

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
UN Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020

N°...../

THESE

**PROBLEMES ET BESOINS SANITAIRES DES
DEPLACES INTERNES DES REGIONS DU
CENTRE DU MALI A BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 09/02/2021 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie.

Par :

M. Hamadoune Mamoudou DICKO

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat).

JURY :

Président : Pr Sanoussi BAMANI

Membre : Dr Hamadoun DIALLO

Co-Directeur : Dr Brahim DICKO

Directeur : Pr Japhet Pobanou THERA

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

*Je dédie cette thèse à **AMADOU TAHIROU ALOU MAANA**.*

*A **ALLAH** Tout puissant Qui m'a inspiré Qui m'a guidé dans le bon chemin. Je Vous dois ce que je suis devenu. Louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde.*

*A mes chers parents : « **Mamoudou Amadou DICKO** » Et « **Aye Oumarou Amiri DICKO** »*

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices que vous avez consenti pour mon instruction et mon bien être. Je vous remercie pour tout le soutien et l'amour que vous me portez depuis mon enfance et j'espère que votre bénédiction m'accompagne toujours. Que ce modeste travail soit l'exaucement de vos vœux tant formulés, le fruit de vos innombrables sacrifices, bien que je ne vous en acquitterai jamais assez. Puisse Dieu, vous accorde santé, bonheur et longue vie et faire en sorte que jamais je ne vous déçoive.

A mes chers oncles, tantes, leurs époux et épouses. Je tiens à vous remercier un par un même si je n'ai pas cité vos noms vous savez bien que je vous aime tous et toutes, vous étiez près de moi et vous m'avez encouragé pas par pas, jusqu'à aujourd'hui.

A mes très cher(e)s cousins et cousines. En témoignage de la forte relation familiale qui nous unit, de l'attachement, des souvenirs pendant lesquelles nous avons partagé des joies, ce travail signe de l'affection que j'ai pour vous avec tous mes meilleurs vœux de bonheur, de santé et de réussite.

*A mes feus grands-parents paternels : « **Amadou Hamadoun Dicko** » Et « **Aminata Cissé** » et à mes feus grands-parents maternels : « **Oumarou Amiry Dallah** » et « **Oumou Babandi** » Même si vous êtes très loin de moi, vous êtes toujours près de mon cœur. Qu'Allah vous pardonne !*

*Une spéciale dédicace à une personne qui compte énormément pour moi et pour qui je porte beaucoup d'amour, de tendresse et de respect : (ma tendre épouse : **Balkissa Cissé**) Nul mot ne saurait exprimer la profondeur de mes sentiments et l'estime que j'ai pour toi. Ton amour pour moi est un don de Dieu. Tu m'as toujours soutenue, comprise et réconfortée. Tu es et tu resteras toujours ma source d'inspiration. Merci pour ta tendresse, ton attention, ta patience et tes encouragements. Merci pour tout. Puisse Dieu nous combler de bonheur, de santé et nous procurer longue vie.*

A mes neveux et nièces : Qu'Allah vous accorde longue vie et réussite.

*A mes chers et adorables frères et soeurs : « **Amadou Dicko dit Marchal, Hama Hamidou, Fatoumata DICKO dite Bouyi, Mamoudou WOURI , Amadou Hamidou, Djeneba HARI, Djeneba Amiri, Djeneba Mamoudou DITE soumayi , Saoudatou Hamidou, Oumar Amiri, Inna Mamoudou, Abdramane Amiri, feu Mariam MAMOUDOU, feu Hadiara Mamoudou, feu Aye pamarel , Mobbo MAMOUDOU, Moussa MAMOUDOU, Koumbare, Saouda, Hadiata Mamoudou, Ramata, Amitoulaye, Assia, Abdoulaye, Mamoudou, Moustapha Amiri, Moustapha Mamoudou, Abdoulbayri, Ibrahima** »*

Vous avez été constamment ma source de joie et de fierté. J'ai de la chance d'avoir des frères et sœurs comme vous. Que Dieu vous protège et vous accorde un brillant avenir avec une vie pleine de joie, de bonheur, de succès et surtout beaucoup de santé.

*A toute la famille **DICKO**, Vous m'avez soutenu et comblé tout au long de mon parcours. Que ce travail soit témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux. Que Dieu vous procure de bonheurs et prospérités. Mes sincères remerciements...*

A Tous mes enseignants du Primaire à la Faculté de Médecine et Odontostomatologie : Pour l'Education, l'enseignement et le savoir que vous m'avez donné.

*A mes très chères ami(e)s (**Bajane Ag Mohamed, Nock Ag Ismaguel, Housseyni Seydou Tamboura, Anassi Cissé, Amadou Sidi Adiawiakoye, Amadou Sidi Seck, Souleymane Tamboura, Nouh Sidi, Amna Tall, Faouzia Djibril Adam**) Notre amitié est sacrée. En ce jour, je puis dire que la persévérance et la détermination sont la clé de la réussite. Merci pour votre soutien. Que ce modeste travail soit un gage de nos liens les plus solidaires.*

*A mes amis et confrères de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'odontostomatologie (**Dr Bourama Cissé, Dr Moussa Dabo, Dr Hassane Idrissa, Issaka Guindo, Dr Djibril Diancoumba et à tous les membres de la Jeunesse Tabital Pulaaku FMPOS ainsi que la Jeunesse Tabital Pulaaku-Mali et l'AERMOS**). Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amitié des profonds sentiments qui nous unit et des souvenirs de tous les moments que nous avons vécus ensemble. Heureuse carrière pour nous.*

A tous ce qui me sont chers et que j'ai omis de citer. A toute personne ayant contribué de loin ou de près pour la réalisation de ce travail.

Pour le lien sacré de l'amitié qui nous lie, je vous serai toujours reconnaissant pour le service rendu. Trouvez ici mes sincères remerciements.

*A mon cher aîné et encadreur : **Dr Jean Marc**. Votre amour du travail bien fait, votre courage et votre rigueur dans le travail fait de vous un exemple à suivre. Votre simplicité et votre abord facile m'ont facilité l'apprentissage à vos côtés. Merci pour votre sympathie et les enseignements reçus, recevez ici toute ma reconnaissance.*

***A MES LOGEURS, Feu Parice, Moussa Diabaté, Bavieux, Adam THIAM** : recevez ici mes sincères remerciements.*

***A Mes camarades et complices du Point G** : Les mots me manquent pour exprimer ici toute ma reconnaissance et ma profonde gratitude. L'amour du prochain, l'entraide, la confiance mutuelle et le respect observés me seront à jamais gardés dans l'esprit.*

Que le seigneur, nous accorde longue vie pour que nous puissions réaliser nos projets ensemble.

Aux déplacés du centre : merci pour votre accord.

A nos voisins du Point G : Pour votre hospitalité durant le temps passé ensemble.

A tout le corps professoral de la FMOS.

*A notre chère patrie le **Mali**, pour le service rendu, que la paix et la prospérité puissent te recouvrir.*

A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de mes rêves.

A tous ceux qui ont cette pénible tâche de soulager les gens et diminuer leurs souffrances.

A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer.

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président du jury,

Professeur Sanoussi BAMANI

- **Professeur honoraire en Ophtalmologie à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie,**
- **Ancien praticien hospitalier universitaire de l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique,**
- **Ancien coordinateur du Programme National de la santé oculaire (PNSO).**
- **Membre de la société française d'ophtalmologie (SFO)**
- **Membre de la SOMAO**
- **Ancien Responsable du département de la Formation à l'IOTA.**

Honorable maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples et importantes occupations.

Nous avons été impressionnés par votre spontanéité, votre simplicité, votre amour pour le travail bien fait.

Votre grande culture scientifique, vos qualités de bon enseignant expliquent l'estime que vous portent vos étudiants.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profond respect. Que Dieu vous accord santé et longévité ainsi qu'à votre famille.

A notre Maître et Juge,

Docteur Hamadou DIALLO

- **Médecin ophtalmologue au CHU IOTA**
- **Responsable du service de l'hospitalisation au CHU- IOTA**

Cher maître ;

Vous avez spontanément accepté de juger ce travail et de l'améliorer par votre qualité scientifique.

Cher maître, veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et de toute notre considération.

A notre Maître et Co-directeur,

Dr Brahima DICKO

- **Médecin Légiste,**
- **Chargé de recherche**
- **Chef du service de médecine légale au CHU Point G**
- **Ancien formateur et superviseur régional en soins obstétricaux et néonataux d'urgence à Kayes et ancien médecin chef du district sanitaire de Yélémané (Kayes)**
- **Ancien coordinateur du collectif des médecin praticiens hospitaliers du Mali**

Cher maître

Vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de codiriger ce travail malgré vos multiples occupations

Votre disponibilité, votre modestie et votre amour pour le travail bien fait, nous ont beaucoup impressionnés

Permettez-nous cher maître de vous exprimer toute notre reconnaissance.

**A notre Maitre et Directeur de thèse,
Professeur Japhet Pobanou THERA**

- **Maitre de conférences à la Faculté de Médecine et Odontostomatologie ;**
- **Spécialiste en ophtalmologie pédiatrique ;**
- **Chef de service d'ophtalmo-pédiatrie au CHU-IOTA ;**
- **Chef de filière d'ophtalmologie à l'INFSS**
- **Diplômé de médecine légale ;**
- **D.U. d'épidémiologie ;**
- **Maîtrise en Droit Privé ;**
- **DEA de Droit International et Européen, des Droits Fondamentaux.**

Cher maître,

L'opportunité nous est donnée de vous faire part de la grande estime et du respect que nous portons à votre égard. Nous nous souviendrons de la confiance que vous avez placée en nous en acceptant de nous confier ce travail

Veillez trouver ici cher maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance. Qu'Allah vous garde encore longtemps auprès de nous et en bonne santé pour que nous puissions continuer à bénéficier de la qualité de votre enseignement.

