des explications et identifier des variations clés spécifiques au niveau des moteurs de migration et de l'utilisation des services SSR.

En plus, comme les interviewés au cours de l'enquête quantitative se sont plaints des attitudes et comportements des professionnels de santé d'une part et ont sollicité vivement les organisations non gouvernementales (ONG) pour plus de soutien et d'action au profit des migrants, deux focus groups représentant ces deux profils ont été ajoutés.

Au total, six focus groups totalisant quarante-trois (43) personnes ont été conduits couvrant les profils suivants avec des objectifs spécifiques pour chaque groupe : femmes subsahariennes, femmes victimes de traite,

femmes syriennes, jeunes gens subsahariens, personnel de santé (sages-femmes et infirmières) et acteurs clés représentant des associations et organismes ayant contact et expérience en relation étroite avec l'objet de cette étude (Tableau 2). Un guide d'animation pour chaque focus groupe a été élaboré soit au total six (06) guides (voir annexe 7 : guides d'animation des focus groups).

Le recrutement des participants migrants a été fait par l'intermédiaire de migrants pairs sauf pour les femmes syriennes qui ont été recrutée avec l'aide de l'organisation « Médecins du Monde pour la Tunisie » (MdM). Le focus group des professionnels de santé a été facilité par le directeur d'un groupement de santé de base dans le Grand Tunis. Quant au groupe des acteurs clés, il a été formé au cours d'un atelier de partage des résultats de l'enquête quantitative.

Tous les focus groups ont été enregistrés et les transcriptions faites.

TABLEAU 2 : GROUPES PARTICIPANT À L'ENQUÊTE QUALITATIVE SELON DES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Groupe	Nombre	Objectifs spécifiques
1. Jeunes hommes migrants de l'Afrique subsaharienne	8	- Explorer les moteurs de migration (push et pull factors) - Mieux comprendre leurs attitudes envers la violence fondée sur le genre (VFG) et la violence pratiquée éventuellement entre migrants hommes.
2. Jeunes femmes migrantes de l'Afrique subsaharienne	8	- Explorer les moteurs de migration féminine et détecter d'éventuelles spécificités (push et pull factors) - Relever leurs attitudes et pratiques vis-à-vis des services SSR
3. Jeunes femmes migrantes victimes de traite ⁹	8	- Mieux comprendre le phénomène du trafic de personnes - Déterminer les différents types de violence subis par les victimes de traite
4. Femmes migrantes arabophones d'origine syrienne	8	- Explorer les moteurs de migration et l'utilisation des services SSR étant donné qu'il a été difficile d'interviewer des femmes syriennes au cours de l'enquête quantitative
5. Personnel de santé	5	- Déterminer leurs attitudes et pratiques envers les migrants
6. Acteurs clés	6	- Mieux identifier les barrières d'accès aux services SSR selon l'expérience des acteurs clés.
TOTAL	43	

⁹ En complément à ce focus group, un entretien collectif avec trois femmes victimes de traite originaires de la Côte d'Ivoire a été organisé pour approfondir les caractéristiques de la traite et son impact sur la situation des femmes migrantes en Tunisie.



IV. APPROCHE ÉTHIQUE

Le protocole de l'étude a été soumis au comité d'éthique biomédicale de l'Institut Pasteur de Tunis en sa qualité d'institution de recherche en santé publique. Le visa a été obtenu à la date du **27 juillet 2017 sous le numéro CP 24/17** (voir annexe 8 : visa éthique).

La méthodologie adoptée a été fondée sur une approche privilégiant le respect des droits humains et l'éthique de la recherche. En effet,

l'équipe de pilotage de cette étude dans ses deux volets quantitatif et qualitatif a tenu ses engagements à :

- Informer les enquêtés des objectifs de l'étude,
- Avoir leur consentement,
- Garantir l'anonymat des enquêtés et la confidentialité des données.



V. PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE

Les partenaires de l'équipe UNFPA Tunisie de mise en œuvre de cette étude étaient :

- ▶ A l'échelle internationale : UNFPA/HQ (siège) qui a supervisé les enquêtes au niveau des quatre cités, DRC, les bureaux régionaux de l'UNFPA pour les pays arabes

(ASRO) et les pays de l'Est et du Sud de l'Afrique (ESARO),

- ▶ A l'échelle nationale : le bureau de l'UNFPA à Tunis, ATSR et 4Mi.



VI. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Quelques difficultés ont été rencontrées aussi bien au cours de l'enquête quantitative que qualitative. Parmi ces difficultés, nous citons les suivantes :

1. DIFFICULTÉS DE RECRUTEMENT DES INTERVIEWÉS :

ces difficultés étaient en rapport avec l'âge et à la nationalité. En effet, il était difficile de recruter des migrants âgés de moins de 24 ans et surtout de sexe féminin aussi bien au cours de la phase quantitative que qualitative. En plus, le recrutement des jeunes femmes syriennes était particulièrement difficile au cours de l'enquête quantitative pour probablement les raisons suivantes : (i) le nombre de syriens est faible par rapport aux migrants d'autres nationalités, (ii) nous n'avons pas prévu de recruter des syriens parmi les interviewers afin de faciliter la communication, (iii) la dépendance totale des femmes syriennes de leurs familles qui n'étaient pas toujours favorables à la participation à l'interview,

2. DIFFICULTÉS LOGISTIQUES ET PROCÉDURALES

liées aux aspects financiers et aux délais d'exécution courts qui ont engendré une sorte de pression sur le travail de l'équipe pays,

3. DIFFICULTÉS TECHNIQUES :

ont été observées surtout au cours de l'enquête qualitative. Pour les focus groups en effet, l'équipe globale du projet a proposé des questions standards dans une optique de comparabilité des résultats entre les quatre cités mais ces questions étaient en fait plus adaptées à une « in depth interview » qu'à un focus group et ont entravé en quelque sorte l'interactivité au sein des groupes.



CHAPITRE 2

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE QUANTITATIVE



Dans ce chapitre, seuls les résultats de l'enquête quantitative seront présentés. Les résultats de l'enquête qualitative sont disponibles dans un rapport à part (voir annexe 9 : Etude qualitative sur la migration mixte des jeunes et besoins en services de santé sexuelle et reproductive. Rapport de synthèse 2017) et seront utilisés dans la discussion des résultats de l'enquête quantitative.





I. CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION

Parmi les 311 répondants, 56.6% étaient de sexe féminin (n=176). La moyenne d'âge était de 23 ans pour les femmes et 24 ans pour les hommes ; 75.2% ne vivaient dans aucune forme de relation conjugale en Tunisie (n'étaient pas en couple).

La nationalité ivoirienne était prédominante (29.5%) suivie des nationalités camerounaise et malienne (10.3% chacune) puis congolaise (8.4%). Seuls 12 répondants étaient de nationalité syrienne soit 3.9%. Tableau 3

TABLEAU 3 : RÉPARTITION DES RÉPONDANTS PAR NATIONALITÉ ET PAR SEXE

No.	Pays d'origine	Femme	Homme	Total
1	Côte d'Ivoire	58	34	92
2	Cameroon	19	13	32
3	Congo (Kinshasa)	19	7	26
4	Mali	13	19	32
5	Burkina-Faso	13	11	24
6	Senegal	8	5	13
7	Congo (Brazzaville)	7	4	11
8	Syrie	6	6	12
9	Autres subsahariens	31	24	55
10	Autres non subsahariens	2	12	14
TOTAL		176	135	311

* Autres subsahariens : Guinée, Gabon, Benin, CAR, Liberia, Togo, Nigeria, Angola, Ghana, Iles comores, Guinée Equatoriale, Niger, Tchad, Gambie

**Autres non subsahariens: Mauritanie, Maroc, Libye, Indonésie, Djibouti

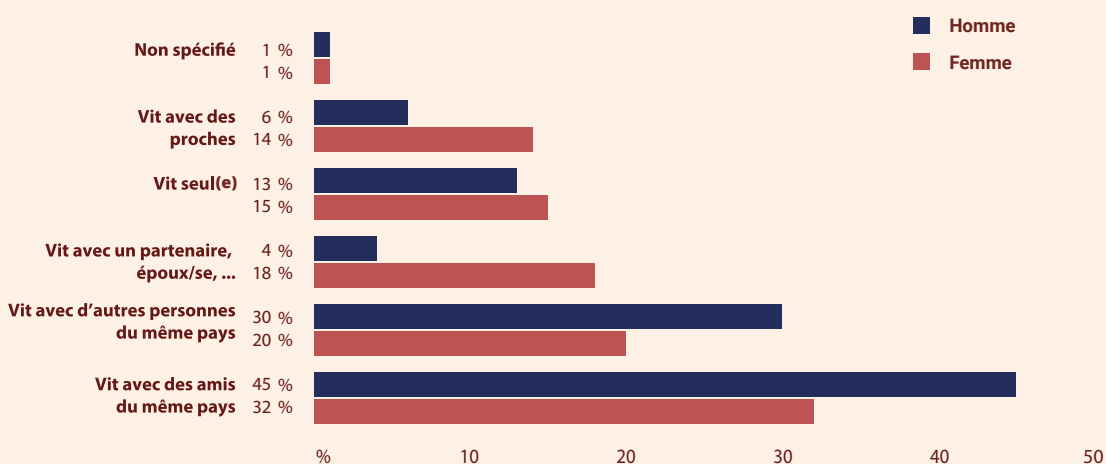
Parmi les 311 répondants, 95% des femmes (n=167) et 88% des hommes (n=119) sont arrivées en Tunisie après 2013 (p=0.03), 85% vivaient avec des parents, des amis, un conjoint

ou autre et 15% vivaient seuls sans différence statistiquement significative entre hommes et femmes. (Tableau 4 ; Figure 1)

TABLEAU 4 : PÉRIODE D'ARRIVÉE DES MIGRANTS EN TUNISIE PAR SEXE

	Femme	Homme
2011 ou avant	2%	1%
2012	1%	1%
2013	2%	10%
2014	10%	17%
2015	24%	27%
2016	38%	29%
2017	23%	16%
TOTAL (%)	100%	100%
TOTAL (N)	176	135

FIGURE 1 : RÉPARTITION DES RÉPONDANTS PAR SITUATION DE VIE ET SEXE



A propos des personnes à qui les migrants pouvaient se confier en cas de problème, 52% des interviewés (n=162) ont répondu qu'ils avaient quelqu'un. La famille vient en première position

et le conjoint en deuxième position pour les femmes alors que pour les hommes, la famille vient en première position et la combinaison « famille et amis » en deuxième position Tableau 5.

TABLEAU 5 : RÉPARTITION DES RÉPONDANTS MIGRANTS SELON LE SEXE ET LE PROFIL DES PERSONNES EN QUI ILS ONT CONFIANCE

	Femme	Homme
Oui	51%	53%
Non	47%	47%
Refuse de répondre	2%	0%
TOTAL (%)	100%	100%
TOTAL (N)	176	135

	Femme	Homme
Membres de la famille	62%	59%
Combinaison entre famille et amis	3%	27%
Amis de cette ville seulement	2%	8%
Amis migrants seulement	6%	4%
Autres	2%	1%
Partenaire, époux/se, copain/copine	24%	0%
TOTAL (%)	100%	100%
TOTAL (N)	90	71



II. MOTEURS DE MIGRATION AUTO RAPPORTÉS

II.1 PUSH ET PULL FACTORS

A propos des facteurs qui ont poussé les migrants à quitter leur pays (push factors), 70% des répondants (n= 217) ont cité un seul facteur qui est le facteur des études dans 27% des cas (n=83), suivi du facteur économique dans 25% des cas (n= 77) ensuite les raisons de sécurité dans 7% des cas (n= 21). Ce même ordre est

retrouvé chez les hommes alors que chez les femmes, le facteur économique occupait la première place tandis que le facteur sécuritaire ne représentait que 3% contre 12% chez les hommes, la différence étant statistiquement significative. *Tableau 6*

TABLEAU 6 : RÉPARTITION DES PUSH FACTORS SELON LE SEXE

Raisons uniques	Femme		Homme		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Opportunité économique/travail	51	29%	26	19%	77	25%	0,002
Education	44	25%	39	29%	83	27%	
Raisons personnelles et/ou familiales	16	9%	3	2%	19	6%	
Insécurité ou violences (sécurité)	5	3%	16	12%	21	7%	
Autres	4	2%	14	10%	17	5%	
Sous-total	120	68%	97	72%	217	70%	
Raisons multiples	56	32%	38	28%	94	30%	
Total	176	100%	135	100%	311	100%	

Quant aux facteurs qui ont attiré les répondants selon leurs déclarations, à migrer vers le pays de destination finale (pull factors) sachant que la Tunisie était un pays de transit, nous avons trouvé que parmi les 307 répondants, 38% (n= 116) ont cité les opportunités de travail et la qualité de vie, 17% (n= 53) ont cité les opportunités économiques associées à la sécurité

et en troisième position les opportunités de poursuivre des études (14% soit n= 42). Ce dernier facteur semble moins attirant pour les hommes que pour les femmes (5% contre 20%). De même pour le facteur lié à la sécurité et aux libertés individuelles, il a été plus cité par les femmes que par les hommes : 10% contre 2% (p=0.003). *Tableau 7*

TABLEAU 7 : RÉPARTITION DES PULL FACTORS SELON LE SEXE

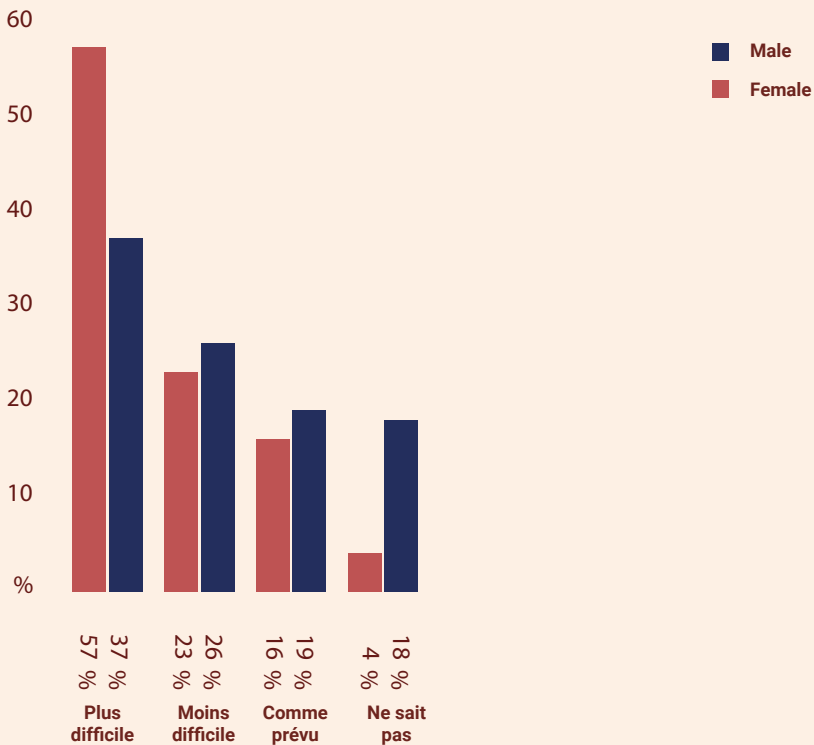
	Femme		Homme		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Opportunités économiques et professionnelles, standards améliorés	63	37%	53	39%	116	38%	0,003
Opportunités éducatives	35	20%	7	5%	42	14%	
Sécurité et libertés	18	10%	3	2%	20	7%	
Sécurité et opportunités économiques	25	14%	28	21%	53	17%	
Autres	32	18%	44	33%	76	25%	
Total	173	100%	134	100%	307	100%	

II.2 ATTENTES AUTO-RAPPORTÉES, RISQUES ENCOURUS ET RÉÉVALUATION HYPOTHÉTIQUE DE L'ACTE MIGRATOIRE

A la question « Est-ce que le temps passé à Tunis a été plus difficile que prévu ou comme prévu ou bien moins difficile que ce que vous aviez

envisagé ? », 57% des femmes (n=100) contre 37% des hommes (n= 50) ont répondu « plus difficile » (p<0.005). *Figure 2*

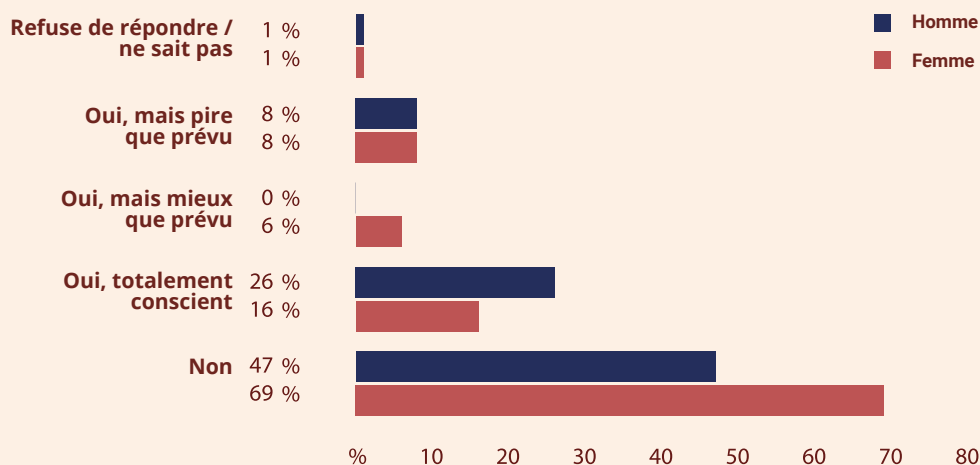
FIGURE 2 : RÉPARTITION DES RÉPONSES PAR SEXE À LA QUESTION : « EST-CE QUE LE TEMPS PASSÉ À TUNIS A ÉTÉ PLUS DIFFICILE QUE PRÉVU OU COMME PRÉVU OU BIEN MOINS DIFFICILE QUE CE QUE VOUS AVIEZ ENVISAGÉ ? »



A la question « Avant de commencer votre voyage, étiez-vous conscient des risques inhérents à la migration ? », 69% des femmes (n=118) et 47% des hommes (n=64) parmi les 311 répondants ont répondu qu'ils n'en étaient pas conscients contre 16% des femmes (n=18) et 26% des hommes (n=35) qui étaient complètement conscients avec une différence statisti-

quement significative. D'autre part, 8% des migrants (n=25) qui étaient conscients des risques pensaient que c'était pire à ce qu'ils attendaient et seulement 11 migrants tous de sexe féminin soit 6% pensaient qu'ils étaient conscients mais que ce n'était pas pire à ce qu'ils attendaient. *Figure 3*

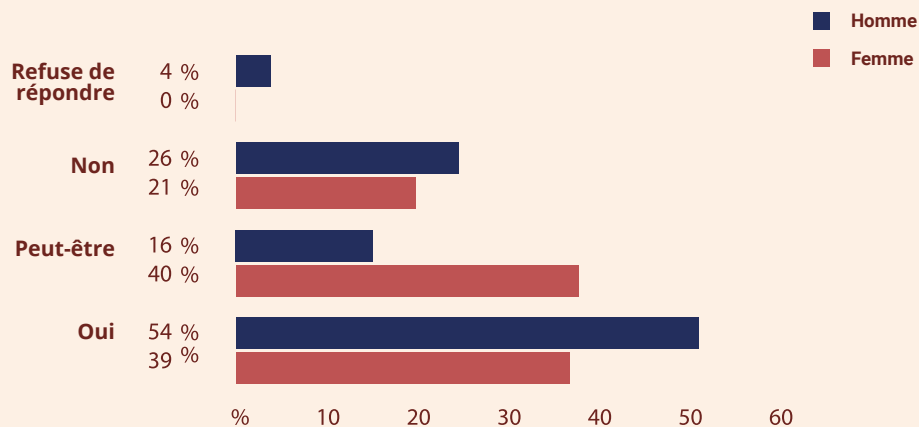
FIGURE 3 : PRISE DE CONSCIENCE DES RISQUES INHÉRENTS À LA MIGRATION DEPUIS LE PAYS D'ORIGINE



Parmi les 311 répondants à la question « auriez-vous migré en sachant ce que vous savez? » dans le but d'apprécier leur auto-évaluation hypothétique de l'acte migratoire s'ils savaient avant la migration ce qu'ils ont su après, nous

avons trouvé une réponse par « oui » ou « peut-être » dans 79% des cas chez les femmes (n= 139) contre 70% chez les hommes (n= 95) (p< 0.001). *Figure 4*

FIGURE 4 : RÉPARTITION PAR SEXE À LA QUESTION « AURIEZ-VOUS MIGRÉ EN SACHANT CE QUE VOUS SAVEZ ? »