SIGLES ET ABREVIATIONS

BCG : bacille « Bilié de Calmette et Guérin »

CDC: Centers for Diseases Control and Prevention

HCR ou UNHCR : Haut-Commissariat des Nations unies pour les Réfugiés

HSV 2 : Herpès simplex virus de type 2

HTA : Hypertension Artérielle

HTLV-I : Human T-lymphotropic Virus I

HTLV-III : Human T-Lymphotropic Virus III

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

LAV : Lymphadenopathy Associated Virus

MNT : Maladies Non Transmissibles

MPE : Malnutrition Protéino-Energétique

OFS : Office Fédéral de la Statistique

OFSP : Office Fédéral de la Santé Publique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ROAM : Reproductive Outcomes and Migration

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

TCT : Test Cutané Tuberculine

TL : Taux de Létalité

UE: Union Européen

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

UNFPA : United Nations Populations Fund

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

ONG : Organisation non gouvernementale

OIM : Organisation internationale des migrants

UGD : Ulcère gastroduodéal

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau I: Répartition selon le statut matrimonial	30
Tableau II: Répartition selon la provenance	30
Tableau III: Répartition selon la scolarisation.	30
Tableau IV : Répartition selon les problèmes de santé connus.....	31
Tableau V : Répartition selon type de maladies rencontrées	31
Tableau VI : Répartition selon les habitudes alimentaires.....	31
Tableau VII : Répartition selon l'augmentation de la consommation des vices	32
Tableau VIII: Répartition selon les situations d'assistances reçues	32
Tableau IX : Répartition selon l'accès à un agent de santé	32
Tableau X : Répartition selon les raisons du choix de Bamako.....	33
Tableau XI : Répartition selon la perte des biens	33
Tableau XII : Répartition selon l'accès aux toilettes	33
<i>Tableau XIII: Répartition selon l'accès à l'eau potable.....</i>	<i>34</i>
Tableau XIV : Répartition selon les abris	34
Tableau XV: Répartition selon la prise en charge des maladies.....	34
Tableau XVI: Répartition selon la prise en charge alimentaire	35
Tableau XVII: Répartition selon l'accueil	35
Tableau XVIII: Répartition selon le temps du départ	35

LISTE DES PHOTOS

Figure 1: lieu d'hébergement des déplacés internes maliens à Bamako.....	17
Figure 2: Déplacés internes puisant de l'eau dans les puits	19
Figure 3: Latrines dans les camps des déplacés internes maliens.....	20
Figure 4: Livraison des rations complètes de nourriture aux déplacés internes maliens à Bamako par l'ONG Barakacity en partenariat avec jeunesse Tabital Pulaaku Mali.....	21
Figure 5: déplacés internes maliens utilisent du bois de chauffage à Bamako ...	23
Figure 6: Gestion durable pour l'environnement.....	24
Figure 7: Convoi humanitaire pour les réfugiés syriens	25
Figure 8 : Répartition selon le sexe.....	29
Figure 9: Répartition selon la tranche d'âge.	29

Table des matières	
I-INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS	4
III-GENERALITES.....	5
A. Histoire des déplacés, des réfugiés et des migrants dans le monde :.....	5
1. Histoire de la migration	5
1.1. La migration pendant et après la 1ère guerre mondiale.....	5
1.2. La migration après la 2ème guerre mondiale et jusqu'en 1973.....	6
1.3. La migration depuis 1973	7
B. Historique de la migration au Mali :	7
1. Choléra	10
2. Virus de l'Immunodéficience Humaine.....	10
3. Tuberculose.....	11
4. Hépatites virales.....	12
5. Santé de la reproduction dans les conflits.....	13
D. Problèmes sanitaires des déplacés et des réfugiés :	14
E. Besoins sanitaires des déplacés et des réfugiés :.....	16
1. Hébergement	17
2. Approvisionnement en eau potable.....	18
3. Assainissement.....	19
4. Approvisionnement en nourriture	20
5. Sources d'énergie	22
6. Environnement	23
7. Matériel médical.....	25
IV-METHODOLOGIE:	26
1. Cadre et lieux d'étude :	26
3. Type et période d'étude :.....	26
4. Population d'étude :	26
6. Matériel et méthode :	27
Technique et collecte des données :.....	27
7. Traitement et analyses des données :.....	27

V-RESULTATS :	29
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	36
1-CONCLUSION.....	41
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	43
Annexes	47
FICHE SIGNALÉTIQUE	47
FICHE D'ENQUETE.....	48
SERMENT D'HIPPOCRATE :	53

I-INTRODUCTION

Depuis des milliers d'années, l'être humain migre en quête d'une vie meilleure. La migration est le résultat de plusieurs facteurs. Beaucoup migrent pour trouver de meilleures conditions, gagner un meilleur salaire, vivre dans un environnement plus agréable ou rejoindre de la famille ou des amis à l'étranger. Certes, une proportion considérable de migrants ne choisit pas de partir mais sont forcés d'abandonner leur foyer contre leur gré, ce sont les réfugiés et les déplacés internes qui fuient des persécutions, ou sont victimes d'un conflit, d'une catastrophe naturelle ou de la traite. Mais pour ceux qui choisissent de migrer, ce qui importe fondamentalement est de savoir s'ils seront plus heureux et si leur vie sera meilleure qu'auparavant [1].

Les réfugiés et les migrants empruntent souvent les mêmes itinéraires, mais ils sont fondamentalement différents. Ils sont différents aussi des déplacés qui sont des personnes qui sont forcées de fuir leur lieu d'origine, mais demeurent dans leur pays.

Elles sont appelées aussi « personnes déplacées dans leur propre pays ». Contrairement aux réfugiés, qui ont franchi les frontières et qui ne sont donc plus sous la protection de leur pays d'origine, les personnes déplacées demeurent des citoyens de leur pays.

L'État est juridiquement responsable de la protection et du bien-être des personnes déplacées internes.

Un réfugié, au sens de la convention de Genève de 1951, est toute personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut, ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays. Il existe aussi une acception non juridique de la notion de réfugié, qui désigne toute personne contrainte à quitter son pays d'origine et ne pouvant y rentrer [2].

Il s'agit d'hommes, de femmes ou d'enfants qui voient leurs vies soudainement bouleversé et en tous les cas perdus, ils se retrouvent sur les routes et emportent ce qu'ils peuvent pour s'échapper à leur sort. Fatigués, ils finissent par s'installer par centaine, par milliers et construisant des abris de fortune pour se réfugier. Dans ces camps, les conditions de vies sont terribles, l'eau potable et la nourriture manquent, la salubrité s'installe et les maladies apparaissent mettant la vie de ces personnes en danger.

S'ajoutant aux multiples problèmes de santé typiquement associés à la migration, un certain nombre de problèmes moins bien documentés font maintenant leur apparition et demandent une attention toute spéciale. Pour une variété de raisons sociales et biologiques, y compris le stress chronique, une mauvaise adaptation à l'alimentation et des styles de vie qui changent rapidement, les déplacés internes et les migrants semblent être plus vulnérables que les populations d'accueil au diabète de type 2 et aux problèmes cardiovasculaires tels que l'hypertension et les attaques cérébrales. En outre, quand ils sont atteints de ces maladies, ils ont tendance à avoir plus de difficultés à gérer ces maladies et constituent des charges socioéconomiques plus lourdes que d'autres personnes parce qu'ils sont souvent seuls et incapables d'avoir accès ou d'utiliser les services de santé et les services sociaux locaux facilement ou de manière adéquate. Répondre au défi de la santé des migrants pourrait également fournir des données valables sur les besoins sanitaires d'autres groupes qui souvent se retrouvent hors d'atteinte des systèmes nationaux de santé.

Peu d'études se sont intéressées aux problèmes et besoins sanitaires des déplacés internes. En effet au Burkina une étude du rapport de profilage des personnes déplacées internes a révélé que plus de la moitié des ménages (57%) ont eu un membre de la famille qui est tombé malade depuis le déplacement. Les problèmes de santé les plus récurrents sont : le paludisme (82%), la fièvre (32%), la diarrhée (25%), et des troubles psychiatriques, problèmes respiratoires et problèmes cutanés (3% chacun). La proportion élevée en paludisme est particulièrement

inquiétante dans cette population qui compte près de 403 enfants moins de 5 ans ainsi que 23 femmes enceintes. Ce qui constituent un grave risque qui est aggravé par le manque de moustiquaire (cf. section NFI).

Quant aux déplacés internes aucune étude n'a été faite vue que ce phénomène est relativement récent dans notre pays et fait suite aux problèmes de cohabitation entre certaines ethnies du centre favorisés par le contexte sécuritaire fragile du pays en général.

Nous avons donc initié ce travail afin de répondre à quelques questions sur les problèmes et besoins sanitaires des déplacés internes de notre étude sans apporter d'éléments sur les aspects cliniques.

II. OBJECTIFS

Objectif général

- Evaluer les problèmes et besoins sanitaires des personnes déplacées des régions du centre à Bamako

Objectifs spécifiques

- Déterminer les profils socio démographiques des personnes déplacées internes du Centre

- Identifier les besoins sanitaires immédiats des personnes déplacées internes

- Déterminer l'impact du déplacement sur l'accès aux structures sanitaires par les personnes déplacées internes du Centre

III-GENERALITES

A. Histoire des déplacés, des réfugiés et des migrants dans le monde :

Depuis la 1ère guerre mondiale jusqu'en 1973, les migrations étaient souvent économiques mais surtout forcées compte tenu des nombreuses crises de cette période. De nos jours les flux migratoires internationaux se comptent par millions : 232 millions à travers le monde un chiffre qui a augmenté de plus de 77 millions, soit 50 %, entre 1990 et 2013 [3].

En 2013, le nombre de migrants internationaux représentaient environ 3,2% de la population mondiale, contre 2,9% en 1990. On estimait à 15,7 millions en 2013 leur nombre à travers le monde (soit 7% des migrants internationaux) [3].

Compte tenu des millions de déplacés à travers le monde depuis la 1ère guerre mondiale, il ne s'agit plus seulement de procéder à une description simple de ces mouvements de populations mais d'en saisir le volet sanitaire, son évolution, la prise de conscience quant à sa gravité afin d'assurer une vision plus vaste et plus juste de ce phénomène. Avec un ralentissement noté en 2007, les flux migratoires ont connu une autre dimension ces dernières années compte tenu des nombreux conflits à travers le monde, ainsi que des crises économiques et politico-sociales.

1. Histoire de la migration

1.1. La migration pendant et après la 1ère guerre mondiale

Cette époque a été caractérisée par les conflits politiques, la crise économique et aussi les élans de nationalisme avérés. L'état-nation est devenu une force régulatrice en déterminant tout ce qui était lié à la migration. Au lendemain de la première guerre mondiale, la situation démographique dans la plupart des pays d'Europe était très préoccupante. La disparition des hommes en âge de travailler lors de la guerre a créé une pénurie de main-d'œuvre.

Cela s'est fait sentir notamment dans un contexte caractérisé par le besoin de reconstruction et de croissance économique.

Une telle situation inquiétait le milieu économique dont le besoin en main-d'œuvre était important. De ce fait, certains pays conclurent des accords

favorisant la migration économique. La crise économique des années 1930 a également eu des conséquences sur le mouvement migratoire, entraînant le retour, volontaire ou forcé, dans leurs pays d'origine des ouvriers migrants. Montrés du doigt, les migrants économiques furent les premiers à être touchés par cette crise, car ils étaient considérés par les ouvriers autochtones comme des « concurrents étrangers » sur le marché du travail. Cependant, l'Europe d'après la grande guerre n'a pas fait seulement appel à la force de travail migré pour la reconstruction économique, elle a également été confrontée, pendant une longue période, à une migration forcée affichant une diversité de causes [4].