II.3 COMMUNICATION SUR L'EXPÉRIENCE DE LA MIGRATION

En posant la question aux 311 répondants « Est-ce que quelqu'un vous a encouragé à migrer ? », 36% (n=113) ont dit qu'ils avaient pris seuls la décision dont la moitié était composée de femmes (n=56) et 26% (n= 80) ont été encoura-

gés par les parents sans différence statistiquement significative entre hommes et femmes. Par ailleurs, 10 migrants dont 09 femmes ont été encouragés par des trafiquants/passeurs. *Tableau 8*

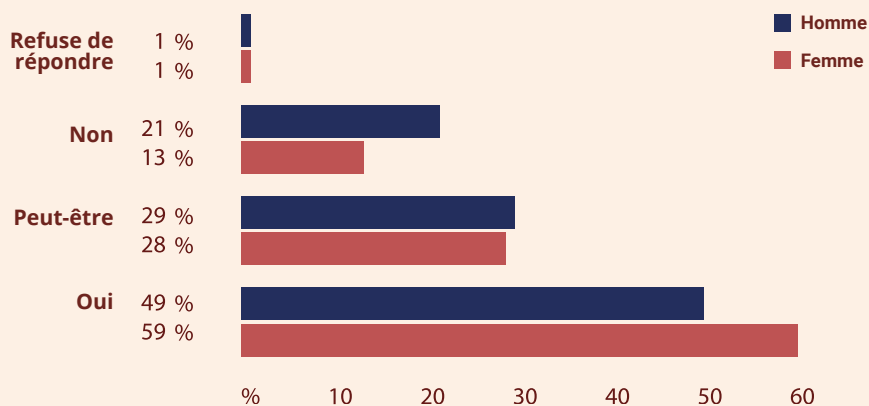
TABLEAU 8 : RÉPARTITION DES RÉPONSES À LA QUESTION «EST-CE QUE QUELQU'UN VOUS A ENCOURAGÉ À MIGRER?» SELON LE SEXE

	Femme		Homme		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Raisons uniques							0,12
Non, j'ai pris la décision seule	56	32%	57	42%	113	36%	
Parents	49	28%	31	23%	80	26%	
Autres membres de la famille	25	14%	14	10%	38	12%	
Amis	16	9%	18	13%	33	11%	
Trafiquants/passeurs	9	5%	1	1%	10	3%	
Other	2	1%	1	1%	3	1%	
Raisons multiples	19	11%	13	10%	32	10%	
Total	176	100%	135	100%	311	100%	

Enfin, parmi les 311 migrants qui ont répondu à la question « Encourageriez-vous les autres à migrer irrégulièrement en sachant ce que vous savez maintenant ? », la réponse par « oui » a été

retrouvée dans 59% des cas chez le sexe féminin (n=103) contre 49% chez le sexe masculin (n=66) sans différence statistiquement significative. *Figure 5*

FIGURE 5 : RÉPARTITION DES RÉPONSES À LA QUESTION « ENCOURAGERIEZ-VOUS LES AUTRES À MIGRER IRRÉGULIÈREMENT EN SACHANT CE QUE VOUS SAVEZ MAINTENANT ? » PAR SEXE





III. SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE (SSR)

III.1 CONNAISSANCES GÉNÉRALES

III.1.1 PRINCIPALE SOURCE D'INFORMATION EN SSR

Chez les jeunes migrants, la principale source d'information en SSR était la mère suivie de l'école dans respectivement 34% (n=58) et 22%

(n=38) des cas chez les migrants de sexe féminin alors que chez les migrants de sexe masculin, la principale source d'information était l'école suivie de la mère dans respectivement 34% (n=47) et 17% (n=23) des cas. A noter que la troisième principale source d'information était chez les femmes la sœur dans 15% des cas (n=26) alors que chez les hommes, elle était les amis et les films vidéo dans 11% des cas (n=15) pour chacune des deux sources. Tableau 9

TABLEAU 9 : RÉPARTITION DE LA PRINCIPALE SOURCE D'INFORMATION EN MATIÈRE DE SSR PAR SEXE

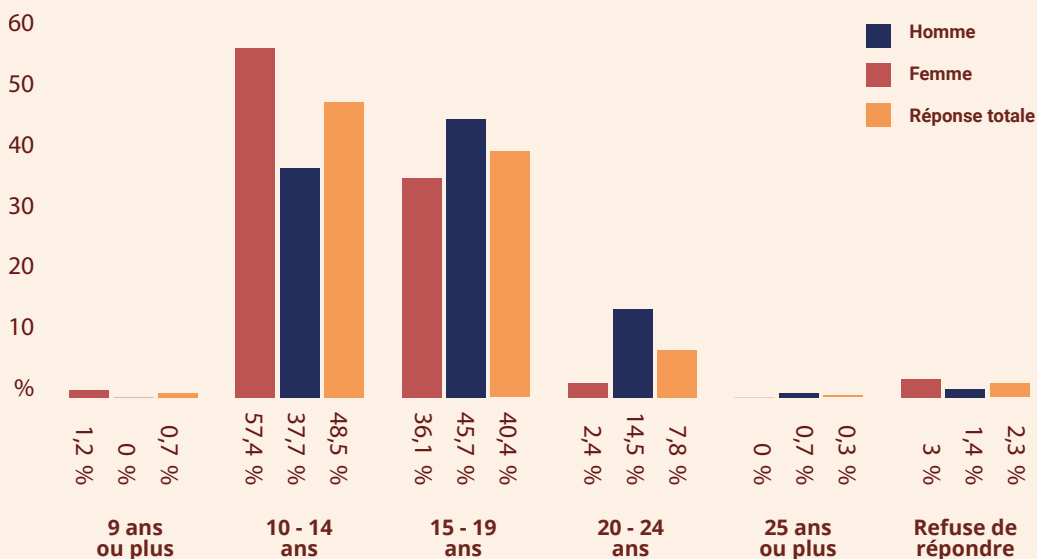
Response	Femme		Homme		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ecole	38	22%	47	34%	85	28%
Mère	58	34%	23	17%	81	26%
Père	1	1%	14	10%	15	5%
Frère	0	0%	2	1%	2	1%
Soeur	26	15%	2	1%	28	9%
Autres membres de la famille	10	6%	10	7%	20	7%
Amis	19	11%	15	11%	34	11%
Médecins ou infirmiers	1	1%	4	3%	5	2%
Livres ou magazines	2	1%	2	1%	4	1%
Posters ou brochures	1	1%	0	0%	1	0%
Films ou vidéos	3	2%	15	11%	18	6%
Lieu de culte	0	0%	0	0%	0	0%
Organisations de jeunes	4	2%	2	1%	6	2%
Refuse de répondre	6	4%	2	1%	8	3%
Total	169	100%	138	100%	307	100%

III. 1.2 AGE DES JEUNES MIGRANTS AUQUEL ILS ONT APPRIS DES INFORMATIONS SUR LA SSR

L'âge auquel les répondants au nombre de 307 ont commencé à apprendre des choses sur la SSR était compris chez les filles entre 10 et 14 ans dans 57.4% des cas (n=97) et entre 15 et 19 ans dans 36.1% des cas (n=61) tandis que chez les garçons, l'âge compris entre 10 et 14 ans a été retrouvé dans 37.7% des cas (n=52) et entre 15 et 19 ans dans 45.7 % des cas (n=63)

avec une différence statistiquement significative entre filles et garçons. *Figure 6*
Par ailleurs, 94.7% (n=160) des femmes interviewées ont déclaré n'avoir rien appris de nouveau sur la SSR depuis leur arrivée en Tunisie contre 77.7% (n=99) chez les hommes (p<0,001).

FIGURE 6 : RÉPARTITION DE L'ÂGE AUQUEL LES RÉPONDANTS ONT COMMENCÉ À APPRENDRE DES CHOSES SUR LA SSR PAR SEXE

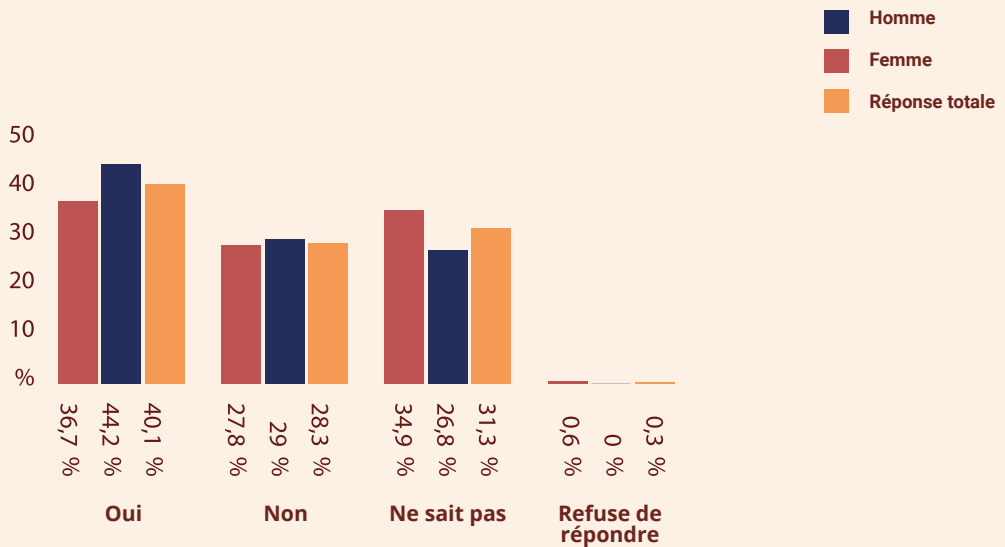


III.1.3 PERCEPTION DES JEUNES MIGRANTS À PROPOS DE LEUR NIVEAU D'INFORMATIONS SUR LA SSR

A la question « D'une manière générale, pensez-vous être bien informé (e) sur la SSR? », les femmes ont répondu par « oui » dans 36.7% des cas (n=62) et par « je ne sais pas » dans 34.9% des cas (n=59) tandis que les mêmes réponses

ont été observées dans successivement 44.2% des cas (n=61) et 26.8% des cas (n=37) chez les hommes sans différence statistiquement significative entre les deux sexes. *Figure 7*

FIGURE 7 : RÉPARTITION DES RÉPONSES À LA QUESTION PAR SEXE « D'UNE MANIÈRE GÉNÉRALE, PENSEZ-VOUS ÊTRE BIEN INFORMÉ (E) SUR LA SSR? » PAR SEXE



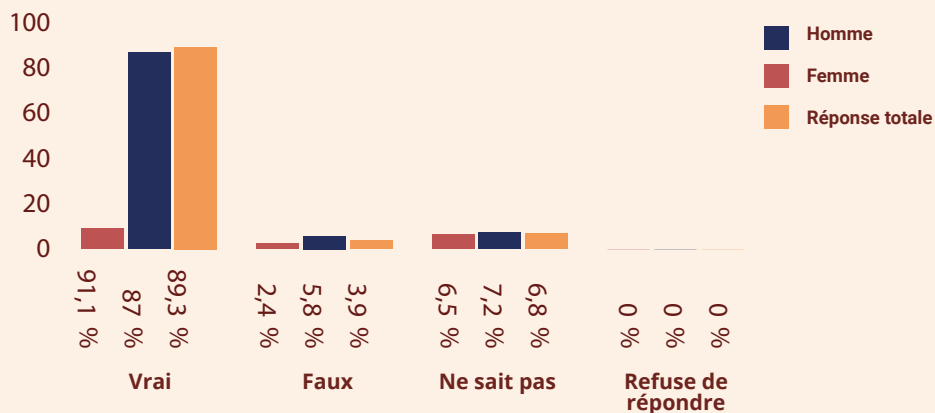
III.2 NIVEAU ET CONTENU DES CONNAISSANCES

III.2.1 PREMIERS RAPPORTS SEXUELS ET GROSSESSE

Parmi les 307 répondants sur la SSR, 89.3% (n=274) dont 91.1% chez les femmes et 87% chez les hommes pensaient qu'une femme peut tomber enceinte la toute première fois qu'elle a

des rapports sexuels sans différence statistiquement significative entre sexes masculin et féminin. *Figure 8*

FIGURE 8 : RÉPARTITION DES RÉPONSES SELON LE SEXE À LA DÉCLARATION « UNE FEMME PEUT TOMBER ENCEINTE LA TOUTE PREMIÈRE FOIS QU'ELLE A DES RAPPORTS SEXUELS »

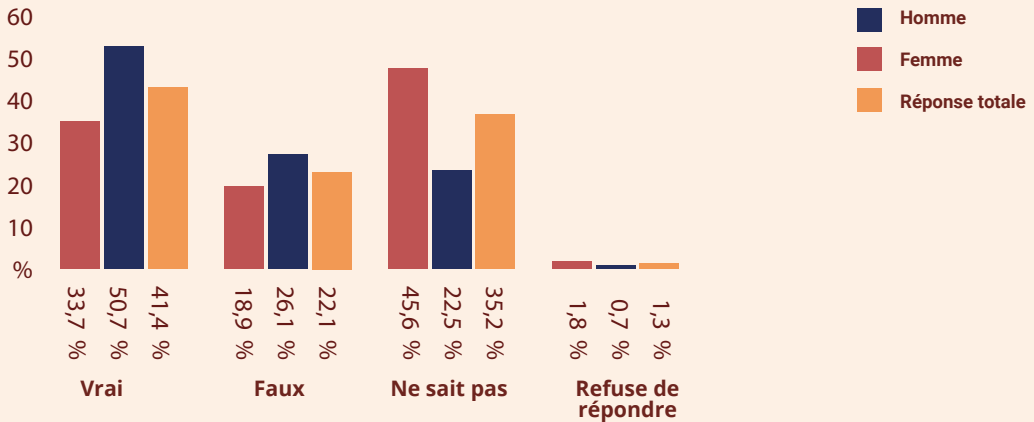


III.2.2 EFFET DE LA MASTURBATION SUR LA SANTÉ

Selon les réponses recueillies auprès de 307 interviewés, 33.7% des femmes (n=57) et 50.7% des hommes (n=70) pensaient que la masturbation entraîne de graves dommages pour la

santé tandis que 45.6% des femmes (n=77) et 22.5% des hommes (n=31) ne savent pas ($p < 0.001$). *Figure 9*

FIGURE 9 : EFFET DE LA MASTURBATION SUR LA SANTÉ SELON LE SEXE



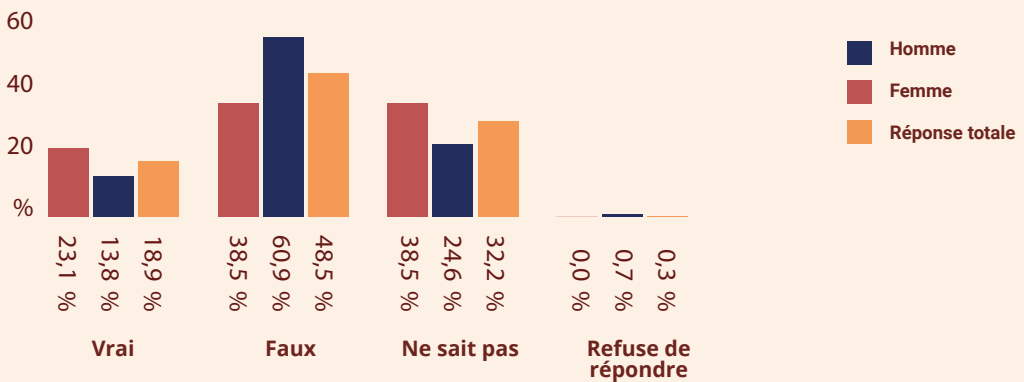
III.2.3 CONNAISSANCES SUR L'INFECTION AU VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (VIH)

Parmi les 307 répondants aux questions relatives aux connaissances sur l'infection au VIH, 38.5% des femmes (n=65) contre 60.9% des hommes (n=84) pensaient qu'on ne peut pas guérir du syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA). Le reste des répondants pensaient

qu'on peut en guérir dans 18.9% des cas (n=58) ou ne savaient pas répondre dans 32.2% des cas (n=99) avec une différence statistiquement significative entre hommes et femmes.

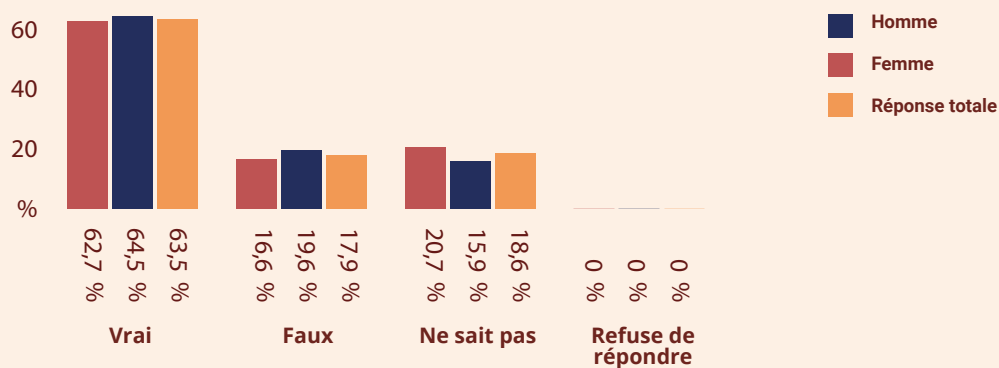
Figure 10

FIGURE 10 : RÉPARTITION DES RÉPONSES PAR SEXES À LA POSSIBILITÉ DE GUÉRIR DU SIDA



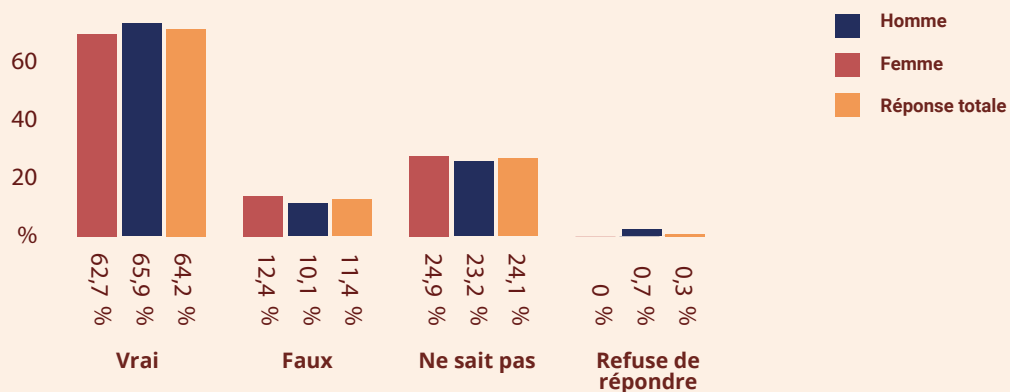
Par ailleurs, les interviewés ont répondu « vrai » (62.5% pour les femmes (n=106) contre 64.5% pour les hommes (n=89)) (p=0.5). *Figure 11*

FIGURE 11 : RÉPARTITION PAR SEXE DES RÉPONDANTS À LA DÉCLARATION « IL EST POSSIBLE DE CONTRACTER LE VIH ET DE MENER UNE VIE SAINÉ »



Enfin, nous avons trouvé que parmi les 307 interviewés, 197 (soit 64.2%) dont 106 femmes (soit 62.7%) pensaient qu'une personne peut faire un simple test VIH pour savoir si elle est séropositive contre 65.9% chez les hommes sans différence statistiquement significative. *Figure 12*

FIGURE 12 : « UNE PERSONNE PEUT SAVOIR SI ELLE EST SÉROPOSITIVE PAR SIMPLE TEST VIH » RÉPARTIE PAR SEXE

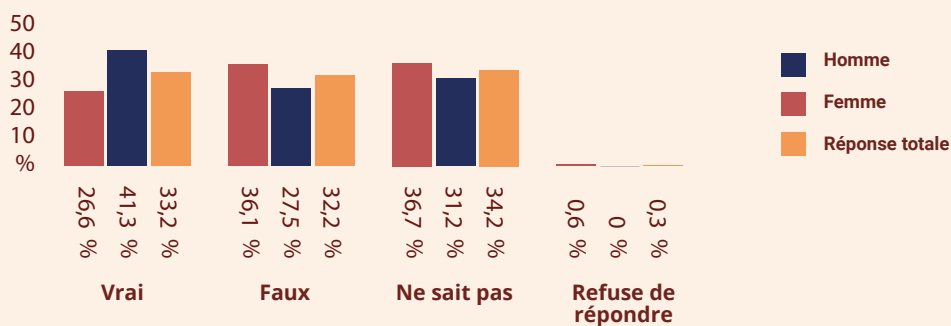


III.2.4 A PROPOS DE LA CONTRACEPTION

Selon les réponses recueillies auprès de 307 interviewés sur l'effet de la contraception sur la fertilité des femmes, 26.6% des femmes (n=45) contre 41.3% des hommes (n=57) pensaient

que la contraception rend la femme stérile pendant que 36.7% des femmes (n=62) et 31.2% des hommes (n=43) ont répondu qu'ils ne savaient pas (p=0.025). Figure 13

FIGURE 13 : RÉPARTITION DES RÉPONSES PAR SEXE À LA DÉCLARATION « LA CONTRACEPTION REND LA FEMME STÉRILE »



En demandant aux répondants au nombre de 307 de citer les méthodes contraceptives qu'ils connaissaient, les deux sexes ont cité en moyenne trois méthodes contraceptives mais pas dans le même ordre pour les femmes que pour les hommes. En effet, les trois premières méthodes citées par les femmes étaient par

ordre décroissant : la pilule (81%), le préservatif (78%) et l'injection (49%) tandis que pour les hommes c'était : le préservatif (79%) puis la pilule (70%), ensuite l'injection (37%). Et en définitive, le préservatif a été le plus cité (87% des répondants). Tableau 10

TABLEAU 10 : RÉPARTITION DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES CITÉES PAR SEXE

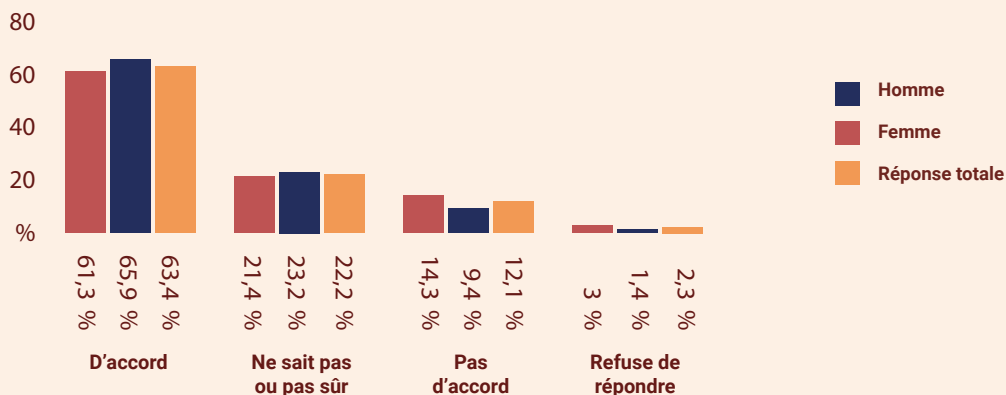
	Femme		Homme		Réponse totale	
	n	%	n	%	n	%
Pilule	137	81%	118	70%	255	83%
Injection	82	49%	63	37%	145	47%
Préservatif	132	78%	134	79%	266	87%
Dispositif intra-utérin	48	28%	16	9%	64	21%
Implant	38	22%	13	8%	51	17%
Coït interrompu	29	17%	39	23%	68	22%
Autre	13	8%	20	12%	33	11%
Refuse de répondre	10	6%	1	1%	11	4%

III.3 ATTITUDES

III.3.1 OPINION DES JEUNES MIGRANTS SUR LES RELATIONS SEXUELLES ENTRE FILLE ET GARÇON NON MARIÉS QUI S'AIMENT

Selon les 306 réponses recueillies, 61.3% des femmes (n=103) et 65.9% des hommes (n=91) étaient d'accord à ce qu'une fille et un garçon qui s'aiment aient des relations sexuelles (p=0.4). Figure 14

FIGURE 14 : RÉPARTITION PAR SEXE DE L'OPINION DES JEUNES MIGRANTS SUR LES RELATIONS SEXUELLES ENTRE FILLE ET GARÇON NON MARIÉS QUI S'AIMENT



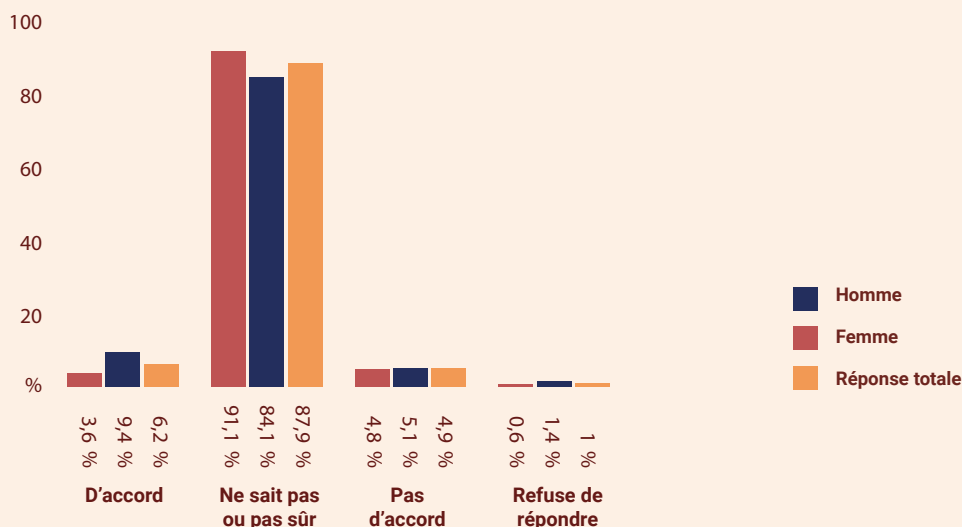
III.3.2 OPINION DES JEUNES MIGRANTS SUR LA VIOLENCE FONDÉE SUR LE GENRE (VFG)

Les formes de VFG qui ont été explorées étaient les violences sexuelle et physique :

A propos de la violence sexuelle, parmi les 306 répondants, seuls 4.9% (n=15) n'étaient pas d'accord avec l'idée qu'un garçon doit parfois forcer une fille à avoir des rapports sexuels s'il l'aime. La majorité soit 87.9% (n=269) ont

déclaré qu'ils n'étaient pas sûrs ou ne savaient pas parmi lesquels, il y avait 153 femmes soit 91.1% des répondants de sexe féminin et 116 hommes soit 84.1% des répondants de sexe masculin (p<0.01). Figure 15

FIGURE 15 : RÉPARTITION PAR SEXE DE L'OPINION DES JEUNES MIGRANTS SUR LES RAPPORTS SEXUELS FORCÉS¹⁰

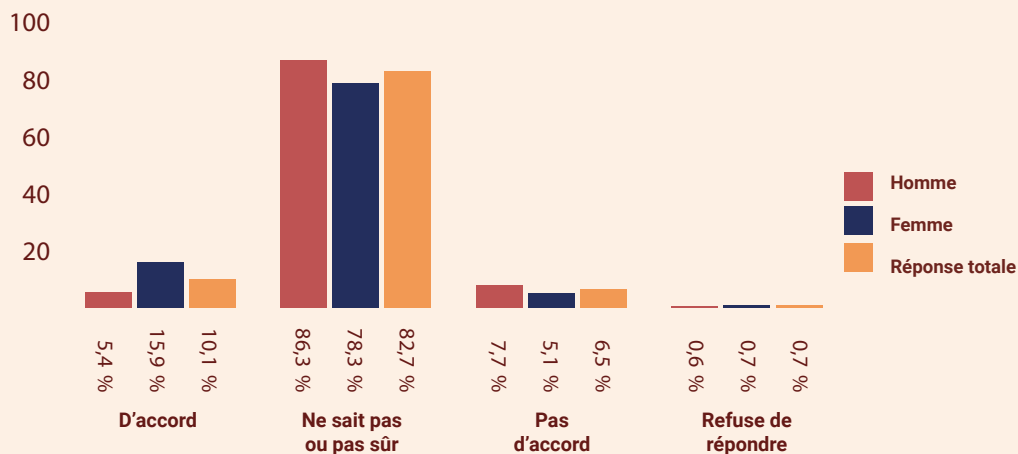


Concernant la violence physique, seulement 6.5% des répondants (n=20) n'étaient pas d'accord avec l'idée qu'il est justifié qu'un garçon frappe parfois sa petite amie tandis que 82.7% (n=253) dont 86.3% des répondantes femmes

(n=145) et 78.3% des répondants hommes (n=108) ne savaient pas ou n'étaient pas sûrs avec une différence statistiquement significative entre hommes et femmes. Figure 16

¹⁰ « Je pense que parfois un garçon doit forcer une fille à avoir des rapports sexuels s'il l'aime »

FIGURE 16 : RÉPARTITION PAR SEXE DE L'OPINION DES JEUNES MIGRANTS SUR LA VIOLENCE PHYSIQUE¹¹



III.3.3 OPINION DES JEUNES MIGRANTS SUR LA CONTRACEPTION

En demandant aux jeunes migrants leur opinion sur « l'usage régulier du préservatif par leurs amis », 23.9% (n=73) étaient d'accord parmi 306 répondants alors que 65% (n=199) n'étaient pas d'accord que ces derniers utilisaient régulièrement le préservatif au cours des rapports sexuels dans (p=0.6).

En revanche, à la question s'ils étaient convaincus qu'ils pouvaient insister sur l'utilisation du préservatif à chaque fois qu'ils avaient des rapports sexuels, 58.8% des répondants (n=180) étaient d'accord dont 109 femmes (64.9%) et 71 hommes (51.4%) avec une différence statistiquement significative entre hommes et femmes. Tableau 11

¹¹ « Parfois, c'est justifié qu'un garçon frappe sa petite amie »

TABLEAU 11 : OPINION DES MIGRANTS SELON LE SEXE SUR L'USAGE DU PRÉSERVATIF

La majorité de mes amis qui ont des rapports sexuels avec d'autres utilisent régulièrement des préservatifs.

Réponse	Femme		Homme		Total	
	n	%	n	%	n	%
D'accord	44	26,2%	29	21,0%	73	23,9%
Ne sait pas ou pas sûr	13	7,7%	11	8,0%	24	7,8%
Pas d'accord	107	63,7%	92	66,7%	199	65,0%
Refuse de répondre	4	2,4%	6	4,3%	10	3,3%
Total	168	100%	138	100%	306	100%

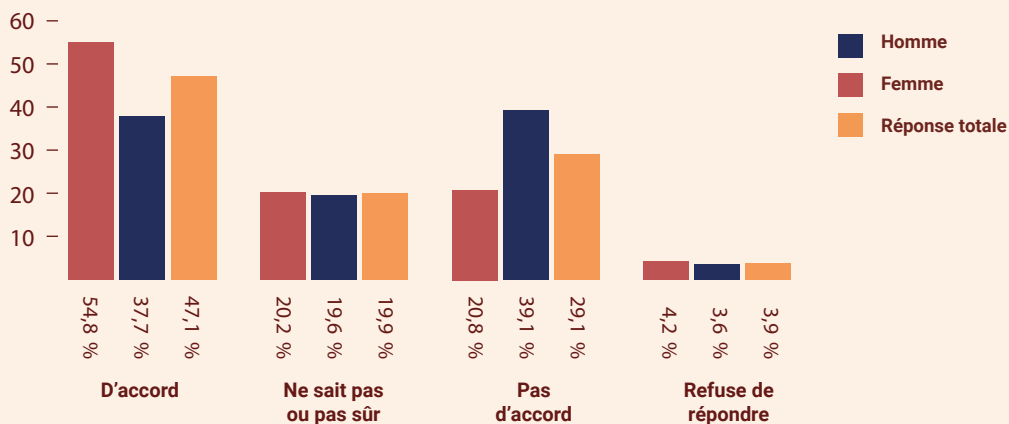
Je suis convaincu (e) que je peux insister sur l'utilisation du préservatif à chaque fois que j'ai des rapports sexuels.

Réponse	Femme		Homme		Total	
	n	%	n	%	n	%
D'accord	109	64,9%	71	51,4%	180	58,8%
Ne sait pas ou pas sûr	5	3,0%	9	6,5%	14	4,6%
Pas d'accord	38	22,6%	51	37,0%	89	29,1%
Refuse de répondre	16	9,5%	7	5,1%	23	7,5%
Total	168	100%	138	100%	306	100%

A propos de leur opinion sur l'avortement (interruption volontaire de grossesse), 54.8% des femmes (n=92) contre 37.7% des hommes (n=52) parmi les 306 répondants, étaient d'accord

qu'ils n'envisagent jamais de subir un avortement ni de le faire subir à la partenaire (p<0.001). Figure 17

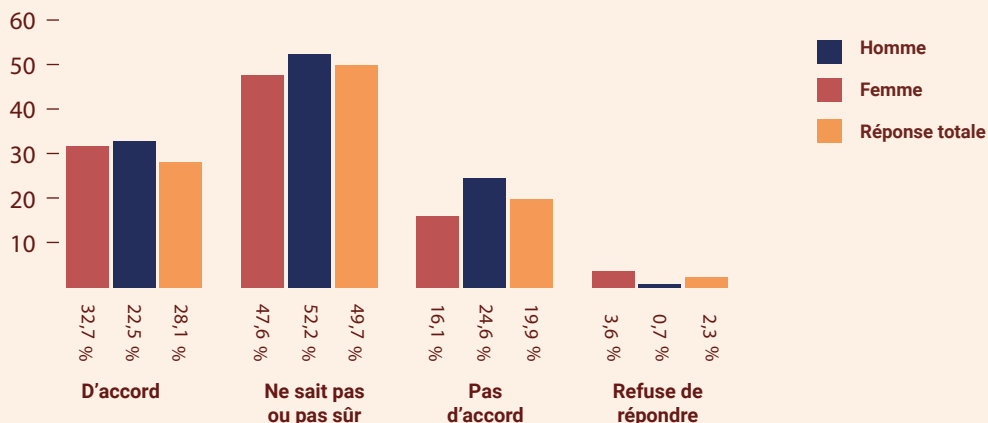
FIGURE 17 : RÉPARTITION PAR SEXE DE L'OPINION DES JEUNES MIGRANTS SUR LE FAIT D'ENVISAGER DE SUBIR UN AVORTEMENT OU DE LE FAIRE SUBIR À LA PARTENAIRE



Enfin, nous avons demandé aux interviewés de donner leur opinion sur la déclaration suivante : « C'est la responsabilité de la femme de s'assurer que la contraception soit régulièrement utilisée ». Parmi les 306 répondants, ceux qui étaient d'accord représentaient 32,7% (n=55) pour les

femmes contre 22,5% (n=31) pour les hommes, ceux qui ne savaient pas représentaient 47,6% (n=80) pour les femmes contre 52,2% (n=72) pour les hommes avec une différence statistiquement significative entre les sexes. Figure 18

FIGURE 18 : RÉPARTITION PAR SEXE DE L'OPINION DES MIGRANTS SUR LA RESPONSABILITÉ DE LA FEMME EN TERMES DE CONTRACEPTION¹²



¹² « C'est la responsabilité de la femme de s'assurer que la contraception soit régulièrement utilisée »

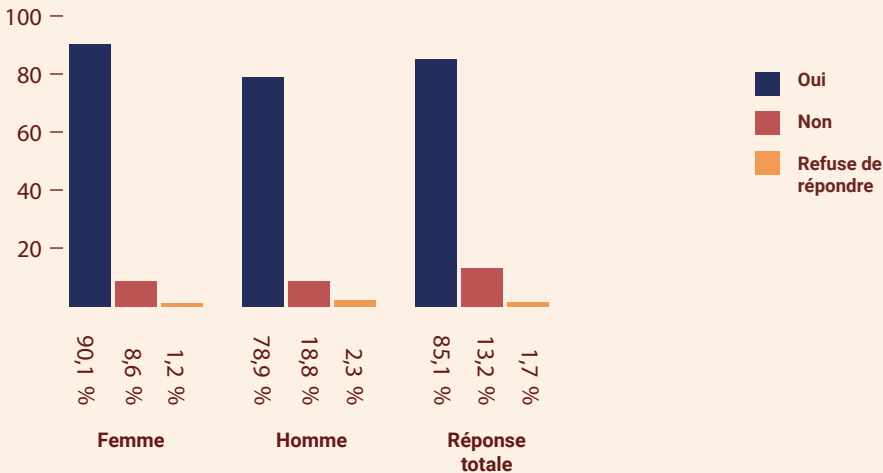
III.4 SANTÉ, SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET UTILISATION DES SERVICES

III.4.1 SANTÉ ET SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

A la question « Est-ce que vous considérez que globalement vous êtes en bonne santé ? », nous avons eu 295 réponses parmi lesquelles

90.1% (n=146) des femmes ont répondu par l'affirmative contre 78.9% (n=105) chez les hommes (p<0.01). Figure 19

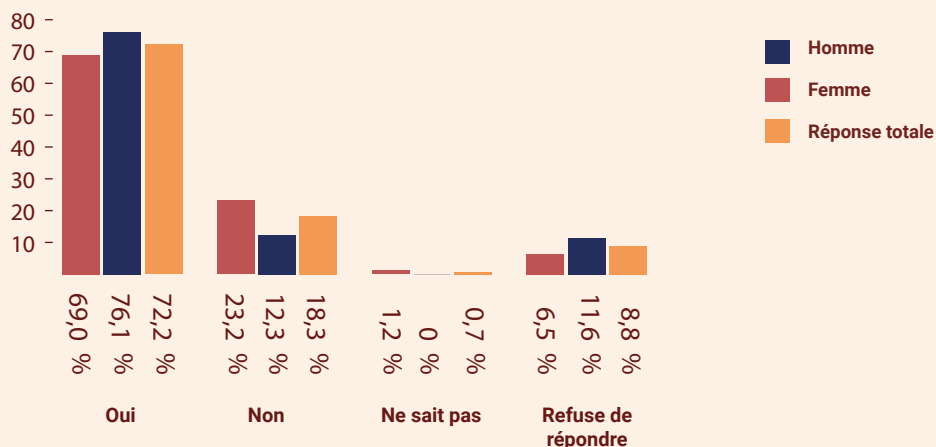
FIGURE 19 : PERCEPTION DE LA SANTÉ SELON LE SEXE



Considérant la SSR, parmi les 306 répondants, 72.2% (n=221) ont déclaré avoir eu des relations sexuelles parmi lesquels 69% (n=116) des

femmes contre 76.1% (n=105) des hommes (p<0.02). Figure 20

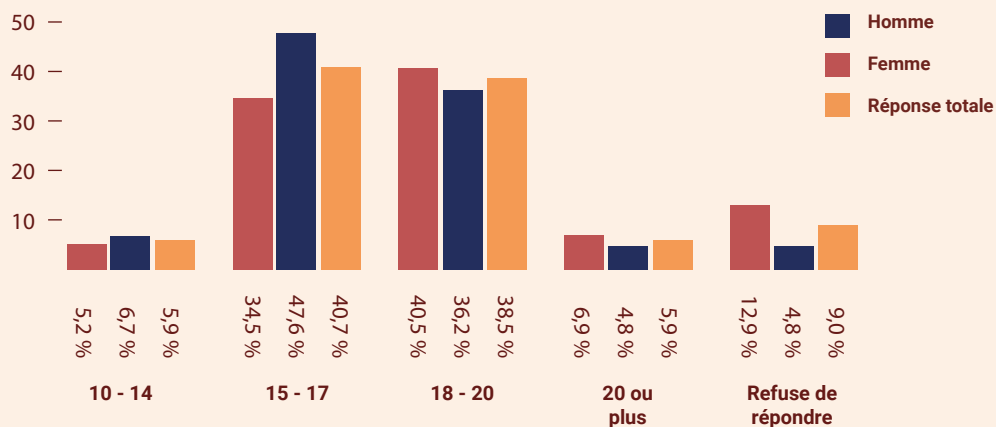
FIGURE 20 : RÉPARTITION DES RELATIONS SEXUELLES SELON LE SEXE



L'âge au premier rapport sexuel était compris entre 15 et 17 ans dans 40.7% des cas et entre 18 et 20 ans dans 38.5% des cas sans diffé-

rence statistiquement significative entre filles et garçons. Figure21

FIGURE 21 : RÉPARTITION DE L'ÂGE AU PREMIER RAPPORT SEXUEL SELON LE SEXE

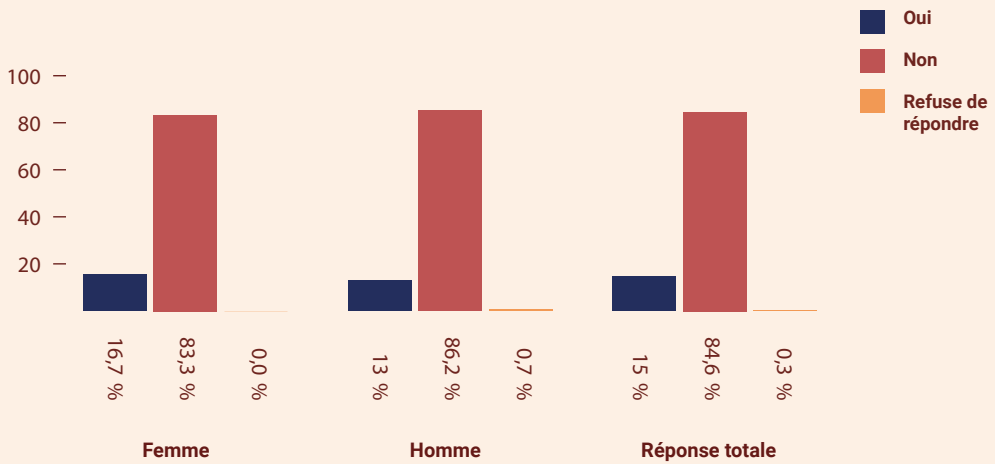


III.4.2 UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Connaissance des structures offrant des services SSR : parmi les 306 répondants, 83.3% des femmes (n=140) contre 86.2% des hommes (n=119) ignoraient où accéder à des services