1.2. La migration après la 2ème guerre mondiale et jusqu'en 1973

Cette guerre a causé la mort de millions de personnes et provoqué un mouvement migratoire issu de la répression raciale et politique des régimes fascistes et autoritaires. Les pays développés d'Europe occidentale ont opté pour une stratégie économique dont l'objectif a été la concentration de l'investissement et l'augmentation de la production. Cette politique, qui a considérablement marqué la période comprise entre 1945 et le début des années 1970, a favorisé la migration économique en provenance de pays sous-développés ou en voie de développement vers l'Europe de l'Ouest. Enfin, l'Europe de l'Ouest d'après-guerre a été confrontée à un processus de décolonisation, notamment dans les années 1960 et 1970, dont les effets sur le mouvement migratoire ne sont pas négligeables. Alors que de nombreuses personnes, en particulier les européens, ont participé au mouvement migratoire de retour, d'autres, surtout en provenance des pays colonisés, ont quitté leur pays d'origine pour des raisons principalement économiques afin d'améliorer leurs conditions de vie. De ce fait, les causes et les conséquences de la migration de cette guerre sont diverses [4] :

- Le besoin en main d'œuvre ;
- Les disparités économiques entre les pays européens ;
- La décolonisation (notamment la Grande-Bretagne, la France, les Pays-Bas) ;
- La violation des droits de l'homme et des libertés individuelles ;

1.3. La migration depuis 1973

Depuis 1973, plusieurs phénomènes ont marqué les mouvements migratoires en Europe [4] :

Tout d'abord, à la suite de la crise pétrolière de 1973-1974, les pays industrialisés d'Europe de l'Ouest ont décidé de mettre fin au recrutement de main-d'œuvre étrangère. Cette décision est intervenue dans un contexte où les disparités économiques entre les pays riches industrialisés du Nord et les pays pauvres, ou en voie de développement, du Sud se sont accrues considérablement tout en produisant une pression migratoire vers les pays d'Europe occidentale. De plus, l'arrivée au pouvoir de régimes militaires, non démocratiques et autoritaires, notamment dans les pays du tiers-monde, a considérablement aggravé la situation sur le plan des droits humains et des libertés individuelles. De nombreux individus et membres de mouvements politiques s'opposant aux régimes en place ont dû quitter leur pays d'origine pour trouver asile dans les pays d'Europe de l'Ouest qui avaient affiché, par le passé, une certaine tradition humanitaire en matière d'asile. A partir des années 1980, l'Europe est devenue la région préférée des réfugiés du Sud.

Outre la violation des droits humains et des libertés individuelles, la répression politique à l'égard des minorités, les catastrophes écologiques et naturelles survenues dans les pays pauvres, notamment de l'Asie et de l'Afrique, furent également des facteurs à l'origine d'un flux de réfugiés vers l'Europe de l'Ouest. Enfin, le contexte créé par la chute du mur de Berlin en 1989, la réunification allemande, les changements pacifiques survenus en Europe de l'Est, l'effondrement de l'union soviétique et de la Yougoslavie ont fortement modifié le tableau géopolitique de l'Europe.

B. Historique de la migration au Mali :

TENDANCES ET FLUX MIGRATOIRES AU MALI AVANT JANVIER 2012 :

Le Mali possède une longue histoire d'émigration et est également devenu un lieu de transit important pour les flux migratoires à l'intérieur de la région et au-delà.

Le pays se caractérise par des tendances migratoires variées pratiques culturelles encourageant la migration comme rite de passage pour les jeunes hommes, migration circulaire et saisonnière, mouvements de nomades et d'éleveurs. Cette partie étudiera les différents aspects des schémas migratoires internes et transfrontaliers au mali avant le début de la crise qui a éclaté en janvier 2012.

Facteurs de migration au Mali :

La migration au mali est essentiellement déclenchée par des pressions économiques et environnementales interdépendantes, et par incidences des récents conflits dans la région.

Facteurs économiques : le Mali est l'un des pays les plus pauvres au monde, 43,6 de la population vivant au-dessous du seuil de la pauvreté national (banque mondiale, 2013) [5]. Les niveaux de pauvreté sont particulièrement élevés dans les zones rurales, d'où sont originaires de la majorité des migrants. En 2011, le chômage au mali s'élevait à 9,6%, et touchait 15,4% des personnes âgées de 15 à 39 ans, taux qui peut être attribué à une forte poussée démographique (3,6 % par an), à une croissance économique faible, à l'exode rural et à l'absence de perspectives d'éducation et de la formation (Perspectives économiques en Afrique, 2012) [6]. En outre, la crise postélectorale de 2010 en côte d'ivoire et la crise libyenne de 2011 ont contribué à faire flamber le prix du pétrole et des denrées alimentaires, limitant davantage encore les ressources des populations locales. Ces facteurs économiques ont conduit à la migration tant interne qu'externe des maliens, dont les rapatriements de fonds contribuent à soutenir les économies locales, à satisfaire les besoins de familles et, parfois, à fournir le capital nécessaire à la création des petites entreprises.

Facteurs environnementaux : les sécheresses chroniques qui ont sévi la région du sahel ces dernières années ont régulièrement provoqué de vastes mouvements de population, permanents ou saisonniers. Tout récemment, la grave sécheresse de 2011 a été à l'origine d'une crise alimentaire aigue dans l'ensemble du sahel et a débouché sur une forte diminution de la production agricole au mali. L'économie

maliennne reposant principalement sur l'agriculture, les changements environnementaux peuvent avoir de profondes répercussions sur les moyens de subsistance, en particulier dans les zones rurales. Par exemple, les graves sècheresses de 1973 et 1984 ont provoqué des vagues d'émigration massives depuis le Mali, poussant ensemble 40 % de la population (essentiellement des hommes) des régions les plus touchées à migrer. Parmi ces migrants, 70 % ont quitté le pays, ce qui a inévitablement eu des conséquences sur le secteur agricole, qui a souffert de cette hémorragie de main-d'œuvre (Ballo, 2009) [7]. Parallèlement ; le soutien financier des migrants a peut-être contribué à atténuer les effets négatifs de ces sècheresses (IRIN, 2006) [8].

Conflits et différends : le Sahel a connu de nombreux conflits pendant la période postcoloniale, depuis les guerres de grande ampleur jusqu'aux petits différends entre communautés, en passant par des affrontements sporadiques. Lorsque le Mali a accédé à l'indépendance en 1960, le nord s'est réuni au sud, où une grande partie de la population a la peau plus sombre. Depuis, le pouvoir a été concentré entre les mains de groupes ethniques du sud, qui auraient négligé les populations du nord et exploité les ressources des régions septentrionales. Cette situation a abouti à une aggravation des tensions entre le sud et le nord du mali (Blair, 2013) [9]. Des conflits dans les pays voisins, qui accueillent un grand nombre de migrants maliens, peuvent inciter ces derniers à rentrer, comme on l'a vu lors de la guerre en Libye, qui a provoqué le retour de 30 000 maliens selon les estimations (CSNU, 2012) [10]. Ce conflit s'est aussi traduit par une prolifération des armes dans la région et par un gel des investissements libyens en Afrique de l'ouest, ce qui s'est naturellement répercuté sur les prix des matières premières et les économies locales (CSNU, 2012) [10].

En outre, la migration transfrontalière peut aussi être une source de tension entre les éleveurs de bétail transhumants et les habitants des zones pastorales (PNUE, 2012) [11].

C. Histoire sanitaire chez les migrants et les déplacés

Toutes les maladies rencontrées chez les migrants ont leur histoire face à ce phénomène.

A défaut de pouvoir être exhaustif, nous aborderons l'historique de quelques pathologies rencontrées au cours de la migration.

1. Choléra

Lors de la fin de la guerre de Napoléon en 1815, un grand nombre de migrants de Grande

Bretagne et d'Irlande traversent l'Océan Atlantique dans le but de venir refaire leur vie en

Amérique du Nord. La principale porte d'entrée du Canada étant le Québec, un grand nombre de migrants empruntent le fleuve Saint-Laurent afin d'y parvenir.

Vers 1830, le nombre de migrants était de 30 000 en moyenne par année. Pendant ce temps, l'Europe est touchée par de grandes épidémies de choléra entre autres.

Le choléra était souvent transporté en Amérique du

Nord par les Irlandais qui se sont embarqués dans les ports anglais. Les autorités coloniales, voyant l'arrivée probable au Canada de ce fléau décident de mettre sur pied une station de quarantaine. Pour ce faire, ils ont choisi une île portant le nom de Grosse-Île car elle est située au milieu du fleuve Saint-Laurent. En 1854, une nouvelle épidémie de choléra marque la fin de ces années d'épidémies virulentes.

Ces premières années d'existences étant gérées par les

Britanniques, les Canadiens n'avaient que très peu de droit de regard sur le fonctionnement de la migration au Canada et de la quarantaine [12].

2. Virus de l'Immunodéficience Humaine

Dès les débuts de l'épidémie, outre les homo/bisexuels masculins, de nombreux migrants, principalement « noirs de peau », ont été touchés par le VIH/sida. Aux USA, la panique sanitaire provoquée par les décès n'est pas allée sans créer un effrayeur social voire morale, révélant une série de présumés racistes et homophobes. Face à la peur de la propagation de la maladie, la notion de « groupe

à risque » a rapidement fait son apparition, construisant le danger autour des «4 H » (Hémophiles, Homosexuels, Héroïnomanes et Haïtiens). Ces groupes épidémiologiques particulièrement contaminés, ont été désignés comme étant à l'origine du virus, et tenus pour les vecteurs de sa diffusion. Leur « mise en accusation » s'est accompagnée d'une mise en « quarantaine symbolique » permettant de protéger le groupe « sain », autrement dit les « hétérosexuels blancs », puisque à l'époque, la transmission du virus était encore relativement méconnue. Tant aux USA qu'en Europe, tandis que les homo/bisexuels masculins se sont mobilisés dans la lutte contre la discrimination dont ils étaient l'objet et se sont engagés activement dans la prévention du VIH/sida, les Africains se sont toutefois nettement moins rassemblés contre cette nouvelle forme de racisme. En 1985-1986, la stigmatisation des migrant/es africain/es s'est ensuite renouvelée avec les développements scientifiques qui mettaient au jour la transmission hétérosexuelle du virus (VIH/Migrant). L'évolution de l'épidémie de VIH en Afrique du Sud a commencé dans les années 1980, principalement chez les hommes gays. Dans les années 1990, le virus s'est rapidement propagé par la transmission hétérosexuelle, favorisée par le système de travailleurs migrants. L'épidémie a atteint son plus haut en 2005, avec un taux de prévalence de 30,2 % chez les femmes enceintes [13].

3. Tuberculose

À travers l'histoire, la migration humaine a toujours exercé un impact majeur sur la propagation de la tuberculose. Au tout début du XIXème siècle, 25 % des décès constatés en Europe occidentale étaient imputables à cette maladie. Les Européens ont ensuite emporté avec eux la tuberculose en Afrique centrale, en Asie du Sud et du Sud-est ainsi qu'aux Amériques, provoquant d'importantes épidémies dans ces régions. Si l'incidence de la tuberculose accuse un très net recul en Europe occidentale depuis les années

50, elle est restée particulièrement inquiétante dans la plupart des pays à faible revenu [14].

En France, les réfugiés ont une incidence supérieure de la tuberculose. Aux Pays-Bas, la prévalence des migrants primo arrivants a été chiffrée à 119/100000 dépistages (provenant notamment d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud-est). La prévalence de tuberculose chez les réfugiés a été trouvée supérieure dans divers pays européens et aux Etats-Unis. Une méta analyse sur la prévalence de la tuberculose a porté sur 2 620 739 migrants, le dépistage a détecté 350cas/100000 sujets (1190 pour les réfugiés et 270 chez les migrants réguliers). Les sujets en provenance d'Asie (1120/100000) et d'Afrique (650) avaient le taux le plus élevé [15].