SSR dans le Grand Tunis sans différence statistiquement significative entre hommes et femmes. Figure 22

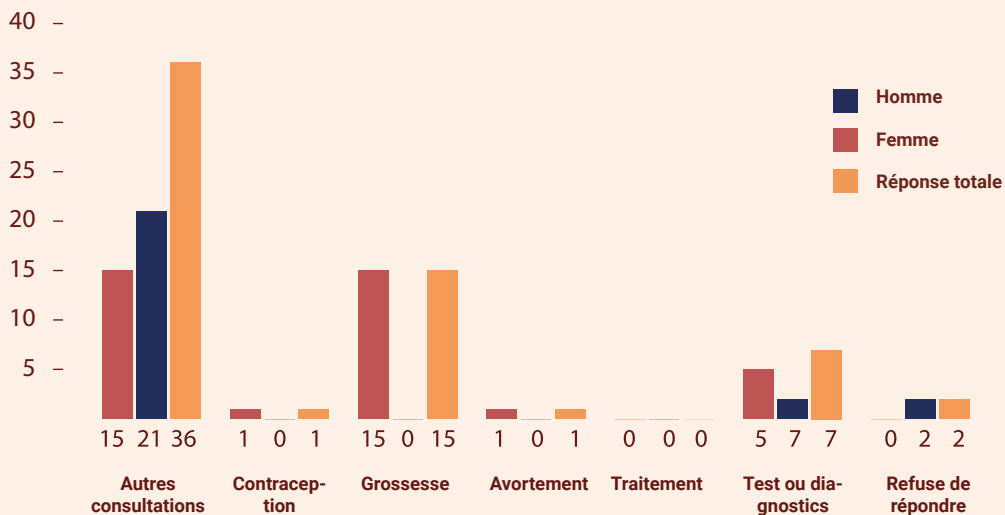
FIGURE22 : CONNAISSANCE DES STRUCTURES DISPENSANT DES SERVICES SSR PAR LES MIGRANTS SELON LE SEXE



Utilisation des services de santé : en posant la question aux interviewés s'ils ont consulté des structures de santé de manière générale, seulement 90 parmi eux ont répondu dont 62 ont déclaré avoir consulté. Parmi ces derniers, 36

ont consulté pour des motifs non liés à la SSR tandis que 24 répondants ont consulté pour des motifs liés à la SSR dont 15 pour grossesse et 07 pour testing ou diagnostic d'infection à VIH. Figure 23

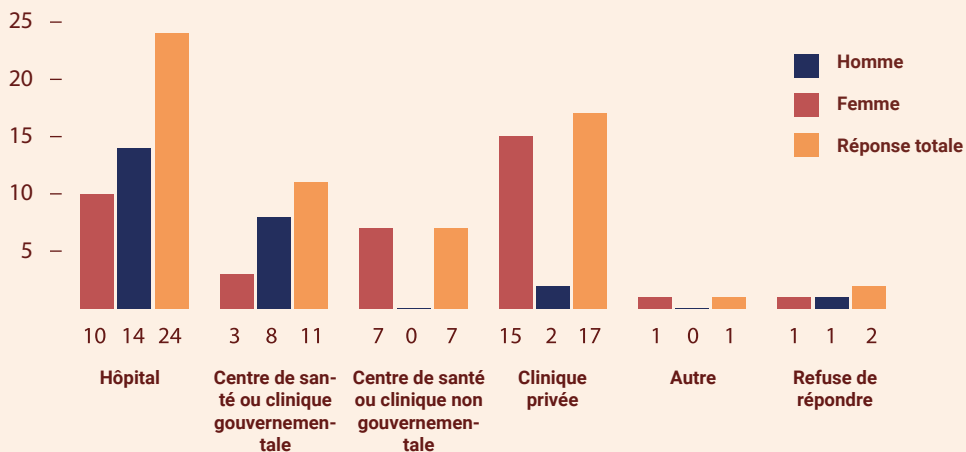
FIGURE 23 : RÉPARTITION DES MOTIFS DE CONSULTATION DES STRUCTURES DE SANTÉ PAR SEXE



Types de structures de santé visitées : parmi les 62 répondants ayant consulté des structures de santé, 35 ont visité des établissements publics de santé (hôpital, centre de santé), 17

ont consulté dans le secteur privé et 07 ont consulté des structures d'ONG. Figure 24

FIGURE 24 : RÉPARTITION PAR SEXE DES TYPES DE STRUCTURES DE SANTÉ VISITÉES



Réponse des services de soins SSR aux besoins des migrants : Comme le montre le tableau 12, parmi les 62 répondants qui ont utilisé les services de soins de santé, 55 (88.7%) ont déclaré avoir reçu le service pour lequel ils ont consulté et 46 parmi 55 répondants (74.2%) ont déclaré avoir été informés qu'ils pouvaient retourner à tout moment. En revanche, les ré-

ponses par « je ne sais pas » étaient quasi totales en ce qui concerne la question à propos de l'information sur la date du retour à la consultation de suivi (53 parmi 55 répondants). Enfin, l'option offerte de voir le même prestataire de services a été rapportée par 26 femmes parmi 32 tandis que les 23 hommes ont tous répondu par « je ne sais pas ».

TABLEAU 12 : JEUNES MIGRANTS ET SERVICES DE SOINS REÇUS

	Femme				Homme				Total
	Oui	Non	Ne sait pas/refuse	Sous-total	Oui	Non	Ne sait pas/refuse	Sous-total	
Avez vous reçu le service pour lequel vous avez consulté ?	32	4	1	37	23	2	0	25	62
Avez vous été informé que vous pouviez retourner voir le même prestataire de service pour une consultation ?	26	1	5	32	0	0	23	23	55
Avez vous été informé de la date du retour à la consultation de suivi ?	1	1	30	32	0	0	23	23	55
Avez vous été informé que vous pouviez retourner à tout moment en cas de questions ou problèmes?	30	6	1	37	16	3	6	25	62

III.4.3 A PROPOS DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS « AMIS DES JEUNES »

Accueil et confort : le tableau 13 présente les réponses des 62 migrants ayant utilisé des services de soins à quatre (04) questions sur la qualité de l'accueil et le confort. La majorité des répondants hommes et femmes trouvait la salle d'attente confortable et l'établissement propre.

En outre, les répondants ont été majoritaires à déclarer qu'ils se sont sentis à l'aise pour poser des questions au cours de la consultation et qu'ils ont reçu convenablement des réponses aux questions posées.

TABEAU 13 : APPRÉCIATIONS DES RÉPONDANTS SELON LE SEXE DE LA QUALITÉ D'ACCUEIL DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

	Femme				Homme				Total
	Oui	Non	Nesait pas/refuse	Sous-total	Oui	Non	Nesait pas/refuse	Sous-total	
Pensez-vous que le salle d'attente est confortable	29	7	1	37	21	1	3	25	62
L'établissement était-il propre ?	28	7	2	37	22	1	2	25	62
Vous êtes-vous sentis à l'aise pour poser des questions durant la consultation ?	28	8	1	37	20	1	4	25	62
Avez-vous reçu une réponse adéquate aux questions que vous avez posé ?	24	2	2	28	19	1	0	20	48

Information et confidentialité : parmi les 62 réponses recueillies à propos de la qualité des informations fournies et de la confidentialité, la majorité a déclaré que l'information sur les heures d'ouverture de l'établissement étaient

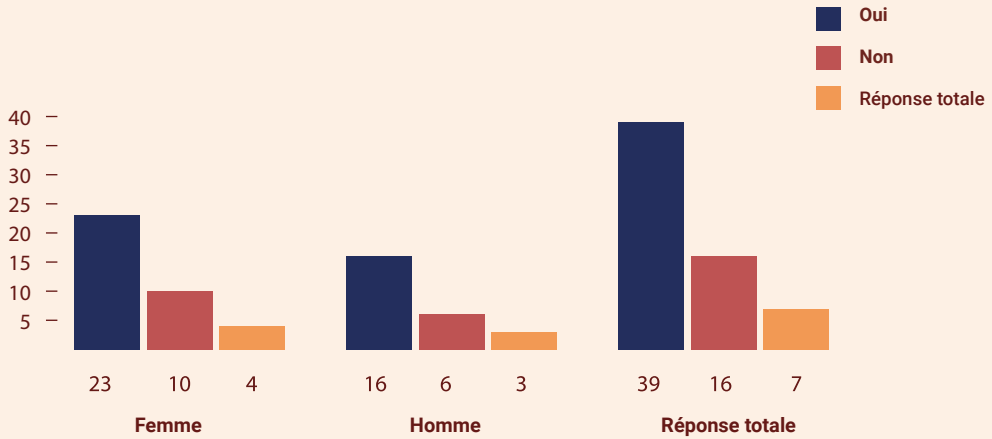
affichée dans une langue compréhensible (64.5%), que les posters et dépliants étaient utiles (59.7%) et que l'intimité et la confidentialité étaient respectées (75.8% et 72.6% respectivement). Tableau 14

TABEAU 14 : APPRÉCIATIONS DES RÉPONDANTS SELON LE SEXE DE LA QUALITÉ DE L'INFORMATION REÇUE ET DE LA CONFIDENTIALITÉ

	Femme				Homme				Total
	Oui	Non	Nesait pas/refuse	Sous-total	Oui	Non	Nesait pas/refuse	Sous-total	
L'information sur les heures d'ouverture de l'établissement était-elle affichée dans une langue compréhensible ?	19	16	2	37	21	1	3	25	62
Les posters et dépliants vous ont-ils été utiles?	23	11	3	37	14	4	7	25	62
Votre intimité a-t-elle été respectée durant la consultation ?	29	7	1	37	18	3	4	25	62
La confidentialité a-t-elle été respectée durant la consultation ?	27	5	5	37	18	1	6	25	48

Coût des services dispensés : parmi les 62 répondants, 23 femmes et 16 hommes soit 62.9% des répondants trouvaient le coût des prestations abordable. Figure 25

FIGURE 25 : APPRÉCIATION DU COÛT DES PRESTATIONS LES RÉPONDANTS SELON LE SEXE



III.4.4 CAS DES MIGRANTES INTERVIEWÉES AYANT ACCOUCHE DÉPUIS LEUR ARRIVÉE EN TUNISIE

Parmi les 26 jeunes migrantes ayant déclaré avoir accouché depuis leur arrivée en Tunisie, 23 ont utilisé les services de soins SSR durant la grossesse et/ou pour accouchement dont

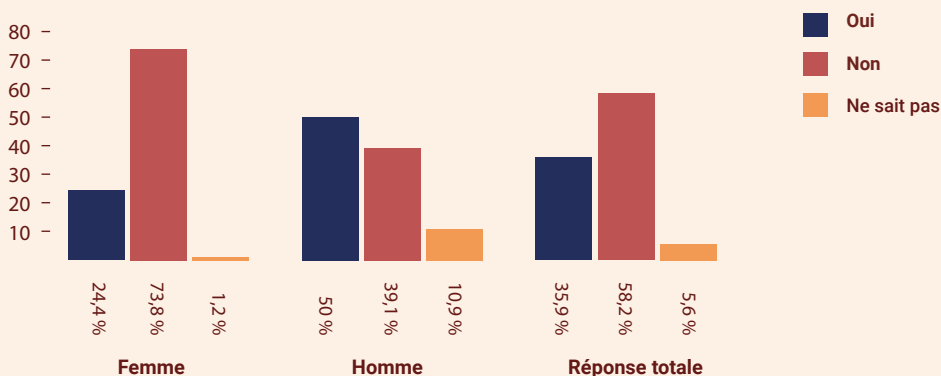
12 femmes n'étaient pas satisfaites par les services de santé dispensés.

III.5 BARRIÈRES D'ACCÈS AUX SERVICES SSR

L'existence d'éventuelles barrières qui auraient empêché les migrants en besoin d'aide médicale à avoir cette aide, a été explorée par la question « Depuis que vous êtes dans cette ville, y a-t-il eu des moments où vous avez senti que vous auriez besoin d'une aide médicale

mais vous n'avez pas pu l'avoir?». Parmi les 306 réponses recueillies, les réponses par « oui » ont été enregistrées dans 110 cas (35.9%) dont 41 chez les femmes (24.4%) et 69 chez les hommes (50%) ($p < 0.001$). Figure 26

FIGURE 26 : RÉPARTITION DES RÉPONSES SELON LE SEXE À L'EXISTENCE ÉVENTUELLE D'EMPÊCHEMENT À DEMANDER DE L'AIDE MÉDICALE



Parmi les raisons citées de cet empêchement qui étaient au nombre de 126 pour les 110 répondants car un répondant pouvait donner plus d'une raison, le manque d'argent a été cité 86

fois représentant ainsi 68% de toutes les raisons citées suivi de loin par le désir de se faire soigner dans le pays d'origine qui a été cité 13 fois (10%). Tableau 15

TABLEAU 15 : RÉPARTITION PAR SEXE DES RAISONS AYANT EMPÊCHÉ LES RÉPONDANTS À DEMANDER DE L'AIDE MÉDICALE

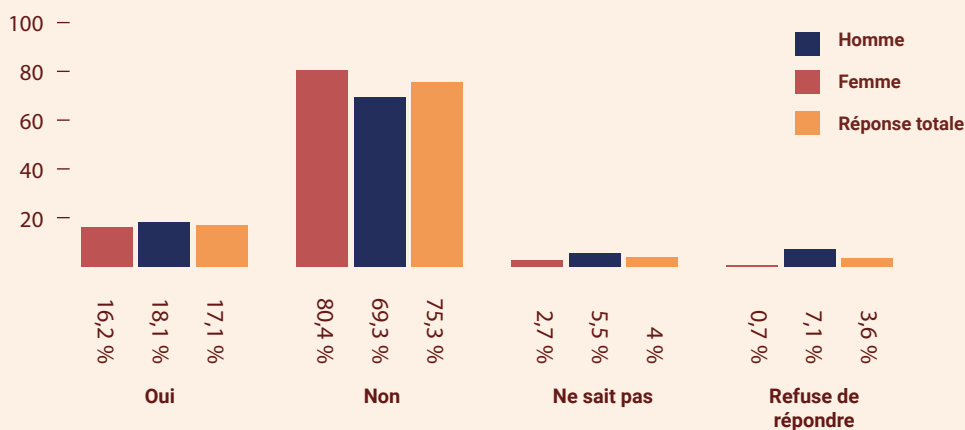
Réponse	Femme		Homme		Total	
	n	%	n	%	n	%
Pas assez d'argent pour payer	29	58%	57	75%	86	68%
Clinique trop éloignée	1	2%	2	3%	3	2%
Heures d'ouvertures de la clinique ne me convenaient pas	2	4%	0	0%	2	2%
On m'a refusé l'accès car je suis étranger	2	4%	2	3%	4	3%
Pas essayé car je pense que l'accès me sera refusé car je suis étranger	6	12%	3	4%	9	7%
La clinique a une mauvaise réputation et le service rendu est mauvais	0	0%	2	3%	2	2%
J'ai préféré rentrer dans mon pays car les services sont meilleurs et/ou moins chers	7	14%	6	8%	13	10%
Autre	2	4%	4	5%	6	5%
Refuse de répondre	1	2%	0	0%	1	1%
Total	50	100%	76	100%	126	100%

Par ailleurs, à la question qui a été posée à tous les interviewés « Y a-t-il eu un personnel travaillant dans un établissement de santé dans ce pays qui vous a traité vous ou vos amis d'une manière qui vous a mis mal à l'aise ? », nous avons recueilli 275 réponses parmi lesquelles 207 étaient par la négative (75.3%) dont 119 chez les femmes (80.4%) et 88 (69.3%) chez les

hommes sans différence statistiquement significative entre les sexes. Figure 27

Comme source de ce malaise, les infirmières et les agents d'accueil ont été cités respectivement 26 et 25 fois tandis que les médecins et gardiens ont été cités 05 fois pour chaque catégorie.

FIGURE 27 : RÉPARTITION DES RÉPONSES SELON LE SEXE À LA QUESTION RELATIVE À L'ÉVENTUEL SENTIMENT DE MALAISE DANS LES STRUCTURES DE SANTÉ



Parmi les 69 répondants à la question « Pensez-vous que les croyances religieuses, culturelles ou autres croyances ont influencé leurs interactions avec vous ? », une dizaine de ré-

pondants (14.5%) ont déclaré qu'ils le pensaient beaucoup tandis que 27 (39.1%) ont déclaré qu'ils ne le pensaient pas du tout. Tableau 16

TABLEAU 16 : OPINION DES RÉPONDANTS SELON LE SEXE SUR L'INFLUENCE DES CROYANCES DES PRESTATAIRES DE SERVICES DE SANTÉ SUR LEUR INTERACTION AVEC LES MIGRANTS

	Femme		Homme		Total	
	n	%	n	%	n	%
Beaucoup	4	12,1%	6	16,7%	10	14,5%
Un peu	1	3,0%	9	25,0%	10	14,5%
Pas du tout	17	51,5%	10	27,8%	27	39,1%
Ne sait pas	5	15,2%	3	8,3%	8	11,6%
Refuse de répondre	6	18,2%	8	22,2%	14	20,3%
Total	33	100%	36	100%	69	100%



CHAPITRE 3

DISCUSSION







I. MÉTHODOLOGIE

L'objectif visé par cette étude n'était pas la représentativité au sens statistique du terme mais bien plus l'analyse de situation des migrants dans le pays de transit qui est la Tunisie. Malgré cela, pour une population de référence correspondant à des jeunes migrants âgés entre 18 et 29 ans et estimée à environ 2000 personnes dans le Grand Tunis selon une cartographie rigoureusement établie (en l'absence de base de données), l'enquête quantitative a englobé un échantillon de 311 personnes dont 176 femmes (56.6%). En plus, l'enquête a été complétée par la réalisation de six focus groups dont quatre avec des migrants de différents profils. Nous pensons de ce fait que l'approche de leur réalité a été obtenue.

En effet, aucune enquête quantitative auprès de migrants en transit, à notre connaissance, n'a été auparavant réalisée en Tunisie. Nous avons trouvé dans la littérature seulement quelques enquêtes qualitatives (Dourgnon P. & Kassar H. 2014; OIM 2015 ; Jaouedi I. 2016 ; Médecin du Monde 2016).

Toutefois, la méthodologie adoptée comporte quelques biais de recrutement notamment concernant les migrants arabophones dont le

nombre d'interviewés n'a pas dépassé les 12 personnes sur les 311 interviewés et ce, en raison de la difficulté rencontrée dans l'accès à ces groupes. Aussi, la tranche d'âge 15-17 ans a été exclue de l'enquête car l'équipe de recherche s'est trouvée devant un paradoxe d'ordre méthodologique et éthique : d'une part, le recrutement des adolescents de cette tranche d'âge requerrait le consentement parental et d'autre part, les migrants accompagnés de leurs parents étaient exclus de l'enquête.

Une autre limite méthodologique a concerné l'analyse des données dans le sens où pour des raisons multiples, nous n'avons pas pu avoir des données désagrégées par tranche d'âge et par nationalité notamment pour les données relatives à la SSR. D'autre part, il aurait fallu dresser un scoring pour objectiver le nombre de migrants interviewés ayant répondu juste à toutes les questions en matière de connaissances sur la SSR, ceux qui ont répondu juste à un certain nombre de questions et ceux qui ont répondu faux à toutes les questions et de même pour les attitudes. Mais ceci n'a pas été fait.



II. MOTEURS DE MIGRATION

Push factors (facteurs de répulsion): Plus de 90% des migrants sont arrivés en Tunisie après 2013. Les facteurs qui les ont poussés à migrer étaient essentiellement les études dans 27% des cas, le facteur économique dans 25% des cas et les raisons de sécurité dans 7% des cas. Ces facteurs sont retrouvés dans une autre

étude (Jaouadi I. ; 2016) et ont été confirmés par les focus groups . Dans les focus groups, les migrants ont exprimé une non-satisfaction par rapport aux conditions socioprofessionnelles, individuelle et familiale, dans le pays d'origine (Ayari A. & Horcheni H., 2017).

“ POUR MOI, MIGRER C’EST CHANGER LA SITUATION DE MA FAMILLE ”

Maurice, 26 ans

Pour beaucoup de migrants originaires de Côte d'Ivoire, la guerre a rendu leur situation sociale plus difficile car en plus de l'insécurité, beaucoup de personnes ont perdu leur travail.