4. Hépatites virales

Plusieurs études ont été menées sur le virus de l'hépatite B et le virus de l'hépatite C chez les migrants, mais peu d'entre eux retracent l'histoire de ces 2 maladies. La prévalence de sérologie positive pour l'hépatite B est élevée dans la majorité des populations migrantes, avec une transmission importante chez les enfants. Une évaluation de la santé des réfugiés aux Etats-Unis entre 1993 et 1995 met en évidence 6,1 % de porteurs de l'hépatite B (AgHBs positif). On retrouve une ancienne hépatite B chez 46,5 % des migrants et une hépatite B active chez 7,6 % d'entre eux, en Espagne. Des études de prévalence des maladies infectieuses chez les réfugiés en Grande-Bretagne révèlent une prévalence pour l'hépatite B variant de 57 à 118 pour 1000. Le taux de prévalence dans une étude de cohorte rétrospective au Canada est de 5,4 % pour la présence d'antigènes de surface de l'hépatite B chronique. Un autre travail met en évidence 23 % d'antigène HBs positif chez 74 réfugiés aux Etats-Unis [17].

Une méta-analyse sur la prévalence de HBV chez les migrants a montré que le taux de prévalence était identique de celui des pays d'origines, avec une

prédominance (>10%) chez les migrants de l'Asie de l'Est et du Sud du Sahara [18].

5. Santé de la reproduction dans les conflits

Le développement de la santé de la reproduction se situe au milieu des années 190. La santé reproductive des femmes migrantes a fait l'objet de nombreuses études récemment, qui montrent clairement un niveau de santé déficitaire par rapport à celui des natives. Parmi les facteurs expliquant cette situation, on peut mentionner l'accès contraceptif limité, les ruptures fréquentes dans la vie familiale suite à la migration, des pratiques sexuelles et contraceptives mal adaptées en raison des coutumes importées du pays d'origine, et une barrière concernant l'accès aux messages préventifs, aux soins et aux examens prénataux.

Années d'arrivée Prévalence AgHBs

Total des réfugiés

2005 7,20% 53738

2006 8,10% 41053

2007 7,80% 48281

2008 7,00% 60193

2009 5,90% 74654

2010 6,40% 73311

En principe, l'hypothèse de référence est que les femmes migrantes sont en bonne santé et que leur interaction avec les systèmes de santé de pointe, disponibles dans les pays d'accueil occidentaux, devrait conduire à des grossesses aussi réussies en termes sanitaires que celles des femmes natives du pays. En fait, une telle hypothèse est remise en question dans différents pays ou au sein d'un même pays pour des groupes ethniques spécifiques. Cette remise en question est à mettre en relation avec les barrières linguistiques et culturelles, les connaissances et la compréhension parfois réduites du système de soins et à tout ce qui se réfère aux comportements de santé et aux inégalités socioéconomiques, sinon aux discriminations avérées au sein de la société [19].

En 1993 c'est la revue Lancet qui dénonce l'absence de services pour cette population. Le mouvement en faveur de la santé reproductive des femmes déplacées a pris de l'ampleur en

1995 avec la formation de 2 groupes de collaboration dont la plus grande est l'IAWG l'Inter

Agency Working Group on reproductive health in crises (IAWG). Elle a mis en place le 1er manuel sur la santé de la reproduction chez les réfugiés où sont détaillées les notions de : maternité sans risque, violence sexuelle et sexiste, IST, ainsi que la planification familiale

[20].

D. Problèmes sanitaires des déplacés et des réfugiés :

Puisque les gens se déplacent et « migrent » depuis l'aube des temps, on s'intéresse depuis longtemps déjà aux liens entre la migration et la santé.

Les déplacés et les réfugiés peuvent présenter à la fois des pathologies d'importation de leur pays d'origine (principalement dans le cas de pays tropicaux), des conditions du voyage et de la durée de séjour dans les pays de transit, des conditions dans le pays d'accueil notamment en termes de condition d'hébergement (promiscuité, hygiène, assainissement, nutrition...) ainsi que des pathologies acquises liées à la transplantation et aux conditions socio-économiques défavorables.

Le fardeau de la maladie dépend du pays d'origine, des expositions, des conditions de vie antérieures et de l'accès aux soins de santé, des routes de migration, de la santé reproductive parfois médiocre (grossesses à risque et proportion plus élevée de naissances prématurées) et de divers autres facteurs.

Les problèmes de santé des réfugiés et des migrants sont semblables à ceux du reste de la population, même s'il arrive que la prévalence en soit plus élevée dans certains groupes.

Chez les déplacés nouvellement arrivés, les problèmes de santé les plus fréquents sont les maladies transmissibles, les blessures accidentelles, l'hypothermie, les

brûlures, les problèmes cardiovasculaires, les complications de la grossesse ou de l'accouchement, le diabète et l'hypertension. Les femmes déplacées sont, pour leur part, confrontées à des difficultés particulières touchant notamment à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, à la santé sexuelle et reproductive et aux violences.

L'exposition des déplacés aux risques associés aux mouvements de population (troubles psychosociaux, problèmes de santé reproductive, mortalité néonatale plus élevée, abus de drogues, troubles nutritionnels, alcoolisme et exposition à la violence) accroît leur vulnérabilité face aux maladies non transmissibles.

À cet égard, l'interruption des soins constitue le principal problème, en raison du manque d'accès aux systèmes de soins de santé et aux prestataires, ou de la décimation de ces services. Les déplacements entraînent l'interruption du traitement continu, ce dernier étant particulièrement important en cas de maladies et d'affections chroniques. En raison des mauvaises conditions de vie et des privations subies pendant les migrations, les enfants vulnérables sont sujets à des infections aiguës, comme les infections respiratoires et la diarrhée, et doivent avoir accès aux soins correspondants. Le manque d'hygiène peut entraîner des infections cutanées. De plus, le nombre de morts et de blessés a rapidement augmenté parmi les réfugiés et les migrants qui traversent la Méditerranée. Selon le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, au cours des 6 premiers mois de l'année 2015, 1867 personnes se sont noyées ou ont été portées disparues en mer [21].

Dans une étude réalisée au Canada, les taux de mortalité en fonction de chaque cause (accident vasculaire cérébral, le diabète, les maladies infectieuses et de certains cancers) étaient plus élevés chez les migrants que chez la population canadienne et ils étaient plus élevés chez les réfugiés que chez les autres migrants [22].

E. Besoins sanitaires des déplacés et des réfugiés :

Quand les populations se déplacent vers des zones géographiques différentes de celles de leur pays d'origine, elles sont plus susceptibles d'être confrontées à un approvisionnement irrégulier ou incertain en aliments et eau salubre, en particulier lorsque les circonstances sont difficiles et parfois désespérées. En outre, les services publics essentiels, comme l'électricité et les transports, peuvent être défaillants. Dans ces conditions, les risques de consommer des aliments non comestibles, contaminés ou avariés et de ne pas les cuire de manière appropriée peuvent être plus importants. Les réfugiés et les déplacés tombent généralement malades durant leur périple, surtout dans les camps surpeuplés. Le ravitaillement, le stockage ou la préparation des aliments peuvent s'effectuer dans des conditions insalubres, et le surpeuplement accroît les risques de flambées de maladies d'origine hydrique et alimentaire [22]. Selon le British Medical Journal, les migrants forcés actuels présentent une « clinique de la pauvreté » : déshydratation, fatigue extrême, lésions aux pieds, infections cutanées, traumatismes mineurs et atteintes de la santé mentale, ainsi les médecins de famille, pédiatres, gynécologues et psychiatres seraient les acteurs nécessaires pour faire face à ces besoins sanitaires. Par contre, le risque de maladies infectieuses importées est mineur selon l'OMS qui souligne plutôt le risque de soins inéquitables à ces populations vulnérables dans les pays de transit ou d'accueil. Le HCR plaide pour la prise en charge des migrants forcés dans les systèmes sanitaires des pays d'accueil. Concernant spécifiquement les réfugiés syriens, le HCR souligne qu'au Liban où actuellement ¼ de la population est constituée de personnes fuyant le régime syrien, les principaux enjeux sanitaires sont les femmes enceintes et les quelques 142000 enfants nés dans l'exode depuis 2011, ainsi que la gestion des maladies chroniques telles que le diabète et autres risques cardiovasculaires [23].

1. Hébergement

Le logement inadéquat et la surpopulation sont des facteurs importants dans la transmission des maladies à potentiel épidémique (rougeole, méningite, le typhus, le choléra, etc.), et des flambées de la maladie sont plus fréquentes et plus graves lorsque la densité de population est élevée. En outre, la protection contre le soleil, la pluie, le froid et le vent est indispensable pour le bien-être des réfugiés (photo 3), de même que la fourniture d'un espace de vie sécuritaire pour les familles. En 1984, en Ethiopie, près de 50 000 étaient logées dans des tentes, des huttes en branchages, ou en plein air d'où le taux de mortalité est très élevé principalement en raison de typhus et le choléra. Il est important de planifier l'installation spatiale des réfugiés et d'identifier les matériaux de construction disponible localement et rapidement pour procurer un toit aux réfugiés dans les brefs délais [24].



Figure 1: lieu d'hébergement des déplacés internes maliens à Bamako

2. Approvisionnement en eau potable

Comme toute autre population, les réfugiés exigent un accès immédiat à un approvisionnement en eau suffisant pour maintenir la vie et la santé et cela devient encore plus vital dans les camps de réfugiés où la surpopulation augmente les risques de pollution et des épidémies de maladies d'origine hydrique. Une attention particulière doit donc être portée à l'approvisionnement en eau dès le début de toute tentative visant à faire face à une crise de réfugiés. Il faut assurer une quantité suffisante d'eau. Pendant les premiers jours de la phase d'urgence, une quantité minimale d'eau est nécessaire pour la survie : 5 litres d'eau par personne par jour (source : OMS). Mais cette ration ne réduit pas le risque d'épidémie dans la population, c'est destiné principalement pour boire et cuisiner, et permet seulement un niveau très faible hygiène. La quantité doit donc être augmentée aussi rapidement que possible.

Certains des problèmes associés à la fourniture des quantités suffisantes d'eau dans les premiers jours peuvent provenir de la mauvaise gestion et la répartition inégale, avec certains groupes favorisés par rapport à d'autres, et les réfugiés peuvent se battre pour l'obtention d'eau afin de survivre. Dans l'étape suivante de la phase d'urgence, la quantité de la disposition d'eau doit être rapidement augmentée à une quantité suffisante : 15 à 20 litres d'eau par personne et par jour. Ce montant comprend l'eau pour la boisson, la préparation des aliments, l'hygiène personnelle et le plat/ lessive. Si ce seuil n'est pas atteint très rapidement, les risques de la transmission de maladies d'origine hydrique augmenteront évidemment [25].

L'approvisionnement en eau potable est une priorité absolue. Des citernes en plastiques sont le plus souvent utilisées (photo 4) et l'approvisionnement se fait à l'aide de camions citernes en attendant le forage des puits. Les moyens de transport, la connaissance de climat et de la praticabilité des routes conditionnent l'approvisionnement en eau et les pathologies associés [24].



Figure 2: Déplacés internes puisant de l'eau dans les puits

3. Assainissement

Les programmes d'assainissement et d'hygiène visent à assurer un environnement propre et de réduire l'incidence des maladies liées à l'environnement. Afin d'atteindre ces objectifs, une attention particulière doit être accordée à l'élimination des excréments, l'évacuation et le traitement des eaux usées, ainsi que la collecte et l'élimination des déchets solides.