“ SUITE À LA GUERRE, MON MARI ET MOI AVONS TOUT PERDU, J’AI PERDU MON TRAVAIL, POUR MOI LA VIE ÉTAIT TRÈS DIFFICILE ET TRÈS CHÈRE. ”

Mireille 40 ans, victime de traite

Pull factors (facteurs d'attraction) : 38% des migrants ont cité les opportunités de travail et la qualité de vie, 17% ont cité les opportunités économiques associées à la sécurité et en troisième position les opportunités de poursuivre des études (14%). C'est surtout le cas des migrantes qui étaient motivées de faire des études en Tunisie car elles avaient entendu parler de la qualité des diplômés tunisiens et donc ont été encouragées par leur famille à faire l'acte migratoire.

“ C’EST MA FAMILLE QUI M’A PARLÉ ET M’A ENCOURAGÉ DE VENIR ICI, C’EST UN BON DIPLÔME INTERNATIONAL, ET CE N’EST PAS LOIN ICI ”

Nadège, femme, 27 ans

La Tunisie attire les migrants en raison de sa proximité de l'Europe et de la facilité d'entrée sans visa pour des ressortissants d'Afrique de l'Ouest (Boukari H. ; 2010).

Dans notre étude, la Côte-D'Ivoire était le pays d'origine le plus fréquent, celui de plus de 29.5% des migrants interviewés.

“ J’AI VOULU ALLER EN FRANCE, MAIS JE SUIS ARRIVÉE EN TUNISIE CAR C’ÉTAIT FACILE D’OBTENIR LE VISA ; VRAIMENT JE N’AI PAS L’INTENTION DE RESTER ICI, JE VEUX ALLER AILLEURS ”

Une participante au focus group

Certaines femmes, notamment les moins instruites, qui se trouvent dans des situations difficiles d'insécurité et de chômage comme c'était le cas de nombreuses ivoiriennes, sont récupé-

rées par des trafiquants qui vont leur présenter l'opportunité de travailler en Tunisie comme une offre migratoire alléchante.

“ IL M’A DIT ET ASSURÉ¹³ QU’EN TUNISIE LES FEMMES DE MÉNAGE SONT BIEN PAYÉES ”

Jeanne, 50 ans, victime de traite

Attentes : 57% des femmes et 37% des hommes ont trouvé la situation en Tunisie plus difficile qu'ils ne s'y attendaient. Certains se

sont plaints de la lenteur des procédures d'obtention de la carte de séjour, d'autres du comportement « raciste » des tunisiens.

“ IL EST DIFFICILE D’OBTENIR LES CARTES DE SÉJOUR ET ON NOUS OBLIGE À PAYER DES PÉNALITÉS ”

Maurice, femme, 26 ans

Dans le rapport de l'OIM sur l'étude exploratoire sur la traite des personnes en Tunisie qu'elle a menée en 2013, nous lisons : « sur le plan juridique national, l'entrée, le séjour et la sortie des étrangers sont réglementés par la loi 68-7 du 8/3/1968 relative à la situation des étrangers. Il

arrive que des migrants, arrivés légalement sur le territoire national tunisien, dépassent la durée d'autorisation de séjour et soient transférés dans des Centres d'accueil et d'orientation pour les migrants (centres de rétention) en attente de leur retour vers leur pays d'origine.»

“ ... ILS ME DISENT KAHLouchA¹⁴, ILS ME JETTENT DES CAILLOUX, ILS NE SONT PAS GENTILS AVEC MOI ET MOI AUSSI JE LES DÉTESTE ; C’EST DIFFICILE DE S’INTÉGRER ICI BIEN QUE J’AIE ESSAYÉ ”

Une participante au focus group

Selon les acteurs clés qui ont participé à un focus group, le statut de bon nombre de migrants en situation irrégulière (sans carte de séjour) les fragilise socialement et les met dans une situation de vulnérabilité exacerbée en face d'une agression car ils ne peuvent pas porter plainte au prix d'être arrêtés : « il y a beaucoup de cas de victimes d'agressions sexuelles, on les croise parfois dans le Jardin le Passage, elles ne peuvent pas porter plainte puisqu'elles sont dans une situation illégale et risquent d'être arrêtées à cause des montants cumulés des pénalités qui sont de l'ordre de 20 dinars tunisiens/ semaine et après,...ça les bloque l'accès de jouir de leurs droits fondamentaux et entre temps on leur enlève leurs visas d'emploi. Ils ne peuvent ni travailler, ni être payés » (un acteur clé).

Quant aux femmes victimes de traite, le consultant précise dans son rapport sur le focus group avec des femmes victimes de traite : « le sentiment d'avoir tout perdu, d'avoir raté son voyage, d'être spoliée de son argent et ce subitement et sans se rendre compte propage chez la victime un état de soumission et d'incapacité de réagir comme si elle était **tombée dans un trou**¹⁵». Malgré cette situation difficile, 59% des femmes migrantes et 49% des hommes ont déclaré qu'ils encourageraient. d'autres à migrer vers la Tunisie. Au cours de certains focus groups, les femmes migrantes ont justifié cela par la situation difficile de la femme dans leur pays d'origine et des charges familiales insoutenables dont elles assument la responsabilité toutes seules

“ MOI, JE PENSE QU’ICI (TUNISIE), LES FEMMES SONT PLUS FAVORISÉES, LES MARIS VONT LES COURTISER ET CE CÔTÉ ME PLAÎT. MAIS EN CÔTE D’IVOIRE, C’EST LA FEMME QUI FAIT TOUT, L’HOMME NE FAIT RIEN QUE TE FRAPPER, TE MALTRAITER ”

Hélène

¹³ Parlant du trafiquant (NdA)

¹⁴ « Kahloucha » veut dire « la noire » dans le dialecte tunisien ironique.

¹⁵ Expression de Mireille, victime de traite (NdA)



III. SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Connaissances : le niveau de connaissances des jeunes migrants en matière de SSR semble variable en fonction des items abordés. Alors que les migrants connaissaient presque tous que la femme peut tomber enceinte dès le premier rapport sexuel, les réponses à l'effet de la masturbation sur la santé étaient moins tranchantes puisque plus de 76% des répondants ont répondu soit faux en pensant que la masturbation nuisait à la santé soit par « je ne sais pas ».

De même pour le sida, plus de 50% des répondants ont répondu soit faux en pensant que l'on

peut guérir du sida soit par « je ne sais pas ». Dans ces deux derniers cas, les connaissances des femmes étaient plus faibles que celles des hommes.

En termes de contraception, les répondants des deux sexes ont cité en moyenne trois méthodes contraceptives dont les plus fréquentes étaient : la pilule, le préservatif et les injections.

Il y a lieu de souligner qu'au cours des focus groups, la plupart des migrantes et migrants ont déclaré ne pas avoir d'idée sur la SSR.

“ NON, JE N'AI AUCUNE IDÉE ”

(parlant de la SSR)

Cristelle, femme, 27 ans

Attitudes : à propos des relations sexuelles entre deux personnes non mariées qui s'aiment, plus de 63% des répondants étaient d'accord sans distinction d'attitude entre femmes et hommes. Mais, notons que le nombre d'interviewés arabophones était faible (06 femmes et 06 hommes) et que cette question n'a pas été explorée au cours du focus groups avec les femmes syriennes pour détecter d'éventuelles différences d'attitudes avec les répondants subsahariens.

Concernant la VFG, 88% des répondants parmi lesquels nous retrouvons 91% des femmes ne

savaient pas ou n'étaient pas sûrs si un garçon aimant une fille devait la forcer parfois à avoir un rapport sexuel avec lui et plus de 6% étaient d'accord. Pour mieux comprendre les attitudes des migrants envers cette question, celle-ci a été explorée dans les focus groups conduits par les consultants qui ont identifié trois familles de réponses :

► « La majorité qui refuse catégoriquement qu'un homme force sa compagne à un rapport forcé ; c'est un avis largement partagé chez les migrant(e)s d'origine subsaharienne et chez une partie des femmes arabophones. »

“ NON, CE N’EST PAS NORMAL QU’UN HOMME FORCE SA FEMME POUR AVOIR AVEC ELLE DES RAPPORTS SEXUELS ; C’EST UN VIOL, CE N’EST PAS NORMAL, IL FAUT LE CONSENTEMENT DE LA FEMME, POUR AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS ”

Agnès, Côte d’Ivoire

► « Quelques hommes, d’origine subsaharienne, pensent que l’homme est en droit de pratiquer un rapport sexuel même si la femme n’en a pas envie. Cet avis est donné de façon édulcorée mais garde entière sa portée. »

“ CERTAINES FEMMES PRÉFÈRENT QUE LEUR HOMME LES FORCE À FAIRE DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ”

Bancé, Burkina Faso

► « Les femmes syriennes arabophones qui pensent qu’en cas de refus de la femme, l’homme garde entier et inaliénable son droit de pratiquer un rapport sexuel. C’est un avis formulé avec forte conviction car légitimé, et vu ainsi chez ces femmes, par un principe religieux et canonique musulman (la chariaa). Cette perception est la plus répandue chez les personnes rencontrées de ce groupe. »

“ OUI IL A LE DROIT, NOS PARENTS NOUS ONT ENSEIGNÉ ÇA. ON PRÉFÈRE L’ENTENTE MAIS SI ELLE REFUSE IL A LE DROIT SELON LA CHARIAA ”

Ryma, Syrie, 26 ans

De même pour la violence physique, 10% des répondants étaient d'accord que parfois il est justifié qu'un garçon frappe sa petite amie tandis que 83% ont déclaré qu'ils ne savaient pas.

Lors des focus groups, presque tous les participants quel que soit leur profil ont refusé qu'un homme batte sa femme.

“ JAMAIS, CE N'EST PAS NORMAL DU TOUT, POURQUOI BATTRE UNE FEMME CE N'EST PAS NORMAL ”

Agnès, Côte d'Ivoire

Utilisation des services SSR : l'enquête a montré que plus de 80% des femmes et plus de 86% des hommes ignoraient où accéder à des services SSR dans le Grand Tunis. Pourtant, selon la cartographie des acteurs clés (R. Khouili ; 2017), il existe bien des organismes gouvernementaux

et non gouvernementaux qui dispensent des prestations directes aux migrants dont des services de santé et des services SSR de manière gratuite dont une synthèse est présentée dans le tableau :

Organismes	Prestations
Organismes gouvernementaux	
Direction des Frontières et des Etrangers (Ministère de l'Intérieur)	Délivrance des cartes de séjours
Direction Générale de la Coopération Internationale (Ministère de l'enseignement supérieur)	Etude des dossiers de candidature des étudiants étrangers et leur autorisation à s'inscrire dans les différents établissements universitaires en Tunisie
Ministère de la Formation professionnelle et de l'Emploi.	Autorisation de travail pour les travailleurs étrangers
Instance nationale de lutte contre la traite des personnes	<ul style="list-style-type: none"> - Réception des signalements sur des opérations de traite des personnes et saisie des instances judiciaires compétentes - Coordination des efforts dans le domaine de la protection et d'assistance aux victimes de traite -Collecte d'informations, données et statistiques relatives à la traite des personnes
Office National de la Famille et la Population	Services SSR

Organismes non gouvernementaux	
Médecins du Monde	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil et orientation - Consultation médicale - Permanence psychologue - Accompagnement des migrant-e-s aux différents services, notamment les services de soins.
Terre d'Asile Tunisie	<ul style="list-style-type: none"> - Assistance juridique - Accompagnement social - Insertion financière (micro-projet ...) - Accompagnement médical - Insertion culturelle (cours de français, débats, soirées culturelles, projection de films ...)
Croissant Rouge Tunisien (CRT)	<ul style="list-style-type: none"> Accueil et orientation - Réception des demandes d'asile - Entretien de détermination de statut de réfugié - Enregistrement des demandeurs d'asile et traitement des dossiers (définition des critères de vulnérabilité, visites à domicile ...) - Assistance financière (en cas de besoin) - Assistance médicale
Caritas	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement des migrant-e-s - Hébergement pour les migrant-e-s en attente de rapatriement.
Beity	Hébergement de femmes migrantes en situation de vulnérabilité
Association Amal pour la mère et l'enfant	Hébergement de femmes migrantes en situation de vulnérabilité
Association des femmes tunisiennes pour la recherche et le développement (AFTURD)	Hébergement de femmes migrantes en situation de vulnérabilité
Association tunisienne de lutte contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles (ATL MST SIDA Section Tunis)	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation et prévention autour du VIH et la SSR - Dépistage du VIH
Ligue tunisienne de défense des droits de l'Homme (LTDH)	<ul style="list-style-type: none"> - Assistance juridique - Plaidoyer
The Adventist Development and Relief Agency (ADRA)	Insertion économique (contrat d'emploi + micro-projet...)
Association des étudiants et stagiaires africains en Tunisie (AESAT)	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de capacités des migrant-e-s ; - Accompagnement des étudiant-e-s et stagiaires africain-e-s - Plaidoyer
Système des Nations Unies	
OIM	<ul style="list-style-type: none"> - Assistance médicale (kits d'hygiène, prise en charge médicale ...) - Assistance juridique - Aide au retour volontaire
UNHCR	<ul style="list-style-type: none"> - Etude des dossiers de demande d'asile - Attribution du statut de réfugié

Par ailleurs, il est intéressant de voir que la plupart des jeunes migrants enquêtés aussi bien par interview que par focus group ont déclaré ne pas avoir consulté des services de soins SSR. Parmi ceux qui ont consulté des services SSR, la majorité a déclaré avoir reçu le service demandé (plus de 88%), avoir été informés (plus de 74%), s'être sentie à l'aise pour poser des questions au cours de la consultation, avoir reçu convenablement des réponses aux questions posées, et que leur intimité et la confidentialité étaient respectées (76% pour les femmes et 73% pour les hommes).

Ces résultats indiquaient que nous étions devant des services SSR amis des jeunes ? La réponse à cette question a été donnée par les focus groups. En effet, alors que les hommes qui ont très peu consulté pour soins SSR, trouvaient la qualité de services acceptable dans les deux secteurs public et privé, la plupart des femmes subsahariennes et syriennes trouvaient la qualité de services dans le secteur public très médiocre.

“ C’EST UN SERVICE TRÈS MÉDIOCRE. JE SOUFFRE DES SERVICES DE SANTÉ DANS LES HÔPITAUX PUBLICS. LES DOCTEURS NE SONT PAS DISPONIBLES DANS LES HÔPITAUX PUBLICS. ILS VIENNENT TARD ET RENTRENT TÔT CHEZ EUX ”

Fatma, Syrie

En revanche, le secteur privé s'est révélé plus fréquenté que le public et jugé de qualité meilleure. « Les arguments concernant l'accueil, les délais, la disponibilité et l'écoute sont les plus avancés comme titres de comparaison » (Ayari A. & Horcheni H. ; 2017).

“ SELON MON EXPÉRIENCE AVEC LA CLINIQUE, OÙ J’AI FAIT LES ANALYSES, LES SERVICES VRAIMENT SONT PARFAITS ”

Hélène, Côte d’Ivoire

Ces révélations semblent donner une explication à la satisfaction relative des interviewés trouvée dans l’enquête quantitative où ils auraient donné des réponses favorables à des structures de services SSR en se référant au secteur privé.

Quant aux barrières d’accès aux services SSR identifiées au cours de l’enquête quantitative, celle liée au manque d’argent a été la plus citée et quelques sentiments de malaise à cause du comportement de certains professionnels de santé dont principalement les infirmières et agents d’accueil. Les focus groups ont révélé trois barrières principales : (i) le coût des soins notamment dans le secteur privé ; (ii) le statut de migrant en situation irrégulière qui les prive du permis de travailler et de la couver-

ture sociale et (iii) l’ignorance des migrants de leurs droits ou des organismes qui pourraient les soutenir.

Enfin, il y a lieu de souligner qu’une importante barrière d’accès aux soins SSR a été révélée par question ouverte au cours de l’enquête quantitative. Il s’agit de la restriction du traitement par les antirétroviraux (ARV) et du suivi biologique gratuits des PVVIH aux seuls tunisiens vivant en Tunisie et ne bénéficiant pas de couverture sociale et ce, conformément à une circulaire ministérielle datant de l’année 2000¹⁶. En application de cette circulaire, les personnes étrangères résidentes en Tunisie et vivant avec le VIH se voient interdites d’accès aux ARV et au suivi biologique gratuits.

¹⁶ Circulaire n°16/2000 du 27 février 2000.



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS





L'étude des moteurs de migration et des besoins en SSR réalisée auprès de jeunes migrants vers la Tunisie et résidant dans le Grand Tunis a permis de dégager les conclusions suivantes :

Les jeunes migrants sont poussés de quitter leur pays d'origine pour des raisons économiques, des études et en troisième position pour fuir l'insécurité politique comme c'était le cas des migrants ivoiriens ou arabophones (Syrie et Libye).

La Tunisie les a attirés pour être un pays de transit du fait que l'entrée pour certaines nationalités ne requière pas de visa d'entrée, de sa proximité de l'Europe et de la bonne réputation de ses diplômés d'études supérieures.

Les femmes migrantes ont été plus nombreuses à déclarer avoir trouvé les conditions plus difficiles qu'elles ne s'y attendaient avant d'arriver particulièrement par rapport à la lenteur des procédures d'obtention de la carte de séjour qui les met dans une situation de migration irrégulière et par rapport à l'attitude des tunisiens qu'elles trouvaient « racistes ».

En termes de SSR, les migrants dans leur majorité étaient sexuellement actifs, ont commencé tôt à s'informer sur la sexualité mais moins de

la moitié parmi eux se jugeait bien informée, les fausses idées sont retrouvées par rapport à la contraception et au VIH et particulièrement au niveau du test VIH.

A côté, nous avons trouvé des attitudes libérales eu égard les relations sexuelles mais des opinions moins claires vis-à-vis la VFG. Les focus groups ont d'ailleurs mis en évidence des attitudes différentes allant de celle rejetant la VFG à celles qui la tolèrent.

La connaissance des méthodes contraceptives est satisfaisante vu que les répondants citaient en moyenne trois méthodes contraceptives mais l'usage du préservatif semble limité.

Les migrants connaissant les structures de soins SSR étaient peu nombreux. Moins d'un cinquième des migrants ont utilisé des services SSR dont vingt-six femmes ayant accouché dans des structures de santé. Parmi ces femmes, la moitié était non satisfaite par les services maternels. En revanche, l'enquête qualitative a montré un niveau de satisfaction de la qualité des services dans le secteur privé bien meilleur que par rapport au secteur public. Les migrants se plaignaient surtout de la qualité de l'accueil et de la communication avec les infirmières et les agents d'accueil particulièrement.



Ainsi, les résultats de cette étude ont permis de dégager les recommandations suivantes à titre non exhaustif :

- 1 Faire le **plaidoyer** pour la mise en place d'une **unité de gestion socio-sanitaire au sein du Ministère des Affaires Sociales** chargée des affaires des migrants vers la Tunisie et qui sont en situation de vulnérabilité. Et afin que cette unité remplisse entièrement son rôle de soutien et d'appui, il est recommandé d'assurer les conditions suivantes :
 - > doter l'unité d'un budget spécial pour répondre à des besoins pressants,
 - > dissocier les services socio-sanitaires des procédures judiciaires vis-à-vis des populations vulnérables afin de permettre aux migrants en situation irrégulière de revendiquer leurs droits à la santé et à la protection surtout en cas d'agression physique ou sexuelle,
- 2 Instaurer un **travail en réseau** rassemblant des intervenants gouvernementaux et non gouvernementaux pour une synergie d'action et une complémentarité d'intervention dans le respect des droits des personnes humaines aux soins et à la protection et sans violation des lois nationales. Il serait utile de définir les rôles de chaque intervenant dans ce réseau et de mettre en place un mécanisme pour sa durabilité,
- 3 Opérationnaliser le plan stratégique national de lutte contre le SIDA dans sa composante ciblant la réduction de la vulnérabilité des populations spécifiques dont les migrants et la **garantie de l'accès aux ARV pour les PVVIH**,
- 4 Mettre en place des actions simples de **communication** ciblant différents publics : informer les migrants de leurs droits et des structures qui peuvent les aider, sensibiliser les professionnels dispensant les services socio-sanitaires, accroître la prise de conscience de la population en matière de tolérance et d'acceptabilité de la différence,
- 5 **Collaborer avec les organisations non gouvernementales** nationales et internationales dans les actions qu'elles mènent à l'intention de certains sous-groupes de migrants particulièrement vulnérables ainsi qu'au niveau des professionnels dispensant des services socio-sanitaires,
- 6 **Faire participer** les migrants dans la prise de décision à travers leurs pairs.



BIBLIOGRAPHIE



Ayari A. & Hiddi H. Etude qualitative sur la migration mixte des jeunes et besoins en services de santé sexuelle et reproductive. Rapport de synthèse 2017

Boubakri H. Tunisie : Migration, marché du travail et développement. 2010

Dourgnon P. & Kassar H. Refugees in and out North Africa: a study of the Choucha refugee camp in Tunisia. 2014

Institut National de la Statistique (INS). Recensement Général de l'Habitat et de la Population (RGHP) 2014. Caractéristiques migratoires. 2017

IOM Tunisie. Etude exploratoire sur la traite des personnes en Tunisie. Juin 2013, p :40

IOM. Migration Trends Across the Mediterranean: Connecting the Dots. 2015
Jaouadi I. Evaluation de base des vulnérabilités Socioéconomiques et sanitaires des migrants Pour un accès effectif aux services de santé en Tunisie. 2016

Kassar H & Dourgnon P. The big crossing: illegal boat migrants in the Mediterranean. 2014

Khouili R. Mapping des migrants et des acteurs clés sur le Grand Tunis. 2017
Médecins du Monde Tunisie. Plaidoyer pour l'accès des migrants au droit à la santé en Tunisie. 2016.

Observatoire Maghrébin des Migrations. Rapport annuel sur la migration irrégulière en Tunisie.2016 (in: <https://ftdes.net/rapports/fr.omm2016.pdf>)



ANNEXES



ANNEXE 1 :
SYNTHÈSE DE REVUE DE LA LITTÉRATURE

ANNEXE 2 :
**ETUDE QUALITATIVE SUR LA MIGRATION MIXTE
DES JEUNES ET BESOINS EN SERVICES DE
SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE. RAPPORT
DE SYNTHÈSE 2017**

ANNEXE 3 : VISA ÉTHIQUE

ANNEXE 1

**PROJET « MIGRATION MIXTE
ET BESOINS EN SSR »
REVUE DE LA LITTÉRATURE
POUR LE CAS DE LA TUNISIE**

INTRODUCTION- CONTEXTE

Depuis quelques années, la Tunisie a cessé d'être un pays seulement d'émigration vers l'Europe principalement et les pays du Golf secondairement pour devenir un pays d'immigration et de transit pour les migrants économiques et les réfugiés. Des facteurs contextuels ont entraîné ces changements. En effet, la période 2011-2012 post-révolutionnaire a vu un afflux sans précédent de migrants irréguliers suite à la crise libyenne (Kassar H.; 2014).

Ce constat est aussi fait par l'Organisation Internationale de la Migration (OIM) qui distingue plusieurs catégories d'étrangers vivant en Tunisie. Parmi eux, les migrants économiques en situation irrégulière, les demandeurs d'asile et réfugiés non réinstallés venus de Lybie suite au conflit de 2011 et les étudiants présents en Tunisie grâce à des accords bilatéraux, sont certainement les populations migrantes les plus vulnérables aux discriminations, au racisme, et à l'exploitation par le travail (OIM, 2013).

Toutefois, si les données statistiques relatives à la présence étrangère (légal) en Tunisie sont disponibles notamment à travers l'Institut National de la Statistique (INS), peu d'informations ou de données sont disponibles au sujet de l'émigration irrégulière non seulement des Subsahariens mais aussi des Tunisiens (Boubakri H. ; 2010).

En effet, l'INS réalise un Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) tous les dix ans qui a le mérite de fournir des données probantes assez élaborées sur les migrants réguliers tunisiens vers les autres pays et les migrants réguliers vers la Tunisie (INS). Selon le dernier RGPH réalisé en 2014, le nombre de migrants réguliers était 53000. Les données disponibles sont de nature sociodémographique,

économique et touchent également aux moteurs de la migration régulière.

En revanche, peu d'études ont été réalisées sur la migration irrégulière et encore moins ont abordé des questions relatives à la santé sexuelle et reproductive (SSR/VFG). Les raisons seraient en rapport d'une part avec la nouveauté du phénomène qui s'est prononcé après la révolution de 2011 et d'autre part à la difficulté d'accès à l'information sur une population en situation de migration irrégulière.

Il est à souligner que le bureau de l'OIM à Tunis rapporte que le Bureau International du Travail (BIT) estime que la population de migrants irréguliers représente 10 à 15 % de la somme des « stocks » et des flux de migrants. Conformément à cette donnée, ils seraient entre 5300 et 8000 migrants irréguliers sur tout le territoire du pays dont 700 à 800 syriens selon.

Le bureau de l'OIM assiste chaque année entre 700 et 800 migrants, en situation irrégulière et a pris en charge 155 victimes de traites depuis 2012 dont 54 en 2016. Mais d'une manière générale, la littérature ne donne pas de détail sur la notion de traite de personnes ni de violences sexuelles.

Sur le plan juridique national, l'entrée, le séjour et la sortie des étrangers sont réglementés par la loi 68-7 du 8/3/1968 relative à la situation des étrangers et la loi 75-40 du 14 mai 1975 relative aux conditions de délivrance des passeports et des titres de voyages aux Tunisiens ou aux étrangers démunis de leurs documents de voyage. Certains migrants qui dépassent la durée d'autorisation de séjour sont transférés dans des Centres d'accueil et d'orientation pour les migrants (OIM ; 2013).

CADRE LEGISLATIF RELATIF A LA MIGRATION VERS LA TUNISIE

A L'ÉCHELLE DE SES ENGAGEMENTS INTERNATIONAUX :

la Tunisie a ratifié la Convention des Nations Unies du 15 novembre 2000 pour la lutte contre la criminalité transnationale organisée et les deux protocoles additionnels à cette convention : (i) le protocole additionnel visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes en particulier des femmes et des enfants ; (ii) le protocole additionnel pour la lutte contre le trafic illicite des migrants par terre, mer et air.

En ratifiant ces protocoles, la Tunisie a marqué une première étape de son engagement dans la lutte contre ce crime (OIM ; 2013).

La Tunisie a également ratifié en 1985 la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) et après l'inscription dans sa nouvelle Constitution de l'égalité entre les hommes et les femmes, a officiellement levé ses réserves concernant la CEDAW .

Toutefois, eu égard à la déclaration n°26 du Comité de la CEDAW (2005) concernant les travailleuses migrantes qui stipule que les femmes « sont particulièrement vulnérables à l'exploitation et à la violence du fait de leur statut d'immigrées en situation irrégulière, ce qui accentue leur exclusion et augmente les risques d'exploitation », la Tunisie ne semble pas avoir pris de dispositions particulières relatives à l'emploi

irrégulier de migrantes. La migration féminine n'est visible sur le plan juridique que dans son aspect passif. En effet, la femme est envisagée comme membre de famille ou comme l'épouse qui rejoint son mari. Or aujourd'hui, la femme travailleuse devient elle-même initiatrice du regroupement familial alors qu'elle subit encore des discriminations rendant plus difficile leur migration.

²⁹In <http://www.unfpa-tunisie.org/index.php/actualites/1-actualites/235-cedaw-la-levée-des-reserves-de-la-tunisie-est-effective.html>

²¹ M. Ben Jemia & S. Ben Achour ; H. Boubakri. Plaidoyer pour une réforme des lois relatives aux migrants, aux étrangers et à la nationalité en Tunisie. 2014, p 23&33

A L'ÉCHELLE DE LA LÉGISLATION TUNISIENNE :

Depuis l'indépendance de la Tunisie en 1956, des lois ont été promulguées pour réglementer d'un côté la condition des étrangers en Tunisie et d'un autre côté le mouvement des personnes (tunisiennes ou étrangères) aux postes frontaliers du pays^{22,23}.

Selon la loi 1968-7, pour travailler dans un cadre légal, l'étranger est tenu d'obtenir une autorisation formelle du Ministère de l'emploi ou de l'une des directions régionales de l'emploi s'il n'est pas à Tunis. L'article 23 de cette loi dispose : « est passible d'un emprisonnement d'un mois à un an et d'une amende de 6 à 120 dinars: 1.

L'étranger qui entre en Tunisie ou en sort sans se conformer aux conditions prévues aux articles 4 et 5 de la présente loi et aux textes pris pour son application; 2. l'étranger qui ne sollicite pas dans le délai légal un visa de séjour et une carte de séjour ou leur renouvellement à l'expiration de la durée de leur validité; 3. l'étranger qui continue de séjourner en Tunisie après le rejet de sa demande tendant à obtenir un visa et une carte de séjour ou après le refus de les renouveler ou l'expiration de la durée de leur validité ou le retrait de sa carte de séjour ».

L'article 24 de la même loi stipule : « est passible d'un emprisonnement de 6 mois à 3 ans et d'une amende de 20 à 240 dinars l'étranger qui présente des documents falsifiés ou donne de faux renseignements dans le but de cacher son identité, sa profession ou sa nationalité, sans préjudice de l'application des sanctions prévues à cet effet par le Code Pénal ».

Quant à la loi 1975-40 du 14 mai 1975, elle vise à réglementer les conditions de délivrance des passeports et des titres de voyages aux Tunisiens ou aux étrangers démunis de leurs documents de voyage.

La loi organique 2004-6 du 3 février 2004, s'annonçant comme une « loi modifiant et complétant la loi 1975-40 relative aux passeports et aux documents de voyage », s'inscrit dans le cadre des engagements internationaux pris par la Tunisie. Cette loi vise, d'abord et avant tout, à combattre les passeurs mais en voulant lutter contre les passeurs et leurs pratiques immorales, le législateur tunisien a en même temps, incriminé toute forme d'aide, d'assistance ou de soutien qui pourrait être apportée au clandestin.

Par ailleurs, la loi 2004-6 permet la violation du secret professionnel lorsque le professionnel de santé ou l'avocat a eu connaissance de l'une des infractions visées par la loi. Indirectement, l'article 45 empêche l'immigré d'avoir recours aux services d'un médecin, d'une sage-femme ou d'un avocat. De telles dispositions contraignent les femmes migrantes en situation irrégulière, à la clandestinité et peuvent accentuer leur vulnérabilité aux violences sexuelles et physiques que pourraient exercer sur elles les passeurs eux-mêmes ou tout autre individu. Elles se trouvent en plus, dénuées du droit à recourir à la justice pour porter plainte contre les violences qu'elles pourraient subir.

²⁴M. Ben Jemaa & S. Ben Achour ; H. Boubakri. Plaidoyer pour une réforme des lois relatives aux migrants, aux étrangers et à la nationalité en Tunisie. ²⁰¹⁴. p 88¹³

²⁵ Journal Officiel de la République Tunisienne n° 66 du 12 aout ²⁰¹⁶ ; p 2852-61 (version arabe officielle)

Enfin, la Tunisie dispose désormais de la loi 2016-61 du 3 août 2016 qui vise à prévenir toutes formes d'exploitation auxquelles pourraient être exposées les personnes, notamment, les femmes et les enfants, à lutter contre leur traite, en réprimer les auteurs et protéger et assister les victimes.

L'article 3 stipule : « la présente loi s'applique aux infractions relatives à la traite des personnes, commises sur le territoire national, ainsi qu'aux dites infractions commises hors du territoire national dans la limite des règles de compétence des tribunaux tunisiens prévues par la présente loi. ». Le consentement de la victime ne constitue en aucun cas une circonstance atténuante pour le trafiquant (article 5) ; celui-ci est puni de dix ans d'emprisonnement et d'une amende de cinquante mille dinars article 8).

Il est à souligner que le Ministère de la Justice, en partenariat avec le Conseil de l'Europe, a organisé les 8 et 9 février 2017, un colloque sous le thème «Application de la loi organique n°2016-61 du 3 août 2016 relative à la prévention et à la lutte contre la traite des personnes : Mise en place de l'Instance nationale de lutte contre la traite des personnes et renforcement de capacités des acteurs nationaux»²⁶.

Sur le plan juridique national, l'entrée, le séjour et la sortie des étrangers sont réglementés par la loi 68-7 du 8/3/1968 relative à la situation des étrangers. Il arrive que des migrants, arrivés légalement sur le territoire national tunisien, dépassent la durée d'autorisation de séjour et

soient transférés dans des Centres d'accueil et d'orientation pour les migrants (centres de rétention) en attente de leur retour vers leur pays d'origine. En Tunisie, il existe sept centres d'accueil et d'orientation pour migrants, qui disposent d'installations d'hébergement, et 19 postes dans les régions, tous sous tutelle de la Garde Nationale. On relève dans le rapport de cette étude que ces Centres d'accueil et d'orientation pour migrants pourraient accueillir des victimes de traite des personnes, retenues pour être en situation irrégulière en Tunisie ou après avoir effectué une peine de prison

²⁶Du In <http://www.coe.int/ar/web/tunis/-/mise-en-place-de-l-instance-nationale-de-lutte-contre-la-traite-des-personnes>

DONNEES DEMOGRAPHIQUES ET MOTEURS DE LA MIGRATION

1. MIGRANTS RÉGULIERS

Entrants non tunisiens : le nombre de migrants réguliers vers la Tunisie était aux environs de 14400 individus au cours de la période 2004-2014 (date du dernier RGHP) contre 10720 entre (1999 – 20004) soit un nombre ne dépassant pas 2880 personnes annuellement. Elles se répartissent en 8000 hommes et 6400 femmes ; soit respectivement 55.6% et 44.4%. Le cumul des personnes étrangères résidentes en Tunisie est évalué à 53000 personnes en 2014, contre 35192 en 2004, 37954 en 1994, 38040 en 1984 et 37910 en 1975.

Pays d'origine : Les entrants non tunisiens au cours de la période (2009–2014) viennent principalement de la Libye²⁷(3160), de pays africains (2798) et de la France (2014). Ils s'installent en grande partie dans quatre gouvernorats : le gouvernorat de Tunis accueille 5856 personnes, de l'Ariana 2453, de Nabeul 1201 et de Sousse 1226. (INS ; 2014)

Le tableau suivant présente la répartition des migrants réguliers vivant en Tunisie selon les principales nationalités²⁸:

Réponse	Femme		Homme		Total	
	n	%	n	%	n	%
Instituteur	38	22%	47	34%	85	28%
Mère	58	34%	23	17%	81	26%
Père	1	1%	14	10%	15	5%
Frère	0	0%	2	1%	2	1%
Sœur	26	15%	2	1%	28	9%
D'autres membres de la famille	10	6%	10	7%	20	7%
Ami(e)s	19	11%	15	11%	34	11%
Médecins ou infirmières	1	1%	4	3%	5	2%
Livres ou magazines	2	1%	2	1%	4	1%
Affiches ou brochures	1	1%	0	0%	1	0%
Films ou vidéos	3	2%	15	11%	18	6%
Lieu de culte	0	0%	0	0%	0	0%
Organisations de jeunes	4	2%	2	1%	6	2%
Refuse de répondre	6	4%	2	1%	8	3%
Total	169	100%	138	100%	307	100%

²⁷ Libye 22% ; Afrique subsaharienne : 19,5% ; Syrie 4,2% ; France 14%

²⁸ Ce tableau a été dressé par le bureau de l'OIM à Tunis en référence du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), 2014

Par ailleurs, il y a lieu de noter qu'entre 2007 et 2008, 3 500 étudiants étrangers étaient présents en Tunisie. Ils étaient notamment originaires du Maroc, de la Mauritanie, de Palestine, d'Algérie, du Mali et de la Côte d'Ivoire (OIM, 2013).

Moteurs de la migration : accompagnement de la famille 25.5% ; travail 22.5% ; études 19.6% ; mariage 9.3% ; acquisition de logement ou amélioration des conditions de vie 11.3% ; autres 11.8%.

Profile : Ils sont en majorité des jeunes. Plus de la moitié sont âgés de moins de 30 ans. Les prédominants sont ceux âgés entre 20 et 35 ans représentant près de 40% du total des entrants non tunisiens. Ils sont d'un niveau d'instruction élevé. Cette catégorie de migrants a le taux de chômage le plus faible en comparaison avec les taux des autres catégories de migrants. Il est de l'ordre de 6.3%.

Lieu de résidence : le Grand Tunis totalise 62.1% des migrants suivi de Sousse 8.5%, Nabeul 8.4%, Medenine 5.3%, Sfax 3.8%.

Cependant, Boukari souligne que les données sur le séjour court (3 mois) et le travail des étrangers, notamment des Maghrébins et Subsahariens, ne sont pas communiquées par les administrations (Ministère de l'intérieur et du développement Local, et Ministère de l'emploi et de l'Insertion Professionnelle).

À noter que les ressortissants des pays de l'Union du Maghreb Arabe (UMA) et ceux d'une grande partie des pays d'Afrique subsaharienne francophone, qui entrent en Tunisie sans obligation de visa sous le statut de touristes, ne sont pas comptés parmi les étrangers résidents. Comme la durée du séjour touristique est limi-

tée à 3 mois, de nombreux ressortissants algériens, marocains et aussi subsahariens renouvelent leur séjour touristique en Tunisie en se rendant en Libye ou en Algérie et reviennent généralement le même jour. Le voyage par la route Tripoli-Tunis ne dure que 10 heures en moyenne et coûte moins de 100 dollars ce qui facilitait ce flux (Boukari H. ; 2010).

2. MIGRANTS IRRÉGULIERS

“ J’AI DEUX ENFANTS... JE LES AI LAISSÉS AU PAYS... IL FALLAIT PARTIR POUR POUVOIR LEUR ENVOYER DE L’ARGENT... QUAND ON A DES ENFANTS IL FAUT LUTTER POUR EUX... IL FAUT SUPPORTER CERTAINES CHOSES. ALORS J’AI PRIS MON COURAGE À DEUX MAINS. ”

(S. migrante ivoirienne, travailleuse domestique)
(Source : MdM ; 2016)

Les données sur les moteurs de migration irrégulière sont rares. Nous rapportons ci-après ce que nous avons trouvé dans les quelques documents que nous avons pu colliger :

L’OIM a conduit une étude qualitative dans sept pays de la région MENA et d’Europe (Egypte, Libye, Malta, Maroc, Tunisie Espagne et Italie) entre novembre 2014 et février 2015. L’objectif était de déterminer les points de connexion de la migration à travers la Méditerranée.

Les résultats ont montré que la Tunisie n’était plus un point de départ significatif pour l’Europe non seulement pour les migrants subsahariens et syriens mais même pour les migrants tunisiens très probablement du fait que le gouvernement tunisien ait fermé ses frontières aux non libyens qui voulaient quitter la Libye. En conséquence, les départs de la Tunisie ont progressivement diminué, jusqu’à ce qu’ils représentaient moins de 1% du flux en 2014, et les départs de la Libye ont progressivement augmenté jusqu’à ce qu’ils représentaient 83% des flux en 2014.

D’ailleurs, selon le rapport annuel de l’Observatoire Maghrébin des migrations une centaine de migrants étrangers vers l’Europe dont 25 femmes ont transité par la Tunisie en 2016.

Les Syriens, quant à eux, sont arrivés en 2013 par voie aérienne en Algérie, en Egypte et en Libye, qui n’exigeaient aucun visa pour les Syriens à l’époque. La Libye était le principal point de

départ pour l’Europe et les Syriens arrivant en Algérie, se déplaçaient en bus vers la Libye, via la Tunisie, afin de monter à bord des bateaux en Europe (OIM ; 2015).

Jaouedi Imene rapporte une synthèse des déterminants socioéconomiques de la migration qu’elle a puisés dans la littérature et dont les principaux sont : le chômage et la pauvreté, le faible niveau de scolarisation, l’instabilité politique et l’insécurité, discrimination, marginalisation et la dégradation du niveau social (Jaouedi I. ; 2016).

Enfin, selon la même étude qualitative monographique conduite par l’OIM en 2013 sur la traite des personnes en Tunisie, plusieurs sources ont rapporté que des personnels d’une institution financière internationale, principalement originaires d’Afrique de l’Ouest mais aussi d’Afrique de l’Est, faisaient venir de leur pays des jeunes femmes pour travailler en tant que domestiques chez eux à Tunis. Mais le peu d’informations disponibles ne permettent pas de conclure s’il y a ou non des victimes de traite aux fins d’exploitation sexuelle parmi ces femmes en Tunisie. Toutefois, l’auteur rapporte l’expérience de l’OIM avec sept femmes nigérianes (dont le bateau sur lequel elles tentaient de migrer vers l’Europe a échoué sur les côtes tunisiennes) ayant été victimes de traite aux fins de servitude domestique en Libye sans donner plus de détails.

BESOINS EN SANTE ET EN SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

En 2016, l'association « médecins du Monde Tunisie » (MdM) a mené une étude qualitative par focus group et entretiens individuels auprès d'une cinquantaine de migrants et migrantes. L'étude a relevé un certain nombre de barrières à l'accès aux soins de santé dont les soins de santé sexuelle et reproductive (SSR). Parmi ces barrières, nous trouvons :

- ▶ La peur de devoir justifier de la régularité de son séjour en se présentant aux services de santé,
- ▶ L'absence d'information concernant les services de santé disponibles dans les établissements universitaires tunisiens publics et privés. Nous lisons dans le rapport, le témoignage suivant : «Au niveau des établissements, il n'y a pas d'accompagnement. On est livré à nous-mêmes... Il n'y a pas d'information...». (E. étudiant camerounais)
- ▶ la méconnaissance des services SSR disponibles et offerts pour les migrantes. Plusieurs migrantes affirment recourir au secteur privé malgré la charge financière trop lourde et leurs difficultés économiques, car elles ne savent pas où aller,
- ▶ les difficultés de communication et la barrière linguistique qui impactent d'un côté l'accès initial aux services de soins et d'un autre la qualité des soins puisqu'elles influent sur le diagnostic et le traitement (Jaouedi I. ; 2016),
- ▶ des problèmes de discrimination et d'accueil des migrants au niveau des services de santé,
- ▶ la précarité économique extrême et l'absence d'une couverture sociale leur assurant l'accès aux services de soins de santé. Le poids financier des soins est unanimement évoqué comme la principale difficulté pour accéder aux soins de santé. A ce propos, la Tunisie a conclu des accords de sécurité sociale pour les migrants réguliers (étudiants en l'occurrence) prévoyant l'application de la législation du pays d'accueil en matière de sécurité sociale avec le Maroc, l'Algérie, la Libye et la Mauritanie ainsi qu'une convention avec les pays de l'Union du Maghreb Arabe mais n'a conclu aucune convention de sécurité sociale avec les Etats d'Afrique subsaharienne d'où la majorité des étudiants étrangers en Tunisie, est originaire.
- ▶ L'exclusion des migrants de l'accès aux traitements antirétroviraux (ARV) conformément à la circulaire n° 16-2000 du 27 février 2000 qui prévoit la limitation de l'accès gratuit aux traitements ARV aux patients tunisiens résidents en Tunisie. A ce propos, Jaouedi I. a mentionné la présence de quelques cas d'infections au virus de l'hépatite B et au VIH chez certains jeunes étudiants subsahariens.

Jaouedi I. ajoute d'autres barrières à celles citées plus haut comme (i) l'ignorance des droits et services par manque d'information, (ii) des barrières culturelles, à un moindre degré, puisque certaines migrantes libyennes refusent ou dont le mari refuse qu'elles soient examinées par un gynécologue de sexe masculin, (iii) des barrières liées à une mauvaise organisation entre les organismes assureurs pour les migrants réguliers.

En revanche, concernant la perception de leur état de santé, les jeunes migrants subsahariens se voient en bonne santé. Leur demande de soins est différente de celle des libyens qui est plutôt dirigée vers les soins de maladies non transmissibles ; elle consiste principalement, en une demande en soins de santé sexuelle et reproductive, en soins de santé maternelle et infantile.

Il est à souligner que l'accès des immigrants

aux services de santé et de santé reproductive est devenu un problème pour l'élaboration des politiques ainsi que pour la recherche en Europe depuis une décennie et a suscité un intérêt majeur au niveau de l'Union européenne (UE).

La conférence d'experts de l'UE «faire avancer l'équité en matière de santé», tenue à Madrid en 2010, a reconnu que la migration était un domaine clé pour la recherche sur les inégalités en matière de santé sociale (Dourgnon P. ; 2014).

SERVICES DISPENSES AUX MIGRANTS VERS LA TUNISIE

Dans son rapport sur la cartographie des migrants et des intervenants en Tunisie (2017), R. Khouili souligne l'absence d'une politique migratoire claire et cohérente en Tunisie et d'une structure de coordination et de tutelle qui se traduit en pratique par des retards à l'obtention de la carte de séjour et une exacerbation de la précarité et la vulnérabilité des populations migrantes. Beaucoup de migrants s'adressent es-

sentiellement aux structures associatives pour demander assistance et soutien et dans lesquelles ils seraient mieux accueillis et orientés.

R. Khouili dresse une cartographie détaillée de ces acteurs clés gouvernementaux et non gouvernementaux dont nous proposons dans le tableau suivant une synthèse qui n'englobe que les organismes dispensant des prestations directes aux migrants :

Organismes	Prestations
Organismes gouvernementaux	
Direction des Frontières et des Etrangers (Ministère de l'Intérieur)	Délivrance des cartes de séjours
Direction Générale de la Coopération Internationale (Ministère de l'enseignement supérieur)	Etude des dossiers de candidature des étudiants étrangers et leur autorisation à s'inscrire dans les différents établissements universitaires en Tunisie
Ministère de la Formation professionnelle et de l'Emploi.	Autorisation de travail pour les travailleurs étrangers
Instance nationale de lutte contre la traite des personnes	- Réception des signalements sur des opérations de traite des personnes et saisie des instances judiciaires compétentes - Coordination des efforts dans le domaine de la protection et d'assistance aux victimes de traite -Collecte d'informations, données et statistiques relatives à la traite des personnes
Office National de la Famille et la Population	Services SSR

Organismes non gouvernementaux	
Médecins du Monde	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil et orientation - Consultation médicale - Permanence psychologue - Accompagnement des migrant-e-s aux différents services, notamment les services de soins.
Terre d'Asile Tunisie	<ul style="list-style-type: none"> - Assistance juridique - Accompagnement social - Insertion financière (micro-projet ...) - Accompagnement médical - Insertion culturelle (cours de français, débats, soirées culturelles, projection de films ...)
Croissant Rouge Tunisien (CRT)	<ul style="list-style-type: none"> Accueil et orientation - Réception des demandes d'asile - Entretien de détermination de statut de réfugié - Enregistrement des demandeurs d'asile et traitement des dossiers (définition des critères de vulnérabilité, visites à domicile ...) - Assistance financière (en cas de besoin) - Assistance médicale
Caritas	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement des migrant-e-s - Hébergement pour les migrant-e-s en attente de rapatriement.
Beity	Hébergement de femmes migrantes en situation de vulnérabilité
Association Amal pour la mère et l'enfant	Hébergement de femmes migrantes en situation de vulnérabilité
Association des femmes tunisiennes pour la recherche et le développement (AFTURD)	Hébergement de femmes migrantes en situation de vulnérabilité
Association tunisienne de lutte contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles (ATL MST SIDA Section Tunis)	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation et prévention autour du VIH et la SSR - Dépistage du VIH
Ligue tunisienne de défense des droits de l'Homme (LTDH)	<ul style="list-style-type: none"> - Assistance juridique - Plaidoyer
The Adventist Development and Relief Agency (ADRA)	Insertion économique (contrat d'emploi + micro-projet...)
Association des étudiants et stagiaires africains en Tunisie (AESAT)	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de capacités des migrant-e-s ; - Accompagnement des étudiant-e-s et stagiaires africain-e-s - Plaidoyer
Système des Nations Unies	
OIM	<ul style="list-style-type: none"> - Assistance médicale (kits d'hygiène, prise en charge médicale ...) - Assistance juridique - Aide au retour volontaire
UNHCR	<ul style="list-style-type: none"> - Etude des dossiers de demande d'asile - Attribution du statut de réfugié

CONCLUSION

Depuis quelques années, la Tunisie est devenue un pays d'immigration tout comme un pays d'émigration. Les migrants viennent principalement de l'ouest d'Afrique subsaharienne et plus particulièrement de la Côte d'Ivoire dont les ressortissants sont dispensés de visa d'entrée et de la Libye notamment suite aux troubles politiques que connaît ce pays depuis 2011.

Le cadre législatif tunisien est répressif envers l'immigration irrégulière mais des textes de lois réprimant la traite de personnes et la violence à l'encontre des femmes ont été promulgués.

Concernant la demande de services, en l'absence de politique nationale de gestion de la migration vers la Tunisie, les migrants s'adressent essentiellement aux organisations non gouvernementales pour demander de l'aide comme le CRT, Médecins du Monde, terre d'asile, Caritas et autres.

Il est à souligner que la littérature est par ailleurs pauvre en informations sur les moteurs de migration et les besoins en SSR. La recherche sur

cette thématique s'est sensiblement améliorée après la révolution de 2011. Nous retenons principalement deux éléments importants à partir de la littérature disponible :

- ▶ Les besoins en santé sont différents selon les nationalités : alors que les libyens ont exprimé des besoins en soins en matière de maladies non transmissibles, les migrants venant de l'Afrique subsaharienne, ont exprimé des besoins en soins de SSR,
- ▶ Les barrières d'accès aux services de soins sont d'ordre financier et linguistique en plus de la perception de discrimination et le manque d'information.

Le projet « Youth mixed migration » va permettre de disposer de données probantes sur les caractéristiques de la migration des jeunes en situation de vulnérabilité et leurs besoins en SSR.

REFERENCES

- 1- Boubakri H. Tunisie : Migration, marché du travail et développement. 2010
- 2- Dourgnon P. & Kassar H. Refugees in and out North Africa: a study of the Choucha refugee camp in Tunisia. 2014
- 3- Institut National de la Statistique (INS). Recensement Général de l'Habitat et de la Population (RGHP) 2014. Caractéristiques migratoires. 2017
- 4- IOM Tunisie. Etude exploratoire sur la traite des personnes en Tunisie. Juin 2013
- 5- IOM. Migration Trends Across the Mediterranean: Connecting the Dots. 2015
- 6- Jaouadi I. Evaluation de base des vulnérabilités Socioéconomiques et sanitaires des migrants Pour un accès effectif aux services de santé en Tunisie. 2016
- 7- Kassar H & Dourgnon P. The big crossing: illegal boat migrants in the Mediterranean. 2014
- 8- Médecins du Monde Tunisie. Plaidoyer pour l'accès des migrants au droit à la santé en Tunisie. 2016.
- 9- Observatoire Maghrébin des Migrations. Rapport annuel sur la migration irrégulière en Tunisie.2016 (in: <https://ftdes.net/rapports/fr.omm2016.pdf>)
- 10- R. Khouili. Mapping des migrants et des acteurs clés sur le Grand Tunis. 2017

ANNEXE 2

**ETUDE QUALITATIVE SUR
LA MIGRATION MIXTE DES
JEUNES ET BESOINS EN SER-
VICES DE SANTÉ SEXUELLE
ET REPRODUCTIVE
RAPPORT DE SYNTHÈSE**

DU CADRE DE L'ÉTUDE :

Le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et le Conseil Danois pour les Réfugiés (DRC) à travers l'initiative 4Mi, ont initié un partenariat à l'échelle globale, visant à améliorer les données sur les moteurs de la migration des jeunes et les barrières d'accès aux services de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR).

En Tunisie, l'Association Tunisienne de la Santé de la Reproduction (ATSR) et l'UNFPA ont collaboré pour la réalisation de ce projet au niveau de la Tunisie, et ce afin de disposer de données à propos de deux aspects essentiels à savoir les moteurs de migration des jeunes et les besoins en termes de Services de SSR. Une enquête quantitative auprès de jeunes migrants dans le Grand Tunis, a été réalisée à cet effet au cours de la période septembre-octobre 2017. Elle a été complétée par une autre enquête qualitative, réalisée au mois de Novembre 2017 et dont ce rapport de synthèse.

DE LA DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE ET PROCÉDURES DE TRAVAIL :

- **La technique d'investigation** : celle choisie en l'occurrence est le focus-group, jugée comme la plus appropriée dans ce cas d'étude. Il fallait cerner les mobiles, les motifs, les raisons individuelles, les perceptions et les attitudes, bref, connaître les sens que donnent les migrants à leur acte migratoire et les conditions dans lesquelles s'est réalisé cet acte. D'un autre côté il fallait cerner les pratiques et les attitudes des migrants en matière de santé sexuelle et reproductive.
- **L'échantillonnage** : s'est fait à partir des données de l'enquête quantitative. Six groupes formaient l'échantillon de l'étude :
 - Un groupe de jeunes hommes migrants de l'Afrique subsaharienne, âgés entre 15 et 24 ans.
 - Un groupe de jeunes femmes migrantes de l'Afrique subsaharienne, âgées entre 15 et 24 ans.
 - Un groupe de jeunes femmes migrantes victimes de Traite.
 - Un groupe de femmes migrantes arabophones d'origine syrienne.
 - Un groupe de personnel de santé, prestataires de soins de première ligne, infirmier(e)s et sages femmes.
 - Un groupe d'acteurs clefs, représentant des associations et organismes ayant contact et expérience en relation étroite avec l'objet de cette étude.

LE TABLEAU SUIVANT RÉSUME LE NOMBRE RECRUTÉ PAR GROUPE ET LES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DE CHAQUE FOCUS GROUP :

Groupe	Nombre	Objectifs spécifiques
1. Jeunes hommes migrants de l'Afrique subsaharienne	8	- Explorer les moteurs de migration (push et pull factors) - Mieux comprendre leurs attitudes envers la violence fondée sur le genre (VFG) et la violence pratiquée éventuellement entre migrants hommes.
2. Jeunes femmes migrantes de l'Afrique subsaharienne	8	- Explorer les moteurs de migration féminine et détecter d'éventuelles spécificités (push et pull factors) - Relever leurs attitudes et pratiques vis-à-vis des services SSR
3. Jeunes femmes migrantes victimes de traite	8	- Mieux comprendre le phénomène du trafic de personnes - Déterminer les différents types de violence subis par les victimes de traite
4. Femmes migrantes arabophones d'origine syrienne	8	- Explorer les moteurs de migration et l'utilisation des services SSR étant donné qu'il a été difficile d'interviewer des femmes syriennes au cours de l'enquête quantitative
5. Personnel de santé	5	- Déterminer leurs attitudes et pratiques envers les migrants
6. Acteurs clés	6	- Mieux identifier les barrières d'accès aux services SSR selon l'expérience des acteurs clés.
TOTAL	43	

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES MEMBRES DE L'ÉCHANTILLON

Groupe		H	F	Total
Âge	15-24 ans	3	12	15
	25 et +	5	10	15
Nationalité	Syrienne	-	8	8
	Ivoirienne	5	11	16
	Camerounaise	2	1	3
	Burkinabé	1	-	1
	Congolaise	-	2	2
Religion	Musulman	2	10	12
	Chrétien	6	12	18
Niveau d'instruction	Primaire	-	2	2
	Secondaire	3	6	9
	Supérieur	5	6	11
	Analphabète	-	8	8
Statut professionnel	Occupé-non déclaré	1	-	1
	Sans emploi	4	13	17
	Etudiant	3	7	10
	Autre	-	2	2
Statut matrimonial	Célibataire	7	12	19
	Marié	1	10	11
Statut de Séjour	Avec papiers	5	10	15
	Sans papiers	3	7	10
	Refugié	-	5	5

• **Procédures de travail :**

- Un guide d'animation pour chaque focus group a été élaboré. Il s'agissait d'atteindre les thématiques recherchées et soulevées en formulant des questions adéquates et en même temps prendre en compte les spécificités de chacun des groupes de l'échantillon comme cela a été mentionné plus haut dans le tableau.

- Les commanditaires de cette enquête ont fortement collaboré avec les deux consultants pour

choisir les personnes formant les différents groupes des focus.

- L'ATSAR et l'association « Médecins du Mode » (MdM) ont fortement collaboré à la réalisation des focus en mettant à disposition leurs locaux.

- Les deux consultants ont collaboré avec l'administration d'un centre de soins pour la tenue du cinquième focus, celui du personnel de santé, au local du centre.

DES DIFFICULTÉS MÉTHODOLOGIQUES ET CELLES DE RÉALISATION :

Il s'agit de quatre difficultés rencontrées lors de la réalisation de cette enquête qualitative :

1- La première a trait à l'âge des personnes formant les focus et supposé entre 15 et 24 ans. Cette tranche n'a pu être pleinement respectée. L'on peut aisément comprendre que la disponibilité des individus et les possibilités réelles offertes à un tel choix ne permettaient que de répondre partiellement et non totalement à cette variable.

2- La deuxième relève de la nationalité des femmes du groupe des migrantes victimes de traite. Les contraintes du terrain ont poussé à ce que ce focus se tienne uniquement avec des femmes d'origine ivoirienne. Toutefois, il est à

signaler que la majorité des migrantes victimes de traite provenait de ce pays selon les acteurs clés et les migrants eux mêmes.

3- La troisième difficulté est d'ordre « technique » touchant les questions proposées lors des focus. Bien que ces questions soient étroitement liées aux différentes thématiques de la enquête, leur nombre et leur montage ne se prêtaient pas idéalement à la technique du focus group.

4- La quatrième difficulté soulève les délais des réalisations de l'enquête. Ils étaient très courts, et potentiellement ne garantissaient pas des bonnes conditions de réalisation.

PREMIERE PARTIE : LA MIGRATION

I) MOTEURS DE MIGRATION

a) Raisons de l'acte migratoire :

Les différentes réponses obtenues auprès des migrants confirment que les motifs de leur migration s'articulent en trois raisons principales à savoir :

1. La recherche d'un travail : soit à cause d'un chômage vécu au pays d'origine, soit suite à la perte d'un emploi (essentiellement les jeunes migrant(e)s).
2. La volonté d'améliorer ses propres conditions sociales et celles de la famille.
3. La fuite pour s'échapper du pays suite à des troubles politiques au pays d'origine, créant potentiellement des conditions de forte insécurité.
4. La guerre avec ses dégâts multidimensionnels, poussant les migrants à adopter des stratégies de survie et de fuite (surtout pour les femmes syriennes arabophones)
5. La poursuite des études

6. La recherche d'autres perspectives ouvrant une nouvelle carrière et relançant une nouvelle trajectoire de vie (jeunes sportifs footballeurs, victimes de traite)

Il s'avère que la migration, de part l'acte migratoire, s'érige en projet (individuel, familial et même collectif) de vie. Ainsi, les attentes investies dans cette migration ne sont que rarement personnelles. Elles englobent celles des parents et de la famille restés au pays. De la migration, les individus attendent un retour sur investissement et un dégageant de perspectives positives futures. Migrer est, dans plusieurs cas, un acte et une décision qui ont été encouragés par des proches, par des amis et par des membres de la famille. Le migrant est encouragé reçoit de l'aide financière. Sa réussite est une source inspirant d'autres, ceux qui caressent le même rêve, à prendre le même chemin, à affronter les mêmes risques. Migrer est dans quelques situations une culture par laquelle sont conçus le futur des uns et le destin des autres. Bref migrer s'érige en culture partagée et transmise.

b) Difficultés et conditions de voyages, réseaux :

les récits des uns et des autres font dégager les trois conclusions générales suivantes :

- il n'y a pas de grandes difficultés à réaliser l'acte migratoire mais plutôt des obstacles surmontés en fin de compte. La non exigence du visa (exemple, côte d'Ivoire) est potentiellement un facteur qui facilite l'acte migratoire et encourage d'autres migrants de nationalités différentes à suivre un circuit de vol en départ du Cote d'Ivoire et via le Maroc.

- les ami(e)s installé(e)s dans le pays hôte, les membres de la famille encouragent les migrants en offrant aide et assistance (argent, hébergement, conseil).

- les réseaux sociaux sont une sphère d'offres et de propositions de migration. L'attractivité de ces réseaux est grande surtout auprès des migrantes.

De part ce qui précède, la migration se nourrit d'un certain « savoir faire » et de techniques confirmées qui circulent entre des relais et, sont transmis entre les candidats à l'acte migratoire. Mettre à exécution sa décision de migrer requiert la recherche des informations qui concernent le circuit à prendre et celui à éviter, et comment prendre contact avec des passeurs ou autres personnes expertes. Cela demande aussi à se renseigner auprès des gens sur place au pays de destination sur les papiers, les conditions générales de séjour, les universités, le travail, le loyer, la vie en général. Le migrant est en recherche constante sur tout ce qui peut entraver ou faciliter l'entrée. Pour le candidat migrant, comment faire et quand le faire sont des questions fondamentales auxquelles les réponses, même partielles et inexactes, sont essentielles et indispensables. Tout migrant est potentiellement en contact avec un ou des personnes qui sont au cœur de l'acte migratoire ou à son périphérique. Voir, parler, discuter, échanger via les espaces sociaux et l'internet sont autant d'actions à faire pour être bien renseigné ou suffisamment informé. Cette quête de l'information et comment en bénéficier ne cessera pas à l'entrée au pays de destination. Au contraire, elle s'intensifiera au vu de la demande du migrant pour s'installer, pour habiter, pour travailler, pour s'inscrire, pour déposer ses papiers, pour des besoins en argent et pour créer des relations sociales avec ses concitoyens.

c) Conscience des risques :

la plupart des migrants n'avaient pas conscience des risques éventuels qu'ils pouvaient affronter durant le voyage. L'attachement à migrer l'emporte largement et ne freine pas le passage

au voyage. Par contre, et à postériori, ils découvrent ces difficultés et les vivent de façons différentes.

d) Aspiration et destination finale :

les réponses mitigées et hétérogènes font ressortir deux catégories de réactions :

- les migrant(e)s qui avaient en point de mire, lors de la décision de voyager, la Tunisie comme destination finale et arrivent plus ou moins à s'y installer. Ce groupe de par sa situation « auto-confirme » son choix. Parmi ce groupe, les étudiants sont les plus représentés suivis par une majorité de femmes syriennes et de femmes victimes de traite.

- les migrant(e)s qui ont choisi la Tunisie comme point de passage-tremplin (transit) vers l'Europe. Les membres de ce groupe aspirent à quitter. Ils sont présents surtout parmi les jeunes migrants et partiellement parmi les femmes syriennes.

- la majorité des migrants ne conseilleraient pas les proches ou amis à venir. C'est un point commun autant chez celles et ceux qui sont en situation régulière que chez celles et ceux ayant des difficultés de séjour ou vivant des conditions difficiles.

L'on peut avancer que les trajectoires et les statuts des uns et des autres donnent à la situation des migrants une dimension polymorphique pour chacun des migrants. En fait, la migration même si elle est un phénomène pluriel ne perd pas sa dimension individuelle. Foncièrement elle garde entier le sens que lui donne le migrant, le « rêve » qu'il y insère. En face des conditions de séjour et des différents problèmes rencontrés, les migrants n'ont pas la même armature de défense et donc le degré de leur motivation pour s'accrocher est différent. C'est l'histoire personnelle et unique de tout un chacun. Les capacités mentales d'adaptation en face des entraves et celles de résolution, de gestion et d'imagination, prennent le dessus et « offrent » des possibilités individualisées d'intégration. Le migrant, même accompagné et/ou entouré par un réseau relationnel, affronte une situation de « singularité solitaire », d'épreuves à endurer et des choix à faire. Pour chacun des migrants, pour chacun des récits, la migration s'avère pleine d'un sens singulier et personnel, même si comme expérience douloureuse, elle est partagée.

II CONDITIONS DE SEJOUR ET INTEGRATION :

a) Le Travail :

La plupart des migrants rencontrés sont soit au chômage, soit en situation de chômage masqué. Le travail est dans la plupart des cas dégradant, vécu comme tel, se fait dans des conditions difficiles et dans sa quasi-totalité très mal payé.

Les migrants représentent une main d'œuvre à très bas prix, ne jouissant pas de relation contractuelle et surtout ne bénéficiant pas de couverture sociale. C'est un point angulaire de la précarité de la plupart des migrants.

En fait, une bonne frange des migrants vit des formes avancées d'exploitation socioprofessionnelle. Pour plusieurs migrants, leurs situations sociales les déqualifient par rapport à l'accès au marché du travail. Le niveau de vie est généralement faible. Un fort rapport causal de précarité existe entre situation professionnelle et condition sociale.

b) Aide et assistance :

les aides que reçoivent les migrants qu'elles soient financières ou matérielles proviennent de trois sources principales à savoir :

- la bourse et la famille pour les étudiants. L'aide familiale n'est pas régulière pour les migrants qui la recevaient.

- Les associations et les organismes, mais dans des proportions limitées.

- Les membres de la communauté et ce, sous forme de dons ou « prêts »

les aides et les formes de soutien dont bénéficient les migrants impactent leurs capacités de résistance en face des difficultés vécues. La solidarité comme rapport social et culture communautaire est fort présente.

c) Statuts de séjour :

à part les étudiants, de part leurs statuts spécifiques, la majorité des autres migrants rencontrés sont dans une situation irrégulière, n'ayant pas de visas de séjour.

Ce statut de migrant en situation irrégulière impacte fortement le quotidien des migrant(e)s vécu dans la plupart des cas comme situation traumatisante.

CONNAISSANCE DES DROITS :

les migrants dans la plupart des cas ne connaissent pas ce que stipulent les lois concernant leurs droits fondamentaux ou spécifiques. Il existe une confusion entre les aspirations individuelles et les possibilités réelles de jouissance des droits. En effet, en face de la coercition des lois et les contraintes qu'elles imposent ; bon nombre de migrants ne trouvent pas de solution au problème de l'obtention du visa ou de permis de travail. Etre en irrégularité de séjour n'est pas une situation administrative uniquement mais mue en contexte de vie quotidienne. L'impuissance à mobiliser des ressources et à terrasser ces difficultés impacte grandement les façons de se représenter son cadre de vie, ses perspectives personnelles et les différentes attitudes envers ses droits individuels et humains.

Les séjours en situation irrégulière, conjugués à la faible connaissance des droits, créent un hiatus psychosociologique péniblement vécu chez la plupart des migrant(e)s rencontré(e)s. En effet, en face de la coercition des lois et les contraintes qu'elles imposent ; bon nombre de migrants ne trouvent pas de solution au problème de l'obtention du visa ou de permis de travail. Etre en irrégularité de séjour n'est pas une situation administrative uniquement mais mue en contexte de vie quotidienne. L'impuissance à mobiliser des ressources et à terrasser ces difficultés impacte grandement les façons de se représenter son cadre de vie, ses perspectives personnelles et les différentes attitudes envers ses droits individuels et humains.

Ceci est une source de forts comportements contestataires dans le sens où les migrants appellent fortement et unanimement à jouir de l'accès au travail et des papiers. Ils en sont en quête de reconnaissance en face d'une altérité égratignée, affaiblie voire défigurée. Il n'est jamais totalement exclu que ces attentes non assouvies alimentent, dans le futur, des formes de comportement violent et agressif.

d) Racisme et agression :

les expériences de violence verbale et de propos racistes tenus envers les migrants ainsi que les récits des uns et des autres démontrent sans conteste aucun que dans leur quotidien social, les migrantes et les migrants affrontent et endurent des formes diverses de racisme. Toutes les personnes qui ont été aux focus group sont unanimes quant au fait que les migrants affrontent dans leurs vies quotidiennes des formes de :

- violence verbale à leur attention par des épithètes péjoratives évoquant la couleur de la peau. Les femmes subsahariennes subissent le plus ce type d'agression. Les hommes subsaha-

riens ne sont pas à l'abri de ces agressions. En moindre mesure quelques femmes syriennes ont connu cette expérience. La rue, les magasins, l'espace universitaire et autres espaces sont les lieux publics les plus fréquents où sont vécues ces violences.

- Agression et atteinte à l'intégrité physique de la personne

- Racisme en forme de comportements, d'actions gestuelles et de déclarations verbales.

- Harcèlement sexuel, agressions sexuelles (parfois du viol) subis.

e) Intégration :

les liens sociaux de la plupart des migrant(e)s rencontré(e)s sont tissés à l'intérieur de leurs communautés. Les rapports avec « l'autre tunisien » est assez conflictuel. Les réseaux d'amis et les visites de courtoisie, de soutien ou événementielles sont grandement limités à la même nationalité. Les lieux de l'habitat sont imprégnés par une tendance de rassemblement-retirement, et qui forment une sorte de « niche » de résidence, où sont recomposées les relations connues « chez soi ». Pour l'habitation, s'installer en groupe permet d'amortir le coût du loyer, de rendre supportable au vu de faibles moyens financiers dont disposent bon nombre de migrants. Mais c'est aussi très important pour garder le rapport avec des concitoyens, avec sa culture d'origine, avec ses anciennes habitudes culinaires et ne pas se priver de son

référentiel culturel d'origine. Habiter au même quartier revient à accepter une sorte de prise en charge par les anciens, ceux installés avant soi et plus experts ; c'est se donner les moyens de faire partie de sa communauté d'origine ou être adapté par une nouvelle. Vivre assez près des autres permet à la solidarité de s'exprimer, aux festivités événementielles d'être pratiquées, au sentiment de l'appartenance d'être réalisé. C'est permettre à une sorte de vivre ensemble de prendre forme, et permettre aux us et coutumes de cimenter les rapports sociaux entre les migrants. Les attentes, les vécus, les référentiels normatifs, les images construites les regards formés, les réactions des uns et des autres, alimentent le sentiment de « victimisation » et nourrissent des tendances identitaires à se croqueviller et à s'isoler.

.....

L'on observe un faible degré d'intégration chez les personnes migrantes rencontrées. L'inaccessibilité au marché du travail, l'occupation par un travail dégradant ou faiblement rémunéré, conjugués au racisme vécu au quotidien et aux situations de séjour irrégulier, cimentent cette faible intégration, laquelle est viscéralement liée à des formes multiples de précarité. L'intégration est adossée à des stratégies de subsistance et façonnée par des identités mixtes, celle forte de la communauté d'origine et celle faible de la société d'accueil.

.....

DEUXIEME PARTIE : LA SANTE SEXUELLE ET DE REPRODUCTION

I) LES CONNAISSANCES :

Elles sont hétérogènes et éparpillées. Les personnes qui connaissent la signification du terme sont quasiment rares. Cependant, une partie reconnaissent qu'il leur évoque, mais d'une manière superficielle et très générale, une dimension de santé. La majorité n'en ont pas une idée précise et n'en connaissent pas le sens. Une corrélation entre le niveau d'instruction et celui de la connaissance de la SSR est difficile à établir.

a) Les pratiques de soins : la majorité des migrantes déclarent consulter un médecin et utilisent des moyens de contraception. Quelques unes se réfèrent à leurs propres connaissances.

b) Responsabilité homme / femme : les réponses des différences majeures au niveau de la perception :

- Les hommes, majoritaires, qui déclarent que c'est une responsabilité commune qui doit être assumée autant par l'homme que par la femme,
- Les hommes qui pensent que c'est plutôt à la femme que revient cette responsabilité vu qu'elle est la plus exposée parmi les deux,
- Les femmes, majoritaires, qui pensent que cela incombent et à l'homme et à la femme et que tout de même cette dernière est la plus exposée.

c) Rapport sexuel forcé : alors que presque toutes les réponses chez tous les groupes refusent qu'un homme batte une femme ; les réponses à savoir s'il peut la forcer à avoir un rapport sexuel, montrent elles, des différences

majeures. Trois familles de réponses sont obtenues :

- La majorité qui refusent catégoriquement qu'un homme force sa compagne à un rapport forcé ; c'est un avis largement partagé chez les migrant(e)s d'origine subsaharienne et chez une partie des femmes arabophones.
- Quelques hommes, d'origine subsaharienne, pensent que l'homme est en droit de pratiquer un rapport sexuel même si la femme n'en a pas envie. Cet avis est donné de façon édulcorée mais garde entière sa portée.
- Les femmes syriennes arabophones qui pensent qu'en cas de refus de la femme, l'homme garde entier et inaliénable son droit de pratiquer un rapport sexuel. C'est un avis formulé avec forte conviction car légitimé, et vu ainsi chez ces femmes, par un principe religieux et canonique musulman (la chariaa). Cette perception est la plus répandue chez les personnes rencontrées de ce groupe.

II) LES SECTEURS DE SANTE : LE PUBLIC ET LE PRIVÉ :

a) Le secteur public : Il est moins fréquenté par les migrant(e)s. Ces dernier(e)s consultent les hôpitaux et les centres de soins mais jugent négativement la qualité des services et des soins bien que l'accueil ne soit pas jugé sévèrement car il est qualifié de « normal ». Alors que le personnel de santé est unanime à confirmer qu'il n'existe aucune forme de discrimination envers la population migrante, quelques « plaintes » sont avancées concernant l'accueil des migrant(e)s. Ces dernier(e)s estiment que le français (en tant que langue parlée) du per-

sonnel de santé est d'un faible niveau ce qui entrave une bonne communication, le personnel reprend à son compte cette plainte. Les dates des rendez-vous et les longs délais sont d'autres points principaux de réserve formulés par les personnes migrantes.

b) Le secteur privé : il est plus fréquenté que celui public et jugé de qualité meilleure. Les arguments concernant l'accueil, les délais, la disponibilité et l'écoute sont les plus avancés comme titres de comparaison.

III) LES BARRIERES D'ACCES

Trois barrières principales sont identifiées à savoir :

a) Le coût financier jugé insupportable par la majorité des personnes migrantes. Ce volet financier est d'autant plus pesant eu égard aux conditions socioéconomiques d'une grande partie de ces personnes. Les jeunes migrant(e)s, les victimes de traite et la majorité des femmes syriennes arabophones évoquent ce côté financier comme étant un problème majeur. Le travail associatif est dans ce domaine d'un grand apport en prenant en charge quelques personnes migrantes, selon les moyens disponibles. D'autres associations sont actives quant

à orienter, au maximum, les migrant(e)s vers le secteur public.

b) Le statut de séjour irrégulier et la non obtention des papiers ou du visa de séjour, d'une grande partie des personnes migrantes. Bien que cela ne les prive pas du droit d'accès aux soins de base, l'absence de toute forme de couverture sociale les prive d'une partie importante des soins et ainsi leur vulnérabilité face aux risques, est accentuée.

c) Une barrière intrinsèque de connaissance des droits qui agit négativement sur les comportements des personnes migrantes

IV LES ATTENTES

elles couvrent essentiellement des demandes :
 -D'accès au marché du travail
 - De régularisation de situation de séjour y compris pour les enfants

- D'octroi de visa
 - D'allégement ou suppression des pénalités de séjour

ANNEXE 3

**ETUDE QUALITATIVE SUR
LA MIGRATION MIXTE ET
BESOINS EN SERVICES DE
SANTÉ SEXUELLE
ET REPRODUCTIVE**

Rapport additif sur les femmes subsahariennes migrantes victimes de Traite L'entretien avec des femmes victimes de traite fait montrer ce qui suit :

1) AU NIVEAU DU MOBILE DE LA MIGRATION :

la recherche d'un emploi, la volonté d'améliorer le niveau socioéconomique et reconstruire une vie meilleure sont trois motifs indissociables qui animaient ces femmes dont les traits communs du profil sont l'origine socioéconomique modeste et le faible niveau d'instruction ainsi que la très faible qualification professionnelle. C'est ce qui fait que dès le départ ces femmes présentaient un degré accru d'exposition au risque d'être exploitées et de voir leur projet migratoire ne pas aboutir. Risque d'autant plus élevé qu'elles n'en étaient pas assez ou pas du tout conscientes d'un tel aboutissement possible. Aucune des victimes n'était au courant du circuit-engrenage futur qui pouvait l'aspirer. Pensant payer un voyage, la victime paiera au fait de son propre argent et de sa propre personne une des pires expériences humaines qu'elle endurera.

2) AU NIVEAU DU FONCTIONNEMENT DU CIRCUIT DE LA TRAITE :

Il apparait clairement que le circuit fonction à partir d'une triangulation bien huilée entre trois acteurs clefs.

- En premier lieu un intermédiaire trafiquant au pays d'origine, recruteur sur place qui prospecte au niveau des femmes victimes potentielles, éligibles et candidates à la migration et qui cherchaient à passer à l'acte migratoire et donc paieraient financièrement leur départ. Sa principale technique de persuasion est de conforter la candidate dans son choix migratoire tout en présentant son propre offre

comme garantie de la réussite du choix de migrer. En exigeant d'être payé cette garantie est multipliée et renforcée. À titre d'exemple purement indicatif, ce trafiquant intermédiaire percevrait en Côte d'Ivoire pas moins de 600 mille Fr CFA de/sur chaque personne recrutée.

- Le deuxième acteur de cette triade est le trafiquant qui réside au pays de destination. Fin connaisseur du terrain, sachant bien accoupler la demande locale au profil des candidates migrantes. En discutant avec la victime, cet acteur peaufine son offre, argumentant qu'elle sera bien payée et donc bien installée. Chez une candidate pauvre et illettrée, l'argument financier est d'un impact énorme sur son choix de migrer et sa motivation à voyager. Il est grand artisan qui coordonne, organise avec la candidate sa venue, l'accueille à son arrivée et la délivre à son futur employeur. À titre d'exemple purement indicatif, ce trafiquant intermédiaire percevrait en Tunisie en moyenne entre 1750 et 2250 dinars de/sur chaque personne recrutée. C'est l'équivalent de 5 mois d'un salaire supposé que la victime toucherait de son futur employeur.

- Le troisième acteur de ce trafic élaboré est l'employeur. C'est le demandeur local et initial de service. En contact avec l'intermédiaire sur place (ou en contact direct avec la future victime via des espaces virtuels), avec qui il coordonne et ils accueilleront ensemble la victime à son arrivée. Il a déjà négocié le prix qu'il paiera dès la réception de la migrante. Le prix qu'il paiera est moyenne de 5 à 6 mois su salaire de sa victime mais s'assurera un gain potentiel en la soumettant à un rythme de travail conséquent et des tâches lui garantissant une grande plus-value financière.

3) L'ACCOMPLISSEMENT DE LA TRAITE

Une fois arrivée, la victime est accueillie par l'intermédiaire qui la « remet » à son futur employeur. La rapidité avec laquelle s'accomplit cette prise de contact avec l'employeur permet à ce dernier d'acquérir un pouvoir presque total sur la victime. Cette dernière dépourvue de son passeport confisqué, n'ayant pas de relations dans ce nouveau pays, ne maîtrisant pas la langue locale et ne connaissant rien des règles sociales et juridiques nationales, se trouve immédiatement et de facto enlisée dans un processus dont elle perd le contrôle.

Le rapport d'abord basé sur une soumission professionnelle mue en un rapport de soumission totale où la victime est triplement coupée entre une servitude ménagère, une perte totale de pouvoir sur son quotidien et une séquestration masquée.

L'exploitation à laquelle la victime ne s'attendait pas du tout, extirpe à cette personne toute possibilité de réguler sa vie par rapport à ses désirs ou à ses attentes. La victime est aspirée dans un circuit de domestication et d'asservissement qui ne sera coupé que lorsqu'elle s'y retire en quittant ou en fuyant.

L'expérience de traite marque la perception que se fait la victime de son état la poussant dans la plupart des cas à ne pas déposer plainte estimant que cela fragiliserait encore plus sa situation. La perte des anciens repères personnels et le nouveau cadre de vie accroissent le sentiment de solitude et vulnérabilité. C'est à travers un service d'aide à la prise en charge qu'assurent quelques associations que la vic-

time commence, mais difficilement, à reprendre son parcours de vie.

La victime découvrant brutalement la chute de son projet migratoire qui était son projet de vie. L'arnaque et l'exploitation dont elle était victime associées à son manque flagrant de savoir faire crée un fort sentiment de frustration et même des cas de traumatisme.

Le faible niveau de qualification professionnelle qui accroît l'inaccessibilité au marché de travail, la situation irrégulière de séjour, les faibles revenus et les difficultés de l'accès aux soins, renforcent une précarité structurelle de la femme victime de traite et pérennise une vulnérabilité potentielle face aux diverses forme de l'exploitation.

La traite comme activité lucrative est apparemment dans un mouvement exponentiel. Elle bénéficie du croisement d'une demande locale et d'un débit migratoire d'une couche socioprofessionnelle bien spécifique. Cette dernière est, dans la plupart des cas, d'une origine socioéconomique plutôt modeste et d'un très faible niveau d'instruction. La demande locale se focalise sur un tel profil car il offre la possibilité d'une force de travail ménagère plus que sous-payée et accommodante. L'intermédiaire acteur partie prenante d'un réseau « chasse » plutôt parmi ses concitoyennes étant aidé dans son action par une langue et une culture communes. Les enjeux financiers sont bien là avec des rentrées en argent liquide du côté des deux intermédiaires trafiquants. Du côté de l'employeur c'est en terme d'heures de travail domestique très faiblement rémunérées que le gain est assuré.

REPUBLIQUE TUNISIENNE
 MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
 INSTITUT PASTEUR DE TUNIS
 Comité d'Ethique Bio-Médicale

CP 24/17

Tunis le 27 juillet 2017

COMITE D'ETHIQUE BIO-MEDICALE
 DE L'INSTITUT PASTEUR DE TUNIS
 Dossier réf. 2017/25/E/FNUP/V1

Le Comité d'Ethique Bio-Médicale de l'Institut Pasteur de Tunis a étudié la version V1 du dossier de demande d'avis éthique concernant le projet intitulé :

«Migration mixte et besoins en service de santé sexuelle et reproductive à propos d'une enquête auprès de jeunes migrants dans le grand Tunis» soumis par le Docteur Amel Ben Saïd, Investigateur Principal local du projet, et enregistré sous la référence 2017/08/E./FMT.

L'objectif de ce projet est de

- Identifier les principaux moteurs de la migration internationale des jeunes
- Déterminer les besoins des jeunes en services de santé sexuelle et reproductive ainsi que les barrières limitant leur accès à ces services

Les membres du comité ont pris bonne note des modifications introduites par les investigateurs au dossier conformément aux remarques émises par le comité et consignées dans la correspondance CP 18_17.

Le Comité d'Ethique Bio-Médicale de l'Institut Pasteur de Tunis, donne un avis favorable à la conduite du projet en conformité avec les termes de la version V1.

Pour le Comité d'Ethique Bio-Médicale

Le Président M. Samir BOUBAKER

Membres du Comité:

Mr Abdeljelil GHRAM	Mme Rym BENKHALIFA
Mme Hayet MOUSSA	Mr Zakaria BELLASFAR
Mr Mohamed EL AYEB	Mme Fatouma BACHIR
Mme Feten BEN ALI	Mr Mostar LAMLOUM
Mme Saloua HAMROUNI	Mr Sami KHOUDI

Institut Pasteur de Tunis
 Comité d'Ethique Bio-Médicale
 Le Président
 Pr.M. Samir BOUBAKER



**LIEN
DE TELECHARGEMENT
DES ANNEXES**

tunisia.unfpa.org/fr/publications/annexes-migrants