Dans les camps de réfugiés, des perturbations sociales, la concentration de gens habitués à une norme différente de l'hygiène et le manque d'installations sanitaires, peut entraîner de graves risques pour la santé. Des excréments et des déchets sont souvent jetés au hasard autour du site de réfugiés dans les premiers stades d'une situation d'urgence et il y a beaucoup de mécanismes de transmission de maladies transmissibles, à savoir les mains, l'eau, les animaux, la nourriture, etc... Ces agents pathogènes sont transmis beaucoup plus facilement dans ces conditions précaires, et des mesures d'assainissement sont donc nécessaires de toute urgence. Ainsi, la planification de la construction des moyens d'évacuation des déchets et de latrines (photo 5) répond à des normes précises : une latrine ou

tranchée par 50 à 100 personnes au cours des premiers jours de l'urgence, amélioré dès que possible à une latrine pour 20 personnes idéalement un par famille. Les indicateurs en matière d'approvisionnement et de latrines de l'eau doivent être surveillés de la même manière que l'incidence des maladies et de mortalité [25].



Figure 3: Latrines dans les camps des déplacés internes maliens

4. Approvisionnement en nourriture

Les pénuries alimentaires et les problèmes nutritionnels sont fréquents chez les migrants et les réfugiés, et ils ont conduit à des taux élevés de malnutrition aiguë, par rapport aux taux couramment trouvés dans les populations non-réfugiés. En effet, des taux supérieurs à 20% de malnutrition aiguë ont été signalés parmi les réfugiés en Somalie (1980), l'Éthiopie (1988, 1989) et au Kenya (1991), et parmi les personnes déplacées en Éthiopie (1985), le Soudan (1988) et au Libéria (1990).

La malnutrition Protéino-Energétique (MPE) est connue pour être une cause majeure de décès chez les populations de réfugiés, principalement parce que la

malnutrition augmente la vulnérabilité à la maladie et donc sa gravité, en particulier en ce qui concerne la rougeole.

L'analyse des données recueillies dans 42 camps en Asie et en Afrique, indique un lien évident entre la prévalence de la malnutrition et des taux de mortalité élevés dans les camps de réfugiés dans la phase d'urgence. En plus de la MPE, les carences en nutriments tels que l'avitaminose A ou le scorbut jouent un rôle clé dans la morbidité et la mortalité liées à la nutrition.

Les objectifs généraux sont de répondre aux besoins alimentaires de base de tous les réfugiés et de diminuer la mortalité et la morbidité résultant de malnutrition.

Il faut assurer une ration alimentaire moyenne minimale de 2.100 Kcal / personne / jour contenant une teneur en éléments nutritifs (photo 6) ; et réduire la prévalence de la malnutrition et de la mortalité de malnutrition par le traitement des personnes souffrant de malnutrition aiguë et la prévention chez les autres groupes à risque [25].



Figure 4: Livraison des rations complètes de nourriture aux déplacés internes maliens à Bamako par l'ONG Barakacity en partenariat avec jeunesse Tabital Pulaaku Mali

5. Sources d'énergie

Le Tchad présente, sur le plan agro-écologique et bioclimatique, une variabilité importante du nord au sud. La répartition des camps de réfugiés sur le territoire va des zones les plus arides au plus humides. Cela détermine leur accès au bois qui est le combustible principal dans l'ensemble des zones d'hébergement des réfugiés. Le manque d'eau, des terres agricoles et du bois de chauffage pour satisfaire les besoins d'énergie constituent les principaux problèmes qui se posent pour les réfugiés et la plupart des populations vivantes dans l'Est du pays.

De nombreuses indications montrent que dans certaines régions de l'Est, la consommation du bois dépasse largement sa production potentielle. De ce fait, la destruction des ressources ligneuses est inévitable et très difficile à restaurer, en particulier, dans le Centre-Est et le Nord-est. La principale source d'énergie domestique de populations réfugiées demeure le bois (photo 7) dont la disponibilité se réduit davantage sous le coup de la surcharge démographique. A la suite de plusieurs évaluations, il apparaît nettement que la productivité (biomasse sèche) des écosystèmes entourant les camps de réfugiés est inférieure aux besoins énergétiques en bois et aux prélèvements effectués par la communauté réfugiée et autochtone. En raison de la concentration démographique dans l'espace et de la capacité de charge des systèmes écologiques, il y aura une pénurie en bois. La question de la consommation du bois est donc, pour le HCR, un des points les plus importants de l'opération en faveur des réfugiés dans la mesure où l'épuisement de la ressource ligneuse est susceptible non seulement de créer une crise énergétique mais aussi d'attiser des heurts intercommunautaires. En effet, la collecte du bois est non seulement une activité pénible et dangereuse pour les femmes mais elle peut aussi avoir de conséquences néfastes sur le milieu naturel si les équilibres écologiques ne sont pas respectés. Par ailleurs, les distances de collecte peuvent aller jusqu'à 30 km autour du camp pour les ménages et 85 km pour les fournisseurs de bois mort travaillant avec le HCR et ses partenaires [26].



Figure 5: déplacés internes maliens utilisent du bois de chauffage à Bamako

6. Environnement

L'afflux soudain d'un grand nombre de personnes dans un espace limité peut exercer une pression importante sur l'environnement local. Les réfugiés et les déplacés internes n'ont souvent pas d'autre choix que de dépendre des ressources naturelles pour leur survie, en particulier dans les situations d'urgence. Les arbres sont coupés pour construire ou soutenir des abris de fortune, le bois est ramassé pour cuisiner ou pour se réchauffer et les fruits, les herbes, le gibier et les plantes sauvages servent à manger ou à se soigner.

Sans contrôle, ces activités peuvent rapidement avoir un impact négatif sur l'environnement ainsi que sur les personnes déplacées et les populations hôtes. Les objectifs des programmes de gestion durable de l'environnement menés par le HCR ne peuvent pas être atteints sans la participation active des réfugiés ou des personnes déplacées internes. Pour promouvoir et guider ces programmes, le HCR

a élaboré un ensemble de principes directeurs concernant l'environnement fondés sur quatre principes clés [27] :

- Intégration : Garantir que les préoccupations environnementales, comme l'aménagement du territoire ou l'assainissement, sont intégrées dans d'autres programmes et activités du HCR,
- Prévenir plutôt que guérir : Agir au plus tôt afin de minimiser d'éventuels problèmes à grande échelle et d'éviter des effets irréversibles,
- Rentabilité : Avec des ressources limitées, le HCR doit toujours chercher à maximiser l'efficacité de ses programmes d'assistance,
- Participation locale : L'implication des communautés locales au développement et à la gestion d'activités environnementales est fondamentale pour la gestion durable des ressources naturelles.



Figure 6: Gestion durable pour l'environnement

Source : UNHCR

7. Matériel médical

Les besoins médicaux sont également évalués en fonction des pathologies locales. L'expérience acquise a permis de mettre au point des kits, de médicaments et de matériels essentiels (photo 9). Ils permettent de répondre à la plupart des besoins médicaux d'une population de 10 000 personnes pendant 3 mois [28].

Le kit a été adopté par de nombreuses organisations et autorités nationales. Il est jugé fiable, standardisé, peu onéreux, approprié et apte à fournir rapidement les médicaments et le matériel essentiel dont on a besoin d'urgence en cas de catastrophe [29].

La politique du HCR en matière de médicaments essentiels et de fournitures médicales consiste à donner des conseils sur la façon d'assurer l'approvisionnement en médicaments essentiels et en fournitures médicales de bonne qualité pendant toutes les phases de programmation du HCR.



Figure 7: Convoi humanitaire pour les réfugiés syriens

Source: Thierry Will F3 LR

IV-METHODOLOGIE:

1. Cadre et lieux d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans les sites des personnes déplacées internes de Bamako. Les personnes déplacées internes dans le district de Bamako sont principalement réparties entre Faladié, Dialakorobougou, Senou et Niamana.

2. Présentation géographique de Bamako :

La ville de Bamako est la capitale du Mali ; elle est située sur les rives du fleuve Niger, dans le Sud-Ouest du Mali en Afrique occidentale. Elle s'étend d'Ouest en Est sur le 22 km², avec une population de 3 007 122 habitants. La capitale Bamako, ville coquette est érigée en District et divisée en six (06) communes dirigées par des maires élus [31].

3. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et prospective allant du 01 au 31 juillet 2020 soit une période d'un mois.

4. Population d'étude :

Notre étude a fait l'objet d'une enquête au cours des entretiens avec quatre cent (400) personnes déplacées internes dans la ville de Bamako.

Elle a porté sur toutes personnes déplacées internes retrouvées sur les sites.

Critères d'inclusions :

Etaient inclus dans notre étude :

- Les personnes ayant séjourné dans un site reconnu pour déplacé à Bamako pour une période supérieure ou égale à un mois
- Les personnes présentes au moment de notre passage et accepté de répondre à nos questions

Critères de non inclusions :

N'étaient pas inclus dans notre étude :

- Les personnes déplacées internes mineures (âge < à 18 ans)
- Les personnes absentes au moment de notre passage
- Les personnes déplacées internes des sites non reconnus

- Les personnes qui ont refusé de participer à l'enquête

5. échantillonnage

Il s'agissait d'un échantillonnage systématique et exhaustif de toutes les personnes déplacées internes acceptant de répondre aux questions.

6. Matériel et méthode :

Technique et collecte des données :

Une fiche d'enquête individuelle préalablement testée a été utilisée pour collecter les données.

L'entretien était individuel. Après obtention du consentement libre et éclairé, les questions étaient adressées à l'enquêté et les réponses directement notées sur la fiche d'enquête de collecte.

Nous avons décidé, en concertation avec l'équipe des points focaux, de privilégier les rencontres aux sites des personnes déplacées internes.

Notre étude ne comportait ni consultation, ni examen clinique mais uniquement des entretiens individuels sur la santé (même s'ils sont menés par un professionnel de la santé).

7. Traitement et analyses des données :

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS 22.0

Le traitement de texte a été fait avec le logiciel Microsoft Word 2016.

8. Intérêt :

Cette étude sur les problèmes et besoins sanitaires de ces personnes déplacées internes des régions du centre nous semble essentielle pour rapporter leurs conditions de vie sur le devant de la scène et poser les jalons de pistes de réflexion et d'interventions futures, pour nous professionnels de la santé (médecins, pharmaciens) et acteurs de la société civile.

9. Variables étudiées :

Les variables étudiées sont de deux ordres : Celles relatives aux données sociodémographiques (âge, sexe, Profession) et celles relatives aux résultats (abris, accès aux soins, accès aux latrines, traitement de l'eau).

10. Aspects éthiques :

La confidentialité autour des informations fournies par les participants était garantie. L'accord des responsables (points focaux) chargés de la gestion des sites a été obtenu. Malgré l'accord du responsable, le consentement libre et éclairé (individuel) de chaque personne déplacée interne qui était indispensable a été obtenu. Aucun prénom ou le nom ne figurait sur la fiche d'enquête qui ne comportait que le numéro d'identifiant attribué.

Les données recueillies ne servaient pas à d'autres fins et restaient confidentielles.

11. Limite de l'étude :

Les enfants et les adolescents ont été volontairement omis vue qu'ils ne pourront pas répondre aux questions destinées aux déplacés internes du centre à Bamako. Le refus de certaines personnes déplacées internes à répondre aux questions de notre enquête, le coronavirus qui limitait le contact et l'absence d'autres personnes au moment de notre passage ont limité notre étude à quatre cent (400) personnes.

V-RESULTATS :

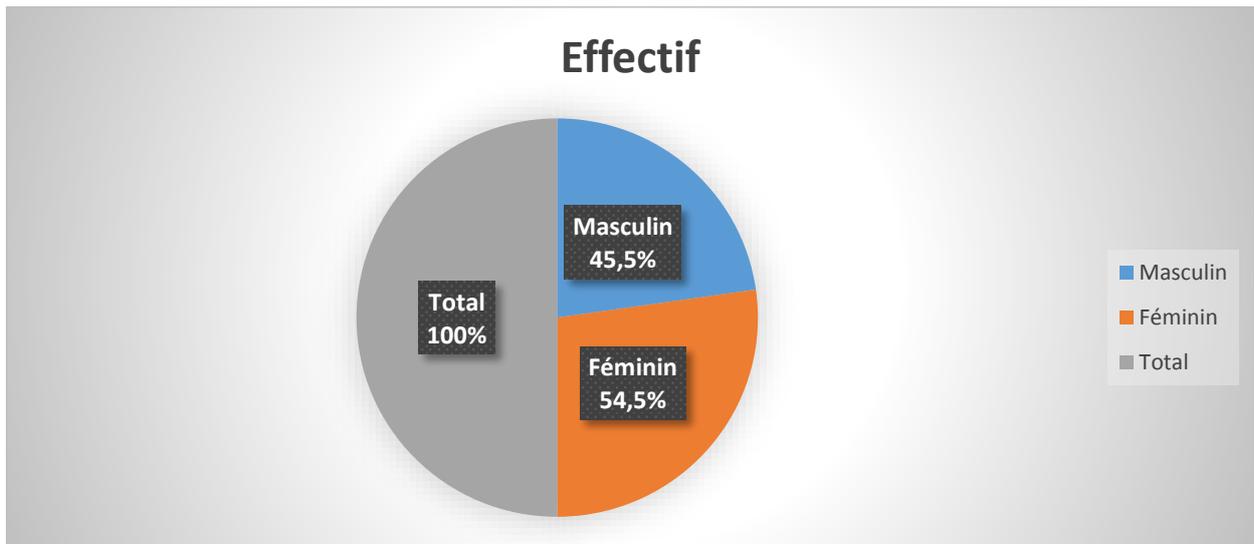


Figure 8 : Répartition selon le sexe.

Dans l'échantillon des sujets le sexe féminin prédominait soit 54,5%.

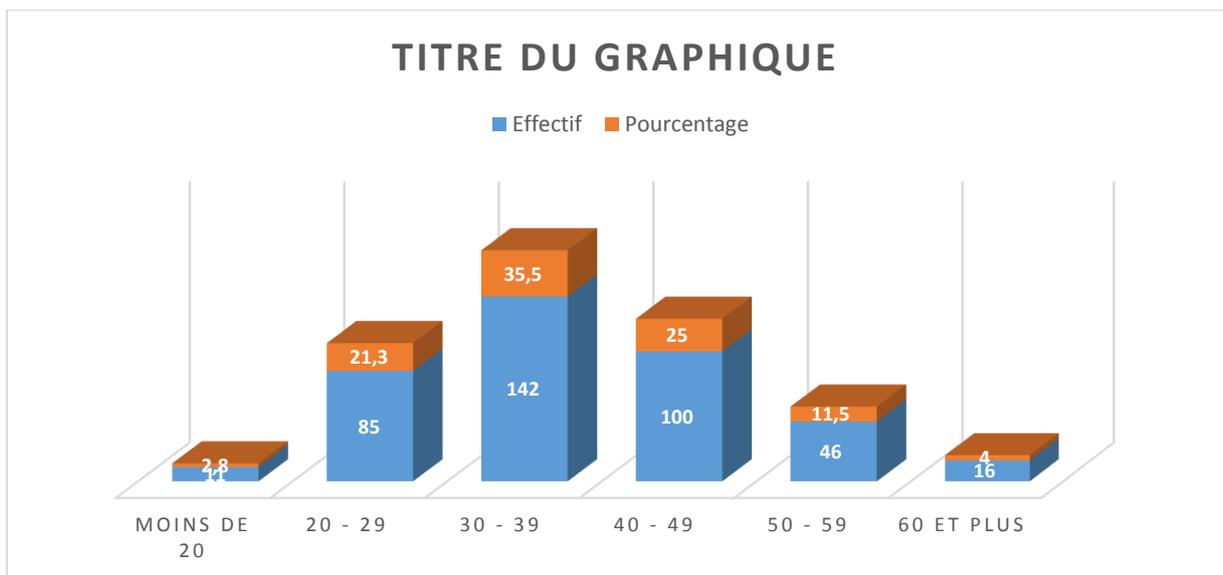


Figure 9: Répartition selon la tranche d'âge.

La tranche d'âge 30-39 ans était la plus représentée avec 35,5%.

Tableau I: Répartition selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Marié	341	85,2
Célibataire	20	5,0
Divorcé	15	3,8
Veuve/Veuf	24	6,0
Total	400	100,0

Les déplacés mariés dominaient avec plus de 85,2%.

Tableau II: Répartition selon la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
Koro	159	39,7
Bankass	116	29,0
Bandiagara	60	15,0
Douentza	50	12,5
Macina	7	1,8
Niono	4	1,0
Autre	4	1,0
Total	400	100,0

Djenne (1), Youwarou (1)

Les déplacés en provenance de Koro étaient les plus nombreux soit 39,7% suivi de Bankass avec 29,0%.

Tableau III: Répartition selon la scolarisation.

Scolarisation	Effectif	Pourcentage
Non scolarisé	392	98,0
A l'école coranique	8	2,0
Total	400	100,0

98,0 % des déplacés étaient non scolarisés.

Tableau IV : Répartition selon les problèmes de santé connus

Problèmes de santé connus	Effectif	Pourcentage
Oui	124	31,0
Non	276	69,0
Total	400	100,0

69,0 % des déplacés n'avaient aucun problème de santé connu.

Tableau V : Répartition selon type de maladies rencontrées

Type de maladies	Effectif	Pourcentage
UGD	129	32,25
HTA	101	25,25
Asthme	20	5,0
Tuberculose	16	4,0
Constipation	98	24,5
Drépanocytose	2	0,5
RAS	34	8,5
Total	400	100

L'ulcère gastroduodéal dominait avec 32,25 % suivi de l'hypertension artérielle avec 25,25%.

Tableau VI : Répartition selon les habitudes alimentaires

Habitudes alimentaires	Effectif	Pourcentage
Consommation de tabac	121	30,3
Consommation d'alcool	1	0,3
Consommation de stupéfiants	1	0,3
Rien	277	69,1
Total	400	100

30,3 % des déplacés consommaient de tabac.

Contexte et situation d'accueil à Bamako

Tableau VII : Répartition selon l'augmentation de la consommation des vices :

Augmenté consommation d'alcool, de stupéfiants	de votre tabac, Effectif	Pourcentage
Oui beaucoup	81	20,2
Oui un peu	16	4,0
Non	28	7,0
Ne fumait pas	275	68,8
Total	400	100,0

20,2 % avaient affirmé que leur consommation de tabac a beaucoup augmenté tandis que 68,8% ne fumaient pas.

Tableau VIII: Répartition selon les situations d'assistances reçues

assistances reçues	Effectif	Pourcentage
Pas du tout	2	0,5
Un peu	6	1,5
Beaucoup	392	98,0
Total	400	100,0

98,0 des déplacés ont reçu beaucoup d'assistance.

Tableau IX : Répartition selon l'accès à un agent de santé

Raison de ne pas eu accès à un personnel médical	Effectif	Pourcentage
Problème de moyens	125	31,2
Non disponibilité	1	0,3
Ne ressent pas le besoin	274	68,5
Total	400	100,0

68,5% n'avaient pas ressenti le besoin d'accéder à un personnel médical alors que 31,2% avaient un problème de moyens.

Tableau X : Répartition selon les raisons du choix de Bamako

Raison du choix de Bamako	Effectif	Pourcentage
Pour vous éloigner du problème	331	82,8
Il y'a plus de sécurité	69	17,2
Total	400	100,0

82,8 % avaient choisi Bamako pour s'éloigner du problème.

Tableau XI : Répartition selon la perte des biens

Perte des biens suite à votre départ	Effectif	Pourcentage
Oui	90	22,5
Non	310	77,5
Total	400	100,0

22,5% des déplacés avaient perdu des biens suite à leur départ.

Tableau XII : Répartition selon l'accès aux toilettes

Accès aux toilettes	Effectif	Pourcentage
Latrines / douche chez les voisins	112	28,0
Recours aux latrines/douches des écoles	192	48,0
Recours aux anciennes maisons non couvertes	96	24,0
Total	400	100,0

48,0 % des déplacés avaient accès aux toilettes des écoles alors que 28,0% faisaient recours aux latrines chez les voisins et 24,0% utilisaient les anciennes maisons non couvertes.

Tableau XIII: Répartition selon l'accès à l'eau potable

Accès aux sources d'eau non potable	Effectif	Pourcentage
Puits	372	93,0
Forages	28	7,0
Total	400	100,0

93,0 % des déplacés internes utilisaient l'eau de puits.

Tableau XIV : Répartition selon les abris

Abris	Effectif	Pourcentage
Hangar	180	45,0
Case	188	47,0
Maison en banco	3	0,8
Maison en ciment	29	7,2
Total	400	100,0

47,0 s'abritaient dans les cases contre 45,0% dans les hangars.

Tableau XV: Répartition selon la prise en charge des maladies

Prise en charge des maladies	Effectif	Pourcentage
Moi-même	388	97,0
Parents	5	1,50
ONG	2	0,50
Assistance sociale	5	1,50
Assurance	0	0,0
Total	400	100

Les déplacés internes prenaient leur traitement en charge à 97,0%.

Tableau XVI: Répartition selon la prise en charge alimentaire

Prise en charge alimentaire	effectif	pourcentage
Lui-même	281	70 ,25
Famille d'accueil	10	2,5
ONG ou Association	109	27 ,25
Total	400	100

70,25% des déplacés internes du centre à Bamako prenaient leur alimentation en charge.

Tableau XVII: Répartition selon l'accueil

Accueil	effectif	pourcentage
Famille	25	6,25
Amis	10	2,5
Association	100	25,0
Personne	281	66,25
Total	400	100

66,25% des personnes déplacées internes du centre à Bamako n'ont pas été accueillies à leur arrivée.

Tableau XVIII: Répartition selon le temps du départ

Le temps du départ	Effectif	Pourcentage
2018	105	26,25
2019	204	51,0
2020	91	22,75
Total	400	100

51% des personnes déplacées internes du centre ont quitté en 2019 leur lieu d'origine pour Bamako.

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude était transversale, descriptive et prospective portée sur quatre cent (400) personnes sur les six cent soixante un (661) ménages des personnes déplacées internes dans les camps des personnes déplacées internes (**Senou, Faladié, Niamana, Dialakorobougou**) à Bamako.

Avec une période d'étude d'un mois, sur les quatre cent (400) personnes déplacées internes interrogées. Nous n'avons réalisé aucune consultation, le tout était basé sur des questions-réponses.

Au cours de notre étude nous avons été confrontés à la pandémie du coronavirus, limitant notre contact avec certaines personnes déplacées internes.

Il nous a fallu chercher un interprète pour communiquer avec certaines personnes déplacées internes à cause du problème linguistique.

Les personnes déplacées internes dans le district de Bamako sont principalement réparties entre Faladié, Dialakorobougou, Senou et Niamana.

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES :

1) *Selon le sexe :*

Le sexe féminin prédominait soit 54,5% et 45,5% des hommes dans notre étude. Dans le rapport du profilage des personnes déplacées internes au Burkina Faso, l'organisation internationale des migrants (OIM) avait trouvé un nombre inférieur soit 52% des femmes et 48% des hommes [32].

Le sexe masculin était dominant chez Mouk Benslimane au Maroc avec 85 % [33].

Cela s'explique par le fait que les femmes sont plus vulnérables aux conflits et beaucoup préfèrent faire partir leur famille très loin des hostilités.

2) *Selon l'âge :*

La tranche d'âge 30-39 ans était la plus représentée avec 35,5% avec des extrêmes de 18 et 68 ans.

Cette tranche d'âge était inférieure à celle de **Mouk Benslimane** au Maroc soit de 20 et 25 ans [33].

Les personnes âgées de 18 à 59 ans constituaient la tranche d'âge la plus importante dans le rapport du profilage des personnes déplacées internes de l'UNHCR au Burkina Faso [34].

Cette différence est due au fait que la majorité des personnes âgées ont préféré rester dans leur village où ils sont nés et grandis quoi il arrive.

3) Selon le statut matrimonial :

Dans notre enquête, 85,5% des déplacés internes étaient mariés.

Ce nombre était inférieur dans le rapport du profilage des déplacés internes de l'organisation internationale des migrants (OIM) au Burkina Faso soit 77% [32].

Cela s'expliquerait par la réalité culturelle basée en grande partie sur le mariage précoce.

4) Selon la provenance :

Il apparaît que plus de 39,7% des déplacés internes sont originaires du cercle de Koro, suivi de ceux du cercle de Bandiagara avec 29,0%.

Le déplacement des habitants des cercles de Macina et de Niono vers le Sud ayant été relativement faible, soit respectivement 1,8% et 1%.

Les conflits intercommunautaires ont commencé pour la première fois à Koro entraînant le départ des plusieurs villages. C'est pourquoi le cercle de Koro a enregistré plus des personnes déplacées internes.

5) Selon la fréquentation scolaire :

98,0 % des personnes déplacées internes des régions du Centre étaient non scolarisés.

Les raisons principales de non fréquentation des écoles avant même le déplacement sont : la distance par rapport au lieu de vie et le manque d'importance surtout dans certains milieux ethniques.

6) Selon les types de pathologies :

Dans notre étude 31,0 % des personnes déplacées internes des régions du Centre avaient des problèmes de santé.

L'ulcère gastroduodéal dominait avec plus de 32,25 % suivi de l'hypertension artérielle avec 12,8%.

7) Selon la consommation :

Plus de 25,25 % des personnes déplacées internes des régions du centre étaient consommateurs de tabac.

Dans notre étude 20,2 % avaient affirmé que leur consommation de tabac a beaucoup augmenté tandis que 68,8% ne fumaient pas. Cette augmentation serait due aux violences qu'ils ont subies, du stress et leur situation quasi intenable dans les sites d'accueils.

8) Selon la souffrance après le départ :

Plus de 98,0 des personnes déplacées internes ont affirmé avoir beaucoup souffert après leur départ.

Ces conditions difficiles sont une réalité pratique pour une population déplacée sans repères avec une difficile insertion socio-économique dans un pays où l'assistance de l'état fait défaut.

9) Selon l'accès au personnel de santé :

68,5% des personnes déplacées internes n'avaient pas ressenti le besoin d'accéder à un personnel médical alors que 31,2% avaient un problème de moyens.

47% des personnes déplacées internes ont déclaré avoir des difficultés d'accès aux soins dans le rapport du profilage des personnes déplacées internes de **UNRHC au Burkina Faso [34]**.

L'assistance de l'état et des ONG tarde le plus souvent ou ne touche pas en majorité les personnes déplacées internes.

10) Selon le choix de Bamako :

Les personnes déplacées internes dans leur majorité soient 82,8 % avaient choisi Bamako pour s'éloigner du problème.

11) Selon la perte des biens :

Dans notre enquête au moins 22,5% des personnes déplacées internes avaient perdu des biens suite à leur départ.

Dans le rapport du profilage des personnes déplacées internes de l'organisation internationale des migrants au Burkina Faso, ce résultat était inférieur soit 5% [32].

12) Selon l'accès aux latrines :

Près de la moitié des personnes déplacées internes soit 48,0 % avaient accès aux douches des écoles alors que 28,0% faisaient recours aux latrines chez les voisins et 24,0% utilisaient les anciennes maisons non couvertes.

Dans une enquête précédente de **NRC**, 96,44% des ménages avaient accès à des latrines privées dans leur concession / logement et / ou à des latrines communes, la même enquête montrait que 96,95% des ménages avaient des douches dans leur concession [35].

Plus de 77% des personnes déplacées internes n'avaient pas accès à des latrines fonctionnelles. Parmi les ménages n'ayant pas accès à des latrines, l'immense majorité (96%) déféquaient en plein air, (4%) utilisaient les latrines des voisins) selon le Rapport de **l'OIM** au Burkina Faso [32].

Cela est du fait que Bamako est une grande ville et qu'il y a toutes les toutes les commodités par rapport à ceux du Burkina Faso qui étaient en brousse.

13) Selon la présence de source d'eau :

Dans notre étude 93,0 % des personnes déplacées internes utilisaient l'eau de puits.

Malgré les risques en matière de santé sont importants 100% des personnes déplacées internes ne traitaient pas l'eau avant de la consommer.

Le rapport de **NRC** a trouvé un nombre inférieur soit 11,45% [35].

Dans le rapport du profilage des personnes déplacées internes de **l'OIM** au Burkina Faso, plus de 82% des personnes déplacées internes s'approvisionnaient

en eau de rivière ou des cours d'eau à proximité des logements ou forage pour 7% [32].

14) Selon les abris :

Dans notre étude 47,0% des personnes déplacées internes s'abritaient dans les cases contre 45,0% dans les hangars.

Les résultats des enquêtes de **NRC** ont montré trois types d'abris dans Bamako dont la concession prédomine 66,41% des Personnes déplacées internes étaient en location tandis que 17,56% étaient pris en charge par les familles d'accueil. Une petite partie soit 9,16 % était en colocation [35].

Près de 79% des ménages déplacés vivaient dans une maison ou un appartement. 8% dormaient sous tente, 5% dans un abri de fortune fait de paille ou tôle, tandis que 7% n'avaient pas d'abri et dormaient à dehors selon le rapport du profilage des personnes déplacées internes de **P'OIM** au Burkina Faso [32].

Les résultats de l'enquête de **P'UNHCR** indiquaient que 47% des ménages déplacés habitaient dans des maisons de location contre 45% qui ont été accueillis dans des familles [34].

15) Selon la prise en charge du traitement :

Près de la totalité des personnes déplacées internes prenaient leur traitement en charge soit 97,0% dans notre étude.

16) Selon la prise en charge alimentaire :

70,25% des déplacés internes du centre à Bamako prenaient leur alimentation en charge alors 27,25% étaient pris en charge par les associations ou ONG.

17) Selon l'accueil :

66,25% des personnes déplacées internes du centre à Bamako n'ont pas été accueillies à leur arrivée alors que 25% étaient accueillies par les associations.

18) Selon la période du départ :

51% des personnes déplacées internes du centre ont quitté en 2019 leur lieu d'origine pour Bamako alors que 26,25% ont quitté en 2018 et 22,75% en 2020.

VII-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1-CONCLUSION

Au terme de notre étude, nous dirons que la situation des personnes déplacées internes à Bamako est un problème de santé publique.

Elle présente une analyse succincte de la situation des ménages des personnes déplacées internes originaires des régions du centre et vivant depuis quelques mois dans les sites de vie des personnes déplacées internes à Bamako. Elle dresse aussi le portrait d'une population déplacée qui se trouve aujourd'hui sans revenu stable et dont les conditions de vie (alimentation, logement, santé, eau et assainissement) se sont largement détériorées.

Ce déplacement a concerné les personnes de deux sexes et tous les âges avec une prédominance féminine (54,5%) et un taux élevé de sujets jeunes (35,5% entre 38 et 48 ans). L'insécurité constitue la cause la plus importante de ce déplacement.

La totalité de la population déplacée vivait dans les sites d'accueil des personnes déplacées internes.

Quarante-sept pourcent (47,0 %) des personnes déplacées internes s'abritaient dans les cases, soit quarante-cinq pourcent (45,0%) dans les hangars.

Plus de (39,8%) des déplacés internes sont originaires du cercle de Koro, suivi de ceux du cercle de Bandiagara avec vingt-neuf pourcent (29,0%).

L'ulcère gastroduodéal représentait treize pourcent (13,0%) des problèmes de santé touchant la population déplacée.

2- RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes

1- Aux autorités politiques et administratives

- Mettre en place des mécanismes de préventions de conflits entre les populations civiles
- Renforcer et promouvoir la scolarisation des enfants et l'alphabétisation des adultes sur toute l'étendue du territoire national
- Renforcer les systèmes de promotions de la lutte contre la pauvreté
- Mettre en place un système d'assurance prenant en charge les soins de santé des personnes déplacées internes
- Assurer la protection des personnes déplacées internes et le respect du caractère civil et humanitaire des sites des personnes déplacées internes ou de tout autre lieu où se trouvent ces personnes déplacées internes.

2 - Aux personnels soignants

- Accompagner l'état pour la prise en charge des soins aux personnes déplacées internes
- Créer une chaîne de solidarité autour des déplacés.

3-Aux déplacés

- Assainir leur environnement et le cadre de vie pour prévenir beaucoup des maladies
- Respecter les conseils du personnel soignant et des ONG d'assistances
- Envisager de retourner ou de se délocaliser de leurs sites actuels (Bamako).

4- A la population

- Faciliter l'insertion socio-économique des personnes déplacées internes et des réfugiés
- Eviter de stigmatiser les personnes déplacées internes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] OIM (Organisation internationale des Migrants). Etat de la migration dans le monde 2013 : le bien être des migrants et le développement. Rapport 2013. En ligne : [http:// www.eunomad.org](http://www.eunomad.org). Consulté le 15 juin 2020.
- [2] La cimade (Service œcuménique d'entraide). Définitions d'un migrant et d'un réfugié. Solidarités internationales.
Enligne : [http://www.lacimade.org/fichepratiques/4507-Qu-est-ce-qu-un migrant--?](http://www.lacimade.org/fichepratiques/4507-Qu-est-ce-qu-un-migrant--?) Consulté le 15 juin 2020.
- [3] OCDE-Nations Unies/ DAES : Département des Affaires Economiques et Sociales. Les migrations internationales en chiffres 2013. En ligne : <http://www.oecd.org>. Consulté le 16 juin 2020.
- [4] Kaya B. Une Europe en évolution- les flux migratoires au 20e siècle. Strasbourg : Editions du Conseil de l'Europe. 2002 ;131P. Kaya B. [5] NOTE d'information de la banque mondiale sur les migrations et le développement, 2013. En ligne : <http://www.banquemonde.org>. Consulter le 15 juillet 2020.
- [6] Perspectives économiques en Afrique, 2012. En ligne : <http://www.oecd-ilibrary.org> ; Consulté le 10 juillet 2020.
- [7] Profile national de la migration au Mali 2009, MOISE Ballo. En ligne : <http://publications.iom.int>. Consulté le 15 juillet 2020.
- [8] Profile de migration au mali IRIN, 2006. En ligne : <http://www.merit.unu.edu>. Consulté le 13 juillet 2020.
- [9] La crise au mali sous l'angle de la migration, Blair 2013. En ligne : <http://www.iom.int> Consulté le 10 juillet 2020.
- [10] la migration au mali CSNU, 2012. En ligne : <http://www.iom.int> Consulté le 10 juillet 2020.
- [11] la crise au mali sous l'angle de la migration (PNUE, 2012). En ligne : <http://postconflict.unep.ch> Consulté le 11 JUILLET 2020.
- [12] En ligne : <http://www.wallyzone.net/grosseile/Index.php?page=20>. Consulter le 28 juin 2020.

- [13] **Dieleman M.** Migrants subsaharienne et VIH. Observatoire du sida et des sexualités 2008 ; p : 21-6.
- [14] **OMS.** Migration et tuberculose 2007. En ligne : <http://www.euro.who.int>. Consulter le 28 Mai 2020
- [15] **Fraisse P, Veziris N.** Tuberculose pulmonaire et infection tuberculeuse latente. Dans : Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF), rédacteur. La pneumologie fondée sur les preuves Editions 2013. SPLF ; 2014. P. 41-65
- [16] **DGS- Groupe** de travail « tuberculose et migrants ». Recommandations relatives à la lutte antituberculeuse chez les migrants en France : p 19.
- [17] **Sylvie RM.** Etude de l'adéquation du dépistage lors de la visite sanitaire de frontière des problèmes de santé chez les patients requérants d'asile. Thèse de médecine. UNIVERSITE DE GENEVE 2009 ; p : 52.
- [18] **Sharma S, Carballo M, Feld Jordan J, Janssen Harry LA.** Immigration and viral hepatitis. Journal of Hepatology 2015 ; VOLUME 63, p :515-522.
- [19] **Bollini P, Wanner P.** Santé reproductive des collectivités migrantes. Projet SFM (Swiss forum for migration and population studies): GENEVE; « cohésion sociale et pluralisme culturel » P: 116.
- [20] **Austin J, Guy S, Lee-Jones L, McGinn T, Schlecht J.** Reproductive Health: A Right for Refugees and Internally Displaced Persons. Reproductive Health Matters 2008; 16(31):10-21.
- [21] **Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M.** Migration and health in the European Union. 2011 : 3-13.
- [En ligne] http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/161560/e96458. Consulter le 10 juin 2020.
- [22] **DesMeules M, Gold J, McDermott S, Cao Z, Payne J, Lafrance B, Vissandjée B, Kliewer E, Mao Y.** Disparities in mortality patterns among Canadian immigrants and refugees, 1980 1998: results of a national cohort study. J Immigr Health. 2005; 7(4):221-32.

- [23] **Bodenmanna P, Ninaneb F, Pahud-Vermeulena B, Elodie Dorya, Monnatc M, Cornuz BJ, Masserey E.** Afflux des migrants. Bulletin des médecins suisses 2015 ;2015/ 5051 : 1881-3
- [24] **Moren A, Rigal J.** Populations réfugiées : Priorités sanitaires et conduits à tenir. Cahiers santé 1992; 2 :13-21.
- [25] **Médecins sans frontières.** Refugee Health An approach to emergency situations. Document MSF ; p : 42-101
- [26] **UNHCR.** Stratégie Programme pour l'Accès sur aux comestibles et à l'énergie (SAFE). Une stratégie du HCR pour le TCHAD 2015-2018. Résumé du document de la stratégie SAFE. 2015 : 1-14
- [27] **UNHCR.** Environnement. En ligne : <http://www.unhcr.fr>. Consulter le 10 juin 2020.
- [28] **Médecins Sans frontières.** Listes des kits de matériels disponibles. Document MSF
- [29] **OMS Genève.** Nouveau Kit Sanitaire d'Urgence 98. Document
- [30] **UNHCR.** Médicaments et fournitures médicales Politique et principes directeurs du HCR
2013 : 1-32. www.unhcr.org [en ligne] consulté le 01 Juin 2020
- [31] Mairie du district de Bamako. La ville de Bamako disponible www.bamako.ml/district-de-bamako [consulter le 15-10-20]
- [32] Rapport du profilage sur les déplacés internes, Région du Sahel de l'organisation internationale des migrants (OIM) NOVEMBRE 2018. En ligne : <http://www.humanitarianreponse.info> Consulter le 16 octobre 2020.
- [33] **Mlle. Mouk BENSILIMANE ?** problèmes et besoins sanitaires des migrants et des réfugiés. Thèse de médecine ; UNIVERSITE MOHAMMED V-RABAT ; 2016 ; p : 124

[34] profilage des personnes déplacées internes dans la commune de Djibo, province du Soum, Région du Sahel Octobre 2017 d'UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugee). En ligne : <http://www.unhcr.org> ; Consulté le 16 octobre 2020.

[35] Enquête sur les Conditions de vie et la Situation Abri des Personnes Déplacées Internes au Mali du conseil norvégiens des réfugiés (NRC) MARS 2013. En ligne : <http://www.humanitarianreponse.info> Consulter le 10 octobre 2020.

Annexes

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : DICKO

PRENOM : HAMADOUNE MAMOUDOU

TITRE DE LA THESE : PROBLEMES ET BESOINS SANITAIRES DES DEPLACES INTERNES DES REGIONS DU CENTRE DU MALI A BAMAKO

ANNEE : 2019-2020

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT BIBLIOTHEQUE : à la faculté de médecine de pharmacie et D'odontostomatologie

SECTEUR D'INTERET : SANTE PUBLIQUE, MEDECINE LEGALE.

RESUME :

Les déplacés internes sont des personnes qui sont forcées de fuir leur lieu d'origine, mais demeurent dans leur pays.

Il s'agissait d'une étude transversale prospective étalée sur un mois.

Nous avons interrogé quatre cent (400) personnes dans notre étude dont 54,5% des femmes et 45,5% des hommes dans le but d'évaluer les problèmes et les besoins sanitaires des personnes déplacées du centre à Bamako.

Les sujets jeunes dominaient avec 35,5% compris entre 30 et 39 ans.

Nous dirons que la situation des déplacés du centre à Bamako est précaire et est un problème de santé publique.

Les déplacés internes et les réfugiés forment un groupe de voyageurs particulièrement exposé du point de vue sanitaire. Ils font face à d'importantes difficultés concernant l'accès à leurs droits aux soins de santé.

C'est pourquoi la santé des déplacés internes doit être considérée comme un enjeu sanitaire mondial et les systèmes de santé doivent être prêts à affronter cette réalité.

Mots clés : Déplacés internes, problèmes sanitaires, besoins sanitaires.

FICHE D'ENQUETE

I. Situation sociodémographique

1. Numéro d'identification.....
2. Age
3. Sexe M/.../ F/.../
4. Provenance.....
5. Statut matrimonial ?
 - a. Marié
 - b. Célibataire.....
 - c. Divorcé
 - d. Veuve/Veuf
6. Avez-vous des enfants ?
 - a. OUI
 - b. NON
 - c. Si oui, le nombre
7. Niveau de scolarisation ?
 - a. Non scolarisé
 - b. A l'école coranique
 - c. Primaire
 - d. Collège
 - e. Secondaire
 - f. Supérieur
8. *Raisons de départ du milieu d'origine*
 - a. Sécuritaires
 - b. Préventives
 - c. Economiques
 - d. Recevoir de l'aide
 - e. Ecoles fermées
 - g. Autres

9. Quelle est la période de votre départ ?.....

II. Etat de santé antérieur :

10. Avez-vous des problèmes de santé connus ?

- a. Oui
- b. Non

Si oui quel type de maladie :

- a. Tension
- b. Diabète
- c. Asthme
- d. Drépanocytose
- e. Psychiatrique
- f. Autres à préciser.....

11. Traitements antérieurs

A. Suivez-vous un traitement pour la maladie

- a. Oui
- b. Non

Si oui, qui prenait en charge les frais ?

- a. Moi-même
- b. Parents
- c. Assurance
- d. ONG
- e. Assistance sociale

12. Habitudes alimentaires

- a. Consommation de tabac
- b. Consommation d'alcool
- c. Consommation de stupéfiants

III. Contexte et situation dans la capitale d'accueil :

13. Avez-vous augmenté votre consommation de tabac, d'alcool, de stupéfiants ?

- a. Oui beaucoup

- b. Oui un peu
- c. Non
- d. Ne fumait pas

14. A votre arrivée, est-ce que quelqu'un vous a accueilli à la gare ?

- a. Famille (Parents)
- b. Amis
- c. Services sociaux ou autres organismes
- d. Personne

15. Où logez-vous ?

- a. Chez des Parents
- b. Chez des amis
- c. Maison d'accueil
- d. Camp de réfugiés
- e. Dans votre propre logement
- f. Autre à préciser

16. Avez-vous souffert de la différence de mode de vie entre votre zone de départ et Bamako ?

- a. Pas du tout
- b. Un peu
- c. Beaucoup

IV. Situation sanitaire actuelle :

17. Actuellement, est-ce que vous vous sentez en bonne santé ?

- a. Oui tout à fait
- b. Oui un peu
- c. Non pas vraiment
- d. Non pas du tout
- e. Ne sait plus

18. Votre calendrier vaccinal est-il à jour ? (Pour les enfants n'ayant pas dépassés l'âge de vaccination selon le PEV)

- a. OUI
- b. NON

Si non, l'avez-vous signalé dans un centre de santé ou à un personnel de santé ?

- a. OUI
- b. NON

19. Avez-vous reçu des agents vaccinateurs ? (Pour les déplacés des camps de réfugiés)

- a. OUI
- b. NON

20. A votre arrivée avez-vous eu accès à un personnel médical ou un centre de santé ?

- a. Oui
- b. non

Si non pourquoi ?

- a. Problème de moyens
- b. Non disponibilité
- c. Ne ressent pas le besoin

21. Qui prend en charge vos frais médicaux ?

- a. Moi-même
- b. ONG
- c. Assurance
- d. Assistance sociale

22. Avez-vous rencontré un psychologue/psychiatre ?

- a. Oui
- b. Non

23. Qui vous donne à manger ?

- a. Famille d'accueil
- b. Moi-même
- c. ONG ou Assistance sociale

24. Pourquoi vous avez choisi Bamako ?
- a. Il y'a plus de sécurité
 - b. Pour vous éloigner du problème
 - c. Autres à préciser
25. Voulez-vous retourner dans votre village ?
- a. Si oui quand ?.....
 - b. Si non pourquoi ?.....
26. Avez-vous perdu des biens suite à votre départ ?
- a. OUI
 - b. NON
27. Accès aux douches
- a. Latrines / douche chez les voisins
 - b. Recours aux latrines/douches des écoles
 - c. Recours aux anciennes maisons non couvertes
28. Accès aux sources d'eau non potable
- a. Puits
 - b. Mares
 - c. Forages
29. Vous traitez l'eau avant de boire
- a. OUI
 - b. NON
30. Abris :
- a. Maison en banco
 - b. Maison en ciment
 - c. Hangar
 - d. Case
 - e. Autres à préciser.....

SERMENT D'HIPPOCRATE :

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !