

Ministère de l'Enseignement Supérieur et
de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



U.S.T.T-B

Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie



FMOS

Année universitaire 2020-2021

Thèse N° :..... /

THESE

**ETUDE DE LA MORBIDITE ET LE RECOURS
AUX SOINS CHEZ LA POPULATION
IMMIGREE MALIENNE DE LYON (FRANCE)**

Présenté et Soutenu publiquement le 29 /07/2021 devant le jury de la Faculté de Médecine
et d'Odontostomatologie

Par :

M. Moussadian KONATE

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Pr. Rokia SANOGO

Membre : Dr. Salia KEITA

Co-Directeur : Dr. Ogobara KODIO

Directeur : Pr. Hamadoun SANGHO

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020

ADMINISTRATION

DOYEN : Seydou DOUMBIA - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : Mme Mariam SYLLA - PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : Mr Monzon TRAORE- MAITRE-ASSISTANT

AGENT COMPTABLE : Mr Yaya CISSE – INSPECTEUR DU TRESOR

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Mr Yaya FOFANA | Hématologie |
| 2. Mr Mamadou L. TRAORE | Chirurgie Générale |
| 3. Mr Mamadou KOUMARE | Pharmacognosie |
| 4. Mr Ali Nouhoum DIALLO | Médecine interne |
| 5. Mr Aly GUINDO | Gastro-Entérologie |
| 6. Mr Mamadou M. KEITA | Pédiatrie |
| 7. Mr Siné BAYO | Anatomie-Pathologie-Histo-embryologie |
| 8. Mr Sidi Yaya SIMAGA | Santé Publique |
| 9. Mr Abdoulaye Ag RHALY | Médecine Interne |
| 10. Mr Boukassoum HAIDARA | Législation |
| 11. Mr Boubacar Sidiki CISSE | Toxicologie |
| 12. Mr Massa SANOGO | Chimie Analytique |
| 13. Mr Sambou SOUMARE | Chirurgie Générale |
| 14. Mr Abdou Alassane TOURE | Orthopédie - Traumatologie |
| 15. Mr Daouda DIALLO | Chimie Générale et Minérale |
| 16. Mr Issa TRAORE | Radiologie |
| 17. Mr Mamadou K. TOURE | Cardiologie |
| 18. Mme SY Assitan SOW | Gynéco-Obstétrique |
| 19. Mr Salif DIAKITE | Gynéco-Obstétrique |
| 20. Mr Abdourahamane S. MAIGA | Parasitologie |
| 21. Mr Abdel Karim KOUMARE | Chirurgie Générale |
| 22. Mr Amadou DIALLO | Zoologie - Biologie |
| 23. Mr Mamadou L. DIOMBANA | Stomatologie |
| 24. Mr Kalilou OUATTARA | Urologie |
| 25. Mr Amadou DOLO | Gynéco Obstétrique |
| 26. Mr Baba KOUMARE | Psychiatrie |
| 27. Mr Bouba DIARRA | Bactériologie |
| 28. Mr Bréhima KOUMARE | Bactériologie – Virologie |
| 29. Mr Toumani SIDIBE | Pédiatrie |
| 30. Mr Souleymane DIALLO | Pneumologie |
| 31. Mr Mr Bakoroba COULIBALY | Psychiatrie |
| 32. Mr Seydou DIAKITE | Cardiologie |
| 33. Mr Amadou TOURE | Histo-embryologie |
| 34. Mr Mahamane Kalilou MAIGA | Néphrologie |
| 35. Mr Filifing SISSOKO | Chirurgie générale |
| 36. Mr Djibril SANGARE | Chirurgie Générale |
| 37. Mr Somita KEITA | Dermato-Léprologie |
| 38. Mr Bougouzié SANOGO | Gastro-entérologie |
| 39. Mr Alhousseini Ag MOHAMED | O.R.L. |

40. Mme TRAORE J. THOMAS	Ophthalmologie
41. Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
42. Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
43. Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
44. Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
45. Mr Adama SANGARE	Orthopédie Traumatologie
46. Mr Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie
47. Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
48. Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
49. Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynécologie Obstétrique
50. Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
51. Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
52. Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
53. Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
54. Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
55. Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
56. Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
57. Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
58. Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
59. Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
60. Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
61. Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
62. Mr Souleymane TOGORA	Odontologie

LES ENSEIGNANTS DECEDES

Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Alou BA	Ophthalmologie (DCD)
Mr Bocar SALL (DCD)	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie (DCD)
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale (DCD)
Mr Moussa TRAORE	Neurologie (DCD)
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique (DCD)
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie (DCD)
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie (DCD)
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie (DCD)
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie (DCD)
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie – Traumatologie (DCD)
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL (DCD)
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco/Obstétrique (DCD)
Mr. Mady MACALOU	Orthopédie/ Traumatologie (DCD)
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale (DCD)
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie – Mycologie (DCD)
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Ibrahim ONGOIBA	Gynécologie Obstétrique (DCD)
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massambou SACKO	Santé Publique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
2. Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
3. Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
4. Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie – Réanimation
5. Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
6. Mr. Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
7. Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
8. Mr Samba Karim TIMBO	ORL et chirurgie cervico-faciale, Chef de D.E.R
9. Mr Aly TEMBELY	Urologie
10. Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
11. Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
12. Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
13. Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
14. Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
15. Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
2. Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie-Réanimation
3. Mr Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation
4. Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie-Réanimation
5. Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
6. Mr Lamine TRAORE	Ophthalmologie
7. Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie /Obstétrique
8. Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/ Obstétrique
9. Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie /Obstétrique
10. Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
11. Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie
12. Mr Honoré jean Gabriel BERTHE	Urologie
13. Mr Hamady TRAORE	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
14. Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
15. Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
16. Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
17. Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
18. Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
19. Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
20. Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
21. Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
22. Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
23. Mme Kadiatou SINGARE	ORL
24. Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
25. Mr Seydou TOGO	Chirurgie thoracique et Cardio-vasculaire
26. Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
27. Mme Fatoumata SYLLA	Ophthalmologie
28. Mr Tioukany THERA	Gynécologie

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
2. Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
3. Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
4. Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Viscérale ou générale
5. Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Viscérale ou générale
6. Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Viscérale ou générale
7. Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Viscérale ou générale
8. Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Viscérale ou générale
9. Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Viscérale ou générale
10. Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Viscérale ou générale
11. Mr Ibrahima SANKARE	Chirurgie thoracique et Cardiovasculaire
12. Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie thoracique
13. Mr Ahmed BA	Chirurgie dentaire
14. Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
15. Mr Issa AMADOU	Chirurgie pédiatrique
16. Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie pédiatrique
17. Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
18. Mr Siaka SOUMAORO	ORL
19. Mr Youssouf SIDIBE	ORL
20. Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
21. Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie Réanimation
22. Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
23. Mr Hammadoun DICKO	Anesthésie Réanimation
24. Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
25. Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
26. Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
27. Mr Abdoul Hamidou HALMEIMOUN	Anesthésie Réanimation
28. Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
29. Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
30. Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
31. Mr. Mahamadou COULIBALY	Anesthésie Réanimation
32. Mr abdoulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
33. Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
34. Mme Aïssatou SIMAGA	Ophtalmologie
35. Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
36. Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
37. Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
38. Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
39. Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
40. Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
41. Mr Bougadary COULIBALY	Prothèse Scellée
42. Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
43. Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
44. Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
45. Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
46. Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
47. Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
48. Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie traumatologie
49. Mr Layes TOURE	Orthopédie traumatologie
50. Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie traumatologie
51. Mr Louis TRAORE	Orthopédie traumatologie
52. Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

53. Mr Alphousseiny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
54. Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
55. Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
56. Mr Dramane Nafo CISSE	Urologie
57. Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
58. Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie
59. Mr Alkadri DIARRA	Urologie
60. Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie Obstétrique
61. Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie Obstétrique
62. Mme Aminata KOUMA	Gynécologie Obstétrique
63. Mr Mamadou SIMA	Gynécologie Obstétrique
64. Mr Seydou FANE	Gynécologie Obstétrique
65. Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie Obstétrique
66. Mr Ibrahima ousmane KANTE	Gynécologie Obstétrique
67. Mr Alassane TRAORE	Gynécologie Obstétrique
68. Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mme Lydia B. SITA	Stomatologie
----------------------	--------------

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
2. Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie Chef de DER
3. Mr Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie
4. Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie -Mycologie

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
2. Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
3. Mr Bakary MAIGA	Immunologie
4. Mme Safiatou NIARE	Parasitologie - Mycologie
5. Mr Karim TRAORE	Parasitologie-mycologie

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie - Mycologie
2. Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie
3. Mr Mamoudou MAIGA	Bactériologie-Virologie
4. Mme Aminata MAIGA	Bactériologie Virologie
5. Mme Djeneba Bocar FOFANA	Bactériologie Virologie
6. Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique
7. Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
8. Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
9. Mr Bourama COULIBALY	Anatomie pathologique
10. Mr Boubacar Sidiki DRAME	Biologie Médicale/Biochimie Clinique
11. Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
12. Mr Moussa FANE	Biologie, Santé Publique, Santé-Environnementale
13. Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
14. Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/ Génomique
15. Mr Nouhoum SAKO	Hématologie/Oncologie Cancérologie
16. Mme Mariam TRAORE	Pharmacologie
17. Mr Saidou BALAM	Immunologie
18. Mme Arhamatoulaye MAIGA	Biochimie
19. Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie

20. Mr Modibo SANGARE Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
 21. Mr Hama Adoulaye DIALLO Immunologie

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Harouna BAMBA Anatomie Pathologie
 2. Mr Moussa KEITA Entomologie Parasitologie
 3. Mr Yacouba FOFANA Hématologie
 4. Mr Diakalia Siaka BERTHE Hématologie
 5. Mme Assitan DIAKITE Biologie
 6. Mr Ibrahim KEITA Biologie Moléculaire

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Moussa Y. MAIGA Gastro-entérologie – Hépatologie
 2. Mr Adama Diaman KEITA Radiologie et Imagerie Médicale
 3. Mr Siaka SIDIBE Radiologie et Imagerie Médicale
 4. Mr Sounkalo DAO Maladies Infectieuses et Tropicales
 5. Mr. Daouda K. MINTA Maladies Infectieuses et Tropicales
 6. Mr Boubacar TOGO Pédiatrie
 7. Mr Saharé FONGORO Néphrologie
 8. Mr. Moussa T. DIARRA Gastro-entérologie – Hépatologie
 9. Mr Cheick Oumar GUINTO Neurologie
 10. Mr Ousmane FAYE Dermatologie
 11. Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA Neurologie
 12. Mr Yacouba TOLOBA Pneumo-Phtisiologie **Chef de DER**
 13. Mme Mariam SYLLA Pédiatrie
 14. Mme Fatoumata DICKO

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Abdel Kader TRAORE Médecine Interne
 2. Mme KAYA Assétou SOUCKO Médecine Interne
 3. Mr Abdoul Aziz DIAKITE Pédiatrie
 4. Mr Idrissa Ah. CISSE Rhumatologie
 5. Mr Mamadou B. DIARRA Cardiologie
 6. Mr Ilo Bella DIALL Cardiologie
 7. Mr Ichaka MENTA Cardiologie
 8. Mr Souleymane COULIBALY Cardiologie
 9. Mr Anselme KONATE Hépto Gastro-Entérologie
 10. Mr Souleymane COULIBALY Psychologie
 11. Mr Bah KEITA Pneumologie-Phtisiologie
 12. Mr Japhet Pobanou THERA Médecine Légale/Ophtalmologie
 13. Mr Mahamadou DIALLO Radiodiagnostic imagerie médicale
 14. Mr Adama Aguisa DICKO Dermatologie

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Mahamadoun GUINDO Radiologie et Imagerie Médicale
 2. Mr Salia COULIBALY Radiologie et Imagerie Médicale
 3. Mr Koniba DIABATE Radiothérapie
 4. Mr Adama DIAKITE Radiothérapie
 5. Mr Aphou Sallé KONE Radiothérapie
 6. Mr Mody Abdoulaye CAMARA Radiologie et Imagerie Médicale
 7. Mr Mamadou N'DIAYE Radiologie et Imagerie Médicale
 8. Mme Hawa DIARRA Radiologie et Imagerie Médicale
 9. Mr Issa CISSE Radiologie et Imagerie Médicale

10. Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
11. Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
12. Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
13. Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
14. Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
15. Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
16. Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
17. Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
18. Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
19. Mme Djenebou TRAORE	Médecine Interne
20. Mr Djibril SY	Médecine Interne
21. Mme Djénéba DIALLO	Néphrologie
22. Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
23. Mr Seydou SY	Néphrologie
24. Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
25. Mr Massama KONATE	Cardiologie
26. Mr Ibrahima SANGARE	Cardiologie
27. Mr Youssef CAMARA	Cardiologie
28. Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
29. Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
30. Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
31. Mme Coumba Adiaratou THIAM	Cardiologie
32. Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
33. Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
34. Mme Mariam SAKO	Cardiologie
35. Mr Hourouma SOW	Hépto-Gastro-entérologie
36. Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépto-Gastro-entérologie
37. Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépto-Gastro-entérologie
38. Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
39. Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies infectieuses et tropicales
40. Mr Yacouba CISSOKO	Maladies infectieuses et tropicales
41. Mr Garan DABO	Maladies infectieuses et tropicales
42. Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies infectieuses et tropicales
43. Mr Seydou HASSANE	Neurologie
44. Mr Guida LANDOURE	Neurologie
45. Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
46. Mr Mamadou A. C. CISSE	Médecine d'Urgence
47. Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
48. Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
49. Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
50. Mr Pakuy Pierre MOUNKORO	Psychiatrie
51. Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
52. Mr Siritio BERTHE	Dermatologie
53. Mme N'Diaye Hawa THIAM	Dermatologie
54. Mr Yamoussa KARABENTA	Dermatologie
55. Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
56. Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
57. Mme Djeneba KONATE	Pédiatrie
58. Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
59. Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
60. Mme Fatoumata Léonie DIAKITE	Pédiatrie
61. Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
62. Mme SOW Djénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies métaboliques et Nutrition

- | | |
|------------------------------|--------------------------------------|
| 63. Mr Djigui KEITA | Rhumatologie |
| 64. Mr Souleymane SIDIBE | Médecine de la Famille/Communautaire |
| 65. Mr Drissa Mansa SIDIBE | Médecine de la Famille/Communautaire |
| 66. Mr Salia KEITA | Médecine de la Famille/Communautaire |
| 67. Mr Issa Souleymane GOITA | Médecine de la Famille/Communautaire |

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|---------------------------|----------------------|
| 1. Mr Boubacari Ali TOURE | Hématologie Clinique |
|---------------------------|----------------------|

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

- | | |
|-----------------------|--|
| 1. Mr Seydou DOUMBIA | Epidémiologie |
| 2. Mr Hamadoun SANGHO | Santé Publique, Chef de D.E.R. |
| 3. Mr Samba DIOP | Anthropologie Médicale et Ethique en santé |

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|-----------------------------|-----------------------|
| 1. Mr Cheick Oumar BAGAYOKO | Informatique Médicale |
|-----------------------------|-----------------------|

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. Mr Hammadoun Aly SANGO | Santé Publique |
| 2. Mr Ousmane LY | Santé Publique |
| 3. Mr Ogobara KODIO | Santé Publique |
| 4. Mr Oumar THIÉRO | Biostatistique/Bioinformatique |
| 5. Mr Chieck Abou COULIBALY | Epidémiologie |
| 6. Mr Abdrahamane COULIBALY | Anthropologie médicale |
| 7. Mr Moctar TOUNKARA | Epidémiologie |
| 8. Mr Nouhoum TELLY | Epidémiologie |
| 9. Mme Lalla Fatouma TRAORE | Santé Publique |
| 10. Mr Sory Ibrahim DIAWARA | Epidémiologie |

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. Mr Seydou DIARRA | Anthropologie Médicale |
| 2. Mr Abdrahamane ANNE | Bibliothéconomie-Bibliographie |
| 3. Mr Mohamed Mounine TRAORE | Santé communautaire |
| 4. Mr Housseini DOLO | Epidémiologie |
| 5. Mr. Souleymane Sékou DIARRA | Epidémiologie |
| 6. Mr Yéya dit Sadio SARRO | Epidémiologie |
| 7. Mr Bassirou DIARRA | Recherche Opérationnelle |
| 8. Mme Fatoumata KONATE | Nutrition et Diététique |
| 9. Mr Bakary DIARRA | Santé publique |

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Mr Ousseynou DIAWARA | Parodontologie |
| 2. Mr Amsalah NIANG | Odonto Préventive et Sociale |
| 3. Mr Souleymane GUINDO | Gestion |
| 4. Mme MAIGA Fatoumata SOKONA | Hygiène du Milieu |
| 5. Mr Rouillah DIAKITE | Biophysique et Médecine Nucléaire |
| 6. Mr Alou DIARRA | Cardiologie |
| 7. Mme Assétou FOFANA | Maladies infectieuses |
| 8. Mr Abdoulaye KALLE | Gastroentérologie |
| 9. Mr Mamadou KAREMBE | Neurologie |
| 10. Mme Fatouma Sirifi GUINDO | Médecine de Famille |
| 11. Mr Alassane PEROU | Radiologie |

12. Mr Boubacar ZIBEIROU	Physique
13. Mr Boubakary Sidiki MAIGA	Chimie Organique
14. Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie
15. Mr Issa COULIBALY	Gestion
16. Mr Klétigui Casmir DEMBELE	Biochimie
17. Mr Souleymane SAWADOGO	Informatique
18. Mr Brahima DICKO	Médecine Légale
19. Mme Tenin KANOUTE	Pneumologie-Phtisiologie
20. Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
21. Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
22. Mme Aminata Hamar TRAORE	Endocrinologie
23. Mr Ibrahim NIENTAO	Endocrinologie
24. Mr Aboubacar Sidiki Tissé KANE	OCE
25. Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
26. Mr Benoit Y KOUMARE	Chimie Générale
27. Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
28. Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
29. Mr Baba Diallo	Epidémiologie
30. Mr Mamadou WELE	Biochimie
31. Mr Djibril Mamadou COULIBALY	Biochimie
32. Mr Tietie BISSAN	Biochimie
33. Mr Kassoum KAYENTA	Méthodologie de la recherche
34. Mr Babou BAH	Anatomie

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Lamine GAYE

Physiologie

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

JE RENDS GRACE A Allahou Soubhana Wattallah

DEDICACES

Louange à ALLAH le Tout Puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et de voir ce jour que j'attendais tant.

Je dédie ce travail

A mon père Moussa KONATE :

Père, grâce à ta sagesse et à ta qualité d'homme modèle, tu as cultivé en nous l'amour du travail bien fait, le sens de l'honneur, de la dignité de l'amour. Ce travail est le résultat de ton amour et de ton souci pour notre avenir. Que Dieu te donne encore longue vie.

A ma chère mère Satan SISSOKO :

Douce mère, tendre mère, courageuse et dévouée, tu as toujours su m'inculquer les règles de la bonne conduite. Les mots me manquent aujourd'hui pour t'exprimer toute ma gratitude pour tous les sacrifices que tu as enduré pour moi. Tes efforts ne resteront pas vains, ton fils unique trouvera son chemin et fera ta fierté Inchallah Saches que le mérite de ce travail te revient. Ta bonté envers les enfants d'autrui m'a été d'une grande utilité partout où je me suis rendu.

Puisse Allah me Permettre de te le rendre à tes souhaits. Reçoit ici ma profonde gratitude et reconnaissance. Qu'Allah t'accorde longue vie et une excellente santé auprès de nous.

Je t'aime.

A mon épouse Diaba DANSOKO :

Tu es merveilleuse comme épouse. Ce travail est le résultat de ton amour et de ton souci pour notre avenir. Tu n'as jamais manqué à ton devoir de me soutenir

aux bons comme et aux mauvais moment jours comme nuit et de me conseiller. Merci surtout pour ta patience et tout ce que tu fais et continu de faire pour moi. Aujourd'hui je réitère la volonté de t'être toujours fidèlement attachée. Puisse l'éternel nous unir chaque jour davantage. Que Dieu te bénisse et raffermisse notre union sacrée pour toute la vie.

A nos trios d'enfants HAMADYBA, MAMADOUBA, ET AISSATA

Votre venu en ce monde a inondé mon cœur de joie et de fierté. Que ce travail soit le testament de ma tendresse de mon affection particulièrement de ma dévotion pour vous.

Qu'Allah vous accorde santé, le bonheur dans la paix, la prospérité, le respect des valeurs humaines et morales Amen.

A mes très chers frères et amis Dr Sékou BOIGUILE, DR Moussa Kané DIAKITE et Dr Fodé KEITA : C'est une fierté pour moi de vous avoir comme frères oui plus que des amis vous êtes des frères que j'ai toujours rêvé d'avoir. En nous voyant le mot fraternité prend tout son sens. La confiance, l'assurance, le respect mutuel, l'entraide que nous avons entre nous est un don de l'éternel. Ce travail est le fruit de nos efforts conjugués. Je suis très fier de vous. Ce travail est aussi le vôtre. Que Dieu vous bénisse.

A mes mamans Sadio Konaté, Sidy DANSOKO :

Les mots me manquent pour vous dire ce que je ressens pour vous. Plus que des tantes vous avez toujours été des mères soucieuses et attentionnées pour moi. Que Dieu vous donne encore une longue vie car nous avons toujours besoins de vous.

A tous mes tontons et mes tantes : particulièrement **KAOU Hamadyba**, tonton Moussa Konaté Dit **Balladjigui**, tonton **Soungoutoumba SISSOKO**, tonton **Balla SISSOKO** . Je me réserve de citer tous les noms sous peine de ne pas oublier

quelqu'un. Votre optimisme, votre confiance, vos conseils ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Que le bon Dieu vous récompense

A mes cousins et cousines : Votre amour encouragement et soutien ne m'ont jamais fait défaut. Qu'Allah vous donne longue vie pour qu'on continue de partager ensemble ces moments de joie.

A mes aîné et mentor maîtres-assistants : Dr SISSOKO Sidi BOULA Dr COULIBALY Fatogoma Balla vos conseils, encouragement et soutien ne m'ont jamais fait défaut. Recevez ici mes chers maîtres ma profonde reconnaissance.

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, la tâche me revient en ce jour de remercier très sincèrement toutes les personnes de bonne volonté qui de loin ou de près ont contribué à la réalisation de ce travail. Je ne saurai jamais énumérer de façon exhaustive les parents, les amis (es), les connaissances, les collègues et les maîtres qui m'ont apporté leurs soutiens moraux, matériels et scientifiques tout au long de mon parcours scolaire et universitaire. Qu'ils trouvent ici, l'expression de ma profonde gratitude.

À Tous ceux qui auront croisé mon chemin et partagé avec moi les moments de galère mais aussi de joie et de bonheur tout au long de ce parcours.

A tout le corps professoral ainsi que tout le personnel du décanat de la Faculté de Médecine, et d'Odonto-Stomatologie de Bamako, surtout au STAFF du Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique merci pour l'encadrement exemplaire ;

A mes très chers aînés, amis et conseillers de Lyon Dr Sikou DANFAGA vice consul, Dr Mohamed AMARA sociologue Dr Karfala MAIGA, Dr Luc SIDIBE, Mr Kalilou BARRY ex président de l'AESMALI, Mr Koundioun DEMBELE et Mlle Juliette COFFIN. Merci pour vos conseils, accompagnements et votre soutien inestimable.

Au consul général du Mali à Lyon son excellence Mr Lamine KEITA et à son vice Mr Sikou DANFAGA et Mr colonel GARANGO Souleymane pour leur accueil chaleureux ainsi qu'à tout le personnel du consulat ; mention spéciale à Mr Amadou MAIGA et Mr Bakara KOUYATE pour le service rendu, investis au quotidien auprès de la population immigrée Malienne en situation de besoin de service administratif.

A toutes celles et à tous ceux qui ont accepté de répondre à mes questions et de décrire leur situation et leur parcours de vie :

A mes cousins, cousines, oncles, tantes, aux membres du Collectif des Maliens de la Région Auvergne-Rhône-Alpes **CMRA** et de l'Association des Etudiants et Stagiaires Maliens de Lyon **AESMALY** ainsi que le comité des sages à travers les sages l'imam **NIANGADOU** Mahamadou, **BATHILY** Mahadi, **TRAORE** Babourama sans oublier le grand griot tonton **KANOUTE** Silatigui avec qui l'accès à ma population d'étude étaient un jeu d'enfant grâce à son réseau de connaissance.

A tous ceux que j'ai omis de citer ; J'ai sûrement oublié sur papier mais mon cœur, lui n'a rien oublié.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A Notre très chère Maître et Présidente du Jury

Professeur Rokia SANOGO

- **Docteur en Pharmacie PhD en Pharmacognosie**
- **Professeur Titulaire des Universités du CAMES**
- **Enseignante chercheuse de Pharmacognosie, Phytothérapie et Médecine Traditionnelle Coordinatrice de formation doctorale de l'Ecole Doctorale de l'USTTB**
- **Enseignement de la Médecine Traditionnelle en Médecine et Pharmacie des Universités de Ouagadougou Joseph Ki ZERBO (Burkina Faso), Abdou Moumouni de Niamey (Niger), Felix Houphouët BOIGNY.**
- **Chef de DER des Sciences Pharmaceutiques de la Faculté de Pharmacie**
- **Chef de Département Médecine Traditionnelle de l'INRSP ;**
- **Experte de l'Organisation Ouest Africaine de Santé (OOAS), espace CEDEAO, OAPI, de l'OMS, et OMPI**
- **Présidente du comité scientifique interne et membre du comité scientifique et technique de l'INRSP de 2013 à 2019 ;**
- **Lauréate du tableau d'honneur de l'Ordre National des Pharmaciens (CNOP) du Mali et lauréate du Caducée de la Recherche du SYNAPPO en 2009 et Membre de la commission scientifique de l'ordre des Pharmaciens du Mali ;**
- **Membre du comité technique spécialisé de Médecine et Pharmacie du CAMES pour l'évaluation des dossiers des enseignant chercheurs du CAMES depuis 2015 ;**
- **Lauréate du Prix Scientifique Kwame Nkrumah de l'Union Africaine pour les femmes scientifiques, édition 2016 ;**
- **Tableau d'honneur au 08 mars 2017 et SADIO 2017 pour la Science par le Ministère de la promotion de la femme et partenaires ;**

- **Membre du Comité de Pilotage du Réseau Francophone en Conseil Scientifique, 2017 ;**
- **Membre titulaire de l'Académie des Sciences du Mali, avril 2018 ;**
- **Membre du jury du concours d'agrégation du CAMES pour la Pharmacie en 2018 ;**
- **Experte du programme régional d'Afrique subsaharienne Oréal-UNESCO Pour les Femmes et la Science en 2019 ;**
- **Lauréate du Prix Next Einstein Forum (NEF) pour la meilleure femme en recherche en Pharmacie, Médecine et santé, édition 2019.**
- **Coordinatrice du PTR Pharmacopée et Médecine Traditionnelle Africaines du CAMES, 2019**
- **Membre de la commission scientifique d'évaluation des projets soumis dans le cadre de la lutte contre la maladie à coronavirus (COVID-19), 21 mai 2020, Ministère en charge de recherche ;**
- **Membre du comité régional d'experts de l'OMS sur la médecine traditionnelle dans la riposte contre la covid-19, juillet 2020.**

Honorable maître,

Nous tombons en admiration devant la bonté de votre cœur et vos qualités humaines à nulle pareille. L'éminent chercheuse, votre qualité intellectuelle, votre capacité pédagogique, vos compétences techniques, votre simplicité sans limite, votre franchise, votre humanisme et surtout votre souci permanent de formation font de vous un modèle de maître souhaité par tous. Encadreur d'une rareté étonnante, bien plus qu'un maître, vous êtes pour nous un exemple à imiter. En témoignage de notre reconnaissance infinie, nous vous prions cher maître d'accepter l'expression de notre sincère gratitude et notre profond attachement au lien sacré qui unit enseignant et enseigné.

Puisse le tout puissant vous accorder une longue et heureuse vie.

A Notre Maître et Juge

Docteur Salia KEITA

- **Diplômé d'étude spécialisée santé publique de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès Maroc de l'Université Sidi Mohamed ben Abdallah**
- **Master 2 en action de Santé Publique à l'Université Claude BERNARD Lyon 1 en France,**
- **Maitre-assistant à l'USTTB département de Santé Publique.**

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre humanisme, votre simplicité et votre grande culture font de vous un maître admiré de tous. Recevez cher Maître nos sentiments de profonde reconnaissance.

A Notre Maître et Co-Directeur de Thèse

Docteur Ogobara KODIO

- **Maître assistant en Santé Publique à la FMOS ;**
- **Spécialiste en ethnomédecine et ethnopsychiatrie ;**
- **Spécialiste en médiation ethno clinique ;**
- **Membre de la société malienne de Santé Publique ;**
- **Spécialiste de psychiatrie générale et option Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ;**
- **Diplôme d'État d'infirmier.**

Cher maître,

Nous tenons à vous dire toute notre reconnaissance pour avoir accepté de Co-diriger ce travail pour lequel vous avez été d'un apport capital malgré vos multiples occupations. Nous vous avons apprécié dès le premier contact. Nous garderons de vous l'image d'un homme de science et d'un enseignant soucieux de la formation de ses étudiants. Votre rigueur scientifique, votre amour pour le travail bien fait, votre disponibilité constante et surtout votre honnêteté font de vous un maître respecté et un exemple à suivre. Plus qu'un maître, vous êtes pour nous un aîné. Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire et surtout de votre savoir-faire. Recevez ici, notre profonde gratitude, Que la sagesse de l'Eternel pèse sur votre parcours et vous accorde une longue et brillante carrière

Puisse Allah le miséricordieux vous assister dans vos entreprises.

A Notre Cher Maître et Directeur de Thèse

Professeur Hamadoun SANGHO

- **Professeur titulaire de santé publique à la faculté de Médecine et d’Odontostomatologie (FMOS).**
- **Directeur général du Centre de Recherche, d’Etudes et de Documentation pour la Survie de l’enfant (CREDOS).**
- **Chef du Département d’enseignement et de Recherche en Santé Publique (DERSP) de la Faculté de Médecine et d’Odontostomatologie (FMOS)**
- **Chevalier de l’Ordre National.**

Cher maître,

Vous nous avez fait l’insigne honneur de nous confier ce travail et en suivre l’élaboration avec une grande rigueur scientifique. Votre générosité à transmettre vos connaissances, témoigne de votre engagement à faire de nous des pôles d’excellence en Afrique et dans le monde. Chercheur de renommée internationale, votre probité morale, votre simplicité, votre grande ouverture, votre immense savoir joints à votre enthousiasme font de vous une référence dans le monde de la recherche scientifique et une fierté légendaire dans l’art médical. Vos grandes qualités humaines, scientifiques et de pédagogue hors pair forcent admiration et respect. Je vous remercie de m’avoir poussée vers ce sujet quelque peu atypique. Merci de votre accompagnement et de votre investissement tout au long de celui-ci. Nous vous prions d’accepter cher maître, l’expression de nos sincères remerciements et de notre gratitude éternelle.

Soyez rassuré de notre sincère et éternelle reconnaissance et dévouement.

Que Dieu dans miséricorde infinie vous assiste encore longtemps au service et au secours de vos semblables... Amen !

SIGLES ET ABBREVIATIONS

Sigles et abréviations

AESMALY	:	Association des Etudiants et Stagiaires Maliens de Lyon.
CASO	:	Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CIM	:	Classification Internationale des Maladies
CMRA	:	Collectif des Maliens de la Région Auvergne-Rhône-Alpes
CMU	:	Couverture Maladie Universelle dite de base
CMU-C	:	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
COMEDE	:	Comité Médical des Exilés
EPICES	:	Indicateur de l'Evaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé
ESST	:	Encéphalopathies Subaiguës Spongiformes Transmissibles Humaines
FMOS	:	Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
HCL	:	Hospices Civils de Lyon
HLM	:	Habitation à loyer modéré
INSEE	:	Institut National de la Statistiques et des Etudes Economique
MdM	:	Médecins du Monde
ODSE	:	Observatoire du droit à la santé des étrangers
Ofpra	:	Office français de protection des réfugiés et apatrides
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
SDF	:	Sans Domicile Fixe
SPSS	:	Statistical Package for Social Science
TA	:	Taux d'Attaque
TIAC	:	Toxi-Infections Alimentaire Collectives
UNESCO	:	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Liste des tableaux

Tableau I : Implantation géographique des ressortissant étrangers adultes dans Rhône au 31 juillet 2008.....	13
Tableau II : Les 15 nationalités étrangères les plus représentées dans le Rhône	14
Tableau III : Répartition des sujets selon le statut matrimonial.....	37
Tableau IV : Répartition des sujets selon la résidence	39
Tableau V : Répartition des sujets selon leurs situations sur le sol Français	41
Tableau VI : Répartition des sujets selon le secteur d'emploi	44
Tableau VII : Répartition des sujets selon les structures de santé fréquentées.....	50
Tableau VIII : Répartition des sujets selon la satisfaction de leur dernière expérience aux urgences.....	51
Tableau IX : Répartition des sujets selon leur couverture santé.	51
Tableau X : Répartition des sujets selon la présence d'antécédent médical personnel.....	53
Tableau XI : Répartition des sujets selon les pathologies	54
Tableau XII : Répartition des sujets selon le type d'accident	55
Tableau XIII : Répartition des sujets selon la maladie en cause d'hospitalisation	57
Tableau XIV : Répartition des sujets selon le niveau de satisfaction de leur état de santé.....	57
Tableau XV : Répartition selon les difficultés d'accès aux soins	58
Tableau XVI : Raisons évoquées par les sujets qui ont renoncé aux soins ces 6 derniers mois.....	59
Tableau XVII : Répartition selon le temps écoulé entre l'apparition de la maladie et la consultation.	60
Tableau XVIII : Association de l'état vaccinal et la situation sur le sol Français	62
Tableau XIX : Association de l'état vaccinal et le niveau de scolarisation	62
Tableau XX : Association du renoncement aux soins et la situation sur le sol Français	63
Tableau XXI : Association du renoncement aux soins et le niveau d'étude.....	63
Tableau XXII : Association des raisons du renoncement aux soins et le sexe	64

Tableau XXIII : Association du traitement pris par les renoncés aux soins et la situation sur le sol Français..... 64

Tableau XXIV : Association du traitement reçu par les renoncés aux soins et le niveau d'étude..... 65

Tableau XXV : Association le suivi par un médecin traitant et la situation matrimoniale..... 65

Tableau XXVI : Association du complémentaire santé et la situation sur le sol français. 66

Tableau XXVII : Association des difficultés d'accès aux soins et le sexe. 66

Tableau XXVIII : Association le sexe et la relation avec les communautés maliennes. 66

Tableau XXIX : Association le sexe et la relation avec les communautés étrangères..... 68

Tableau XXX : Association l'âge et la relation avec les communautés maliennes. 68

Tableau XXXII : Association entre la situation sur le sol français et la relation avec les communautés maliennes. 68

LISTE DES FIGURES

Liste des figures

Figure 1 : Panorama du centre-ville de Lyon, depuis la basilique Notre-Dame de Fourvière.	25
Figure 2 : Répartition des sujets selon le sexe	37
Figure 3 : Répartition des sujets selon la tranche d'âge	38
Figure 4 : Répartition des sujets selon le logement.....	40
Figure 5 : Répartition des sujets selon le nombre cohabitant avec la personne.	41
Figure 6 : Répartition des sujets selon la durée de séjour dans la métropole.....	42
Figure 7 : Répartition des sujets selon le niveau d'étude	43
Figure 8 : Répartition des sujets selon leur état vaccinal	44
Figure 9 : Répartition des sujets selon leur connaissance du lieu de vaccination.	45
Figure 10 : Répartition des sujets selon leur niveau d'appréciation d'accès aux soins.....	45
Figure 11 : Répartition des sujets selon une notion de maladie durant les 6 derniers mois....	46
Figure 12 : Les moyens de recours aux soins.....	46
Figure 13 : Répartition des sujets selon leur suivi par un médecin traitant.	47
Figure 14 : Répartition des sujets selon la déclaration du médecin traitant à la sécurité sociale.....	47
Figure 15 : Répartition des sujets selon le nombre de consultation pendant ces 6 derniers mois.....	48
Figure 16 : Répartition des sujets selon les modalités d'accès aux soins.	49
Figure 17 : Répartition des sujets selon la consultation aux urgences durant ces 6 derniers mois.....	50
Figure 18 : Répartition des sujets selon la présence d'antécédent médical personnel.	52
Figure 19 : Répartition des sujets selon l'accidents dans les 6 derniers mois.....	55
Figure 20 : Répartition des sujets selon l'hospitalisation durant ces 6 derniers mois.....	56
Figure 21 : Répartition des sujets selon le renoncement aux soins dans les 6 derniers mois. .	59
Figure 22 : Avez-vous des liens sociaux avec la communauté malienne	60
Figure 23 : Avez-vous des liens sociaux avec les autres communautés étrangères.	61

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	5
2.1. Objectif général	5
2.2. Objectifs spécifiques de l'étude.....	5
III. GENERALITES	7
3.1. Revue de la littérature.....	7
3.2. Statut migratoire des immigrés en France	11
3.3. Contexte socio démographique des immigrés lyonnais	12
3.4. Contexte socio-économique et sanitaires	14
3.5. Etat de santé des immigrés de France.....	17
3.6. Système de protection sociale élargi dans une ambition d'universalité de l'accès aux soins	17
3.7. Droit à la santé et à une couverture maladie en France	18
3.8. Quelques termes et leurs définitions.....	19
IV. METHODOLOGIE.....	25
4.1. Cadre de l'étude.....	25
4.2. Période d'étude	27
4.3. Type d'étude	27
4.4. Population d'étude.....	27
4.5. Echantillonnage	31
4.6. Méthode de recueil des données	32
4.7. Saisie des données	34
4.8. Plan d'analyse.....	34
4.9. Considération éthique	35
4.10. Ressources : humaines-matérielles-financières	35
4.11. Logistique	35

V. RESULTATS	37
5.1. Profil sociodémographique.....	37
5.2. Itinéraire thérapeutique.....	44
5.3. Pathologies/motifs de consultation.....	52
5.4. Difficultés d'accès aux soins	58
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	68
6.1. Limite de l'étude.....	68
6.2. Profils sociodémographiques.....	69
6.3. Itinéraire thérapeutique (parcours de soins) des immigrants maliens.	73
6.4. Détermination de la fréquence des maladies couramment rencontrées dans la population immigrante malienne.....	75
6.5. Identification des contraintes liées à l'accès aux soins des immigrants Maliens.....	76
6.6. Identification des facteurs associés à la morbidité des immigrants maliens.	80
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	83
Conclusion.....	83
Recommandations	85
REFERENCES.....	88
ANNEXES	96
FICHE SIGNALETIQUE.....	97
Résumé	97
Fiche d'enquête	103
Encadré 1 : Testes nationaux et internationaux	119
Encadré 2 : Textes de référence du système de protection social français.....	120
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	121

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

La migration est une rupture biographique souvent accompagnée de conditions de Vie dégradée. D'après l'UNESCO « La migration n'est pas qu'un simple acte de passage de frontières, mais plutôt un long processus qui affecte les vies des personnes impliquées. » (1).

De même de par son histoire et sa culture, le Mali a longtemps été caractérisé par la grande mobilité de sa population, le brassage et l'intégration de cette population est l'héritage d'un passé culturel caractérisé par la présence des grands empires et royaumes. De plus la migration apparaît comme une stratégie de lutte contre la pauvreté si l'on s'en réfère aux caractéristiques de certaines zones de départ et d'arrivée (2).

Aujourd'hui, il est difficile d'évaluer le nombre exact d'immigrés maliens vivant en France tant pour les autorités de Bamako que celle de Paris. Les autorités maliennes estiment à 4 millions leurs ressortissants de l'extérieur, dont 500 000 en Europe (2). Ainsi pour le chiffre en France les estimations oscillent entre 80 000 et 120 000 personnes que le gouvernement malien nomme ressortissants de l'extérieur même si certaines d'entre elles n'ont jamais foulé le sol du territoire national. Quelque soit le mode du calcul (avec ou sans les sans-papiers, avec ou sans leurs enfants), les personnes originaires du Mali sont peu nombreuses en France tant par rapport à la population totale au Mali qu'à celle de la France (2% des ressortissants de l'extérieur et 1% des immigrés) (2).

Les migrants maliens tout au long de leur parcours de vie, font face à de nombreuses difficultés. La route migratoire vers l'Europe est semée d'embûches. Les conditions de vie, de travail et d'accès aux soins dans le pays d'accueil sont précaires et se dégradent continuellement.

L'OMS signale une pénurie d'information sur la population migrante ; en effet il n'existe pas de vision d'ensemble de la santé de cette population. Si les entraves au développement de ce champ sont en parties idéologiques, il y a lieu de souligner la difficulté de l'exercice. Il faut donc examiner de plus près les liens possibles entre états de santé et discriminations en particulier sur le plan socioprofessionnel : exploitation au travail, exercices illégaux, le manque de connaissance du jargon juridique et administratif [difficulté de prendre des rendez-vous méconnaissances des démarches] (3)

L'immigration d'Afrique subsaharienne, est récente et principalement issue des anciens pays francophones sous administration française. Si les premières immigrations africaines en France remontent 18^{ème} au siècle quand les premiers esclaves africains arrivent sur le territoire français, celle du 19^{ème} se sont accentuées avec les besoins de main d'œuvre de l'industrie française. Au 20^{ème} siècle avec l'enrôlement de tirailleurs dans l'armée française au cours des deux grandes guerres.(4) Après les indépendances, la France fait à nouveau appel à la main d'œuvre d'Afrique subsaharienne souvent dans des conditions administratives, sociales et sanitaires très difficiles. Le nombre d'Africains subsahariens en France va ainsi progressivement augmenter jusque dans les années 1970. Il s'agit alors principalement d'Africains (Mauritaniens, Sénégalais, Maliens) qui, au début peuvent aller et venir en France sans limitation (ni visa, ni permis de travail). Cependant avec l'avènement du durcissement de la politique migratoire en France. Les travailleurs ont été obligé à s'installer durablement (5). Depuis lors, la migration des Maliens vers la France s'est transformée : la migration circulaire de travail a fait place à une migration de peuplement. Ainsi, ils entrent par diverses voies dont celui du regroupement familial ou encore de façon irrégulière.

En 2016 selon une étude réalisée, sur les expatriés maliens vivant en France, ils seraient au nombre de 78 046 (2). D'après une autre étude de recensement réalisée en 2007 par (INSEE), la grande majorité vivaient en Ile-de-France et principalement en Seine-Saint-Denis, cependant de nombreuses familles s'installent désormais en province, 13 047 étrangers maliens vivent hors ménage, dont 96% dans les foyers de travailleurs. Ainsi selon les données OFPRA 2017, le Mali en 2016 se trouvait parmi les premiers pays d'Afrique subsaharienne à l'origine des demandes d'asile.(6)

En France, l'accès aux soins des migrants est conditionné par les politiques migratoires qui imposent des critères de nationalité, de régularité et de durée du séjour. Ainsi ; le statut migratoire impose la mise en place de processus de différenciation qui ont des impacts en termes de discriminations (5).

L'absence de droit au séjour des personnes malades est un facteur important de vulnérabilité sociale, mais aussi un facteur limitant l'accès aux soins. Ainsi l'accès au système de soin varie d'un accès entier à aucun accès du tout, preuve que cette population spécifique est plus vulnérable(7).

Ces résultats nécessitant des discussions approfondies justifient de s'intéresser de plus près à l'état de santé et le recours au soin des immigrés. Plus particulièrement celui des maliens de Lyon. Pour cela dans le souci de trouver des éléments de réponses claires et objectives à cette étude (1^{er} du genre sur les immigrés maliens de France) nous nous sommes donnés un objectif général accompagné de 5 objectifs spécifiques.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS DE L'ETUDE

2.1. Objectif général

Etudier la morbidité et le recours aux soins des immigrants Maliens de Lyon.

2.2. Objectifs spécifiques de l'étude

- Définir le profil sociodémographique des immigrants maliens.
- Déterminer la fréquence des maladies couramment rencontrées dans la population immigrante malienne à Lyon.
- Décrire l'itinéraire thérapeutique (parcours de soins) des immigrants maliens à Lyon.
- Identifier les facteurs associés à la morbidité des immigrants maliens à Lyon.
- Identifier les contraintes liées à l'accès aux soins des immigrants maliens.

GENERALITES

III. GENERALITES

3.1. Revue de la littérature

Dans la plupart des enquêtes de santé ici en France les données portant sur la santé des immigrés restent limitées en raison d'un manque d'information sur la nationalité et le pays de naissance. A cela s'ajoute certaines mesures législatives visant à protéger les groupes minoritaires rendent ainsi difficile la réalisation d'une étude de ce genre. Allant toujours dans ce sens, certains travaux ont montré, que la population immigrée présentait un état de santé et un recours aux soins fondamentalement différents de ceux de la population autochtone en raison, notamment, de phénomènes de sélection liés à la migration, à la situation économique des immigrés dans le pays d'accueil, d'une perte de lien social, de barrières informationnelles et ou d'une réponse différenciée des filières de soins (8). Cependant des récentes études françaises se sont enrichies d'informations permettant d'identifier les migrants (notamment le pays de naissance) et apportent des résultats contradictoires en suggérant un moins bon état de santé de la population immigrée, en termes de santé subjective et de déclaration des maladies chroniques. Le recours et de l'accès aux soins peut en être impactée, en particulier dans la période après l'arrivée en France. De ce fait les facteurs sociaux jouent un rôle central dans cette problématique de recours et de l'accès aux soins. Il paraît donc utile de pouvoir étudier des indicateurs de recours aux soins afin de pouvoir tenir compte de la migration et des changements s'opérant dans le contexte social et administratif des individus. (9)

Ainsi selon un rapport de 2018 de l'observatoire des médecins du monde (Mdm) ; 24 338 personnes ont été accueillies dans les centres d'accueil des soins et d'orientation (Caso) des Mdm., 96,6 % étaient des ressortissants étrangers, principalement originaires d'Afrique subsaharienne (45,1 %), du Maghreb (23,8 %). Etant particulièrement exposées à la précarité administrative et financière.

Près de 98,5 % d'entre eux vivent en dessous du seuil de pauvreté et 47,6 % n'ont déclaré aucune ressource pour vivre (10). Ainsi de nombreux travaux mettent en lumière des inégalités fortes de morbidité et de mortalité entre les catégories aisées et les plus pauvres ; ces études montrent que la précarité et la pauvreté retrouvées surtout chez les migrants sont des facteurs de mauvaise santé (11).

La régularisation des personnes atteintes de maladies chroniques en situation irrégulière apparaît, ainsi, comme un facteur facilitant l'accès et le maintien en soins (12). Au-delà de ces difficultés de rapport au corps engendre La précarité économique et la nécessité de faire face aux problèmes du quotidien entraînent des difficultés à se projeter dans l'avenir ; pourvoir aux besoins de base est souvent prioritaire par rapport à ceux liés à la santé. Une attention diminuée est accordée au corps et au souci de soi, ce qui se manifeste souvent chez les plus démunis par des renoncements aux soins et ou un recours tardif à ceux-ci entraînant ainsi un état avancé de la maladie et/ou une polypathologie, nécessitant alors un plateau technique de l'hôpital pour des soins lourds. Cet accès tardif aux soins peut s'expliquer aussi par un moindre recours à la prévention ou au dépistage, mais aussi par un suivi médical moins efficace en médecine de ville. En effet, les populations les plus pauvres vont moins souvent chez le médecin généraliste (7).

Ce qui équivaut à dire que ces personnes se dirigent vers d'autres structures de soins dont les centres d'accueil des soins et d'orientation (Caso) or, sur le plan de l'accès aux dispositifs de droits communs, la large majorité du public accueilli dans les Caso ne dispose pas de couverture maladie, sans oublier que seules 13,3 % de ces personnes en disposent (10).

Partant de là, les motifs de recours ainsi que les raisons de non accès aux soins méritent une attention particulière afin d'en décrire la fréquence mais aussi les facteurs y étant associés.

Les premières années après l'arrivée sont souvent synonymes d'isolement et de précarité. Les contextes de vie des immigrés au cours des premières années après l'arrivée ne sont en rien comparables à celles des immigrés qui sont en France depuis plus de 10 ans et qui ont souvent acquis une certaine sécurité (14). Les obstacles à l'accès et à la continuité des soins des immigrés, sont principalement liés à la méconnaissance des droits, à des difficultés administratives, à des barrières linguistiques et aux coûts des traitements, mais aussi à des discriminations du fait de leur situation ou de leur statut.

Des données récentes confirment que les immigrés (devenus français ou restés étrangers) sont globalement dans des situations socioéconomiques moins favorables que les Français de naissance (15) et sont plus exposés à des conditions de travail pénibles et contraignantes(16). Or, les risques de surexposition à des conditions de vie et de travail délétères pour la santé sont aggravés dans les périodes de situations administratives précaires : logement précaire ou vie dans la rue ; absence de ressources ou en dessous du seuil de pauvreté (17).

Les données recueillis par le Comité médical des Exilés (COMEDE) et dans les CASO de Médecins du Monde permettent d'appréhender de manière plus détaillée la santé des migrants en situation irrégulière, ainsi en 2010 selon une étude de l'observatoire de Médecins du Monde a retrouvé sur 44 % qui présentaient une affection chronique 0,43% des hommes maliens ayant fréquenté le COMEDE entre 2004 et 2010 avait une prévalence cardio-vasculaires (18).

Ainsi selon un autre rapport OMS santé Mali, les pathologies transmissibles sont responsables de 83% des années de vie perdues.et/ou un risque médical grave. (19).

De même l'observatoire de Médecins du Monde, avait trouvé que 70% des personnes sans autorisation de séjour ayant participé à une enquête en 2008 pouvaient légalement bénéficier d'une prise en charge dans les pays où elles vivaient. Mais, seuls 57% des personnes connaissaient les démarches à suivre. Parmi elles, seules 65% avaient effectivement engagé la procédure pour avoir accès aux soins. Ainsi en 2016 selon un nouveau rapport des médecins du monde plus de 46 % des patients reçus en consultation médicale dans les CASO présentaient un retard de recours aux soins. Les entraves à l'obtention d'une couverture maladie liées à la complexité des démarches, aux dysfonctionnements et à certaines pratiques abusives des administrations restaient la première cause de non-recours aux soins (20).

Les patients Maliens ne sont pas les plus nombreux dans les Centres d'Accueil de Soin et d'Orientation (CASO) car ceux-ci en situation irrégulière en France, représentent un groupe hétérogène de personnes dont l'état de santé est variable. Cette population est difficile à distinguer de celle possédant un titre de séjour dans le système de soins général. L'utilisation de papiers de proche, la possession d'une vraie carte vitale lorsqu'on travaille avec des faux papiers complexifie la catégorisation des personnes pour les études. Quoi qu'il en soit, la précarité administrative entraîne une précarité sanitaire raison de plus pour affirmer que l'état de santé dépend nécessairement de l'ensemble (conditions de vie, facteurs liés à la migration, période précédant le parcours, mais aussi et surtout des politiques du pays d'accueil) (21).

3.2. Statut migratoire des immigrés en France

Le « migrant » part émigrant (émigré) et arrive immigrant (immigré). En effet en quittant son pays d'origine, l'émigrant endosse ou subit une réalité sociale et psychologique dont les profils sont variables voire opposés. Globalement, trois grandes typologies sont mobilisées pour définir les personnes migrantes. La première, la plus courante, distingue les personnes étrangères en se basant sur le seul critère de nationalité. Ainsi, un étranger est une personne de nationalité étrangère. Le second niveau d'analyse définit un immigré selon deux critères : la nationalité et le lieu de naissance. Il permet de distinguer les immigrés étrangers (les individus nés étrangers à l'étranger), et de différencier parmi les Français, les Français de naissance et les Français naturalisés (les individus nés étrangers qui ont acquis la nationalité française). Trois catégories de population sont alors définies : les Français de naissance, les Français par naturalisation et les immigrés étrangers. Ainsi selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), un immigré « est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France ».

On différencie ensuite parmi les immigrés étrangers ceux qui sont en situation régulière (réfugié, travailleur, regroupement familial, étudiant, malade, etc.) et ceux qui sont en situation irrégulière. Ces derniers représenteraient 0,6% de la population française (environ 500 000 personnes si on fait une estimation notamment sur la base du nombre de bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État, réservée aux personnes en situation irrégulière).

Le statut de séjour est également fragile. Parmi les 40 000 immigrés d'Afrique subsaharienne ayant obtenu une autorisation de séjour en 2005, 37% avaient obtenu un titre de séjour temporaire (le plus souvent pour étudier ou dans le cadre d'une demande d'asile) et 63% un titre de séjour permanent d'au moins un an

(majoritairement dans le cadre du regroupement familial).(4)Au-delà de cela, il faut considérer les difficultés rencontrées pour bénéficier des droits existants, accéder aux services sociaux et médicaux et accéder à l'aide proposée par le monde associatif qui peut être variable d'un territoire à l'autre). Les conséquences de ces difficultés sont le report ou le renoncement aux soins qui peuvent avoir un impact significatif sur la morbi-mortalité des individus mais qui pourrait aussi contribuer à la diffusion de certaines maladies. (22)

3.3. Contexte socio démographique des immigrés lyonnais

Les données sociales sont fondamentales, car définissent en grande partie la position sociale de notre population d'étude, surtout les différentes caractéristiques et cela à travers un certain nombre d'information sur leur vie comme l'âge, le sexe, l'origine ethnique, l'expérience, la localité, commune de résidence ; types d'habitation, la situation matrimoniale, l'employabilité ainsi que le niveau d'éducation scolaire.

3.3.1. La répartition géographique de la population immigrée de Lyon

Rappelons que si la population lyonnaise dans son ensemble se caractérise par sa jeunesse, ce n'est pas le cas de la population immigrée qui apparaît plus âgée que la moyenne : « les plus jeunes sont peu nombreux puisque les immigrés ne naissent pas en France et que peu d'enfants ont été concernés par le regroupement familial, procédure plus souvent utilisée pour les conjoints. A savoir la population immigrée dans son ensemble est avant tout adulte avec une part forte parmi les 30-59 ans (55%), tranche qui correspond aux âges d'activité, d'où le taux d'actifs assez élevé, pour les moins de 15 ans ils sont les moins nombreux. (23):

Tableau I : Implantation géographique des ressortissant étrangers adultes dans Rhône au 31 juillet 2008.

<i>Implantation géographique des ressortissants étrangers adultes dans Rhône au 31 décembre 2008</i>				
Communes les plus représentées	Nombre de ressortissants étrangers adultes	%	Nombre de femmes	% femmes
Lyon	41 929	37,12%	19 346	46,1%
Villeurbanne	16 992	15,04%	7 469	44,0%
Vénissieux	9 981	8,83%	4 500	45,1%
Vaulx en Velin	9 068	8,02%	4 366	48,1%
Bron	5 129	4,54%	2 457	47,9%
Saint Priest	4 571	4,05%	2 118	46,3%
Villefranche sur Saône	3 976	3,52%	1 884	47,9%
Saint Fons	3 612	3,20%	1 605	44,4%
Rillieux la Pape	2 653	2,35%	1 303	49,1%
Givors	2 357	2,08%	1 123	47,6%
Meyzieu	2 214	1,96%	1 034	46,7%
Caluire et Cuire	1 823	1,61%	865	47,4%
Décines	1 704	1,51%	818	48,0%
Oullins	1 634	1,45%	775	47,4%
Pierre-Bénite	1 221	1,08%	566	46,4%
Ecully	1 140	1,00%	555	48,7%
Tarare	809	0,71%	392	48,5%
Saint Genis Laval	769	0,68%	403	52,4%
Sainte Foy les Lyon	696	0,61%	359	51,6%
Feyzin	678	0,60%	318	46,9%
Total	126 817	100%		

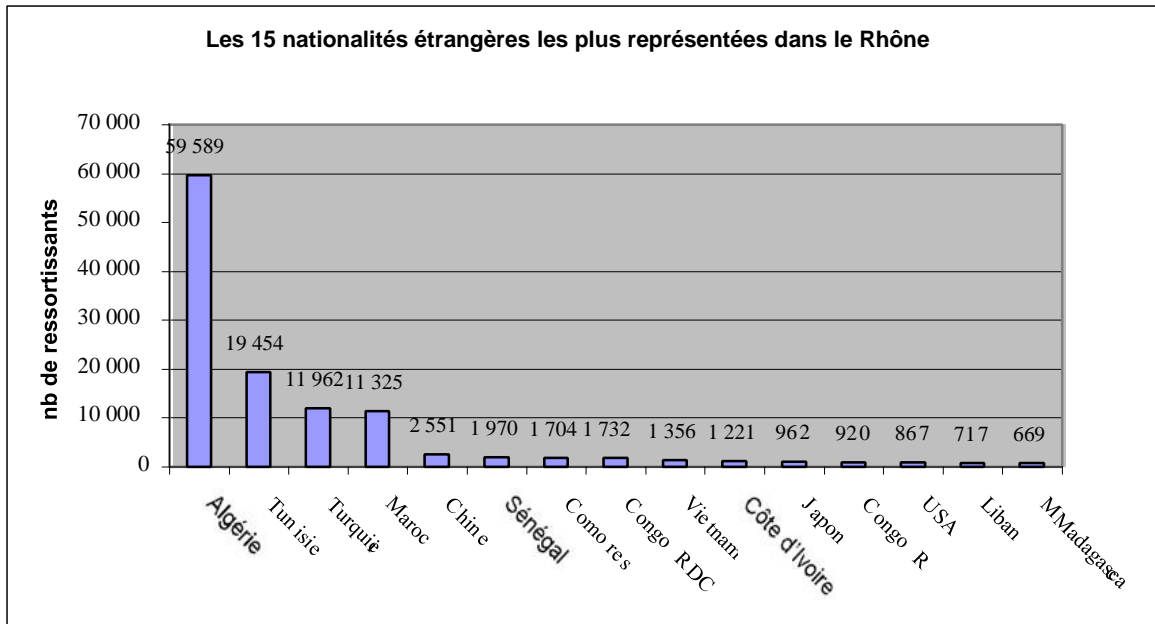


Tableau II : Les 15 nationalités étrangères les plus représentées dans le Rhône

3.4. Contexte socio-économique et sanitaires

3.4.1. Précarité et facteurs de vulnérabilités des immigrants de France

Même s'il faut éviter l'amalgame immigrants et précarité qui peut être faux pour une partie d'entre eux, il faut cependant reconnaître que les populations immigrées, et en particulier celles originaires d'Afrique Subsaharienne arrivées depuis peu de temps en France, sont plus exposées à la précarité et aux vulnérabilités sociales que la population majoritaire française. L'association européenne de santé publique (EUPHA), dans une récente déclaration, rappelle qu'il est délétère de caractériser dans leur ensemble les immigrants comme « un groupe vulnérable » car en le faisant on les stigmatise et on sous-estime leurs forces et leur capacité de résilience (EUPHA 2018). En termes de revenu d'abord, les données de l'Insee montrent que les revenus sont statistiquement plus faibles chez les immigrants vivant en France comparativement à la population générale. Par ailleurs, la répartition géographique des immigrants est variable à l'échelle du territoire. En effet, les immigrants subsahariens, qui représentaient 2% de la

population de 18 à 60 ans en France métropolitaine dans l'enquête Trajectoire et Origines (TeO), étaient 7% en Ile-de-France et jusqu'à 12% dans le département de la Seine-Saint-Denis. Il était estimé que les immigrés d'Afrique Subsahariens représentaient un tiers de la population des quartiers les plus pauvres, ce sur-risque de pauvreté persistant même après prise en compte de l'origine sociale et du niveau d'éducation.(24)

3.4.2. Répartition des zones de précarité au sein de la population immigrante du Grand Lyon.

Quatorze espaces de précarités conséquents apparaissent sur les dix-neuf communes de plus de 10 000 habitants du Grand Lyon. Près d'un ménage sur cinq est à bas revenus, soit 110 000 ménages. 24 300 jeunes de 15 à 24 ans sont inactifs ou au chômage, soit 12 % de leur tranche d'âge. Plus d'un quart des allocataires de la caisse d'allocation familiale « CAF » et leur famille (soit 58 600 familles) sont dépendants à plus de 50 % de ces allocations, 37% des ressortissants étrangers adultes résident à Lyon et 15% à Villeurbanne, ces deux communes regroupent donc à elles seules plus de la moitié de la population étrangère du Rhône. Viennent ensuite Vénissieux et Vaulx-en-Velin (8%), Bron Saint Priest (4%), et Villefranche sur Saône (3%)(25).

3.4.3. Caractéristiques des conditions de vie des immigrés lyonnais

Sur le plan de leurs conditions de vie, des zones de précarité sont ainsi définies : Ces espaces ont en commun d'être surtout concernés par la précarité monétaire. Les personnes en difficulté sont plutôt des familles monoparentales à bas revenus avec au moins deux enfants et des personnes seules qui cohabitent avec une population plus aisée surtout dans les 8e et 9e arrondissements de Lyon. A cela s'ajoute les communes de Bron, puis 6 autres communes dont : Rillieux-la-Pape, Vénissieux, Saint-Fons, Vaulx-en-Velin, Givors et Lyon (7e et 8e arrondissement).

À l'inverse des conditions précaires précédemment cités le 2^e, 3^e et 6^e arrondissements ont des populations plus aisées. En somme Les communes où les populations sont les plus précaires restent principalement celles de l'est et du sud lyonnais, en lien, entre autres, avec la forte concentration de logements sociaux que l'on y trouve. Les populations des communes de l'ouest lyonnais sont le moins touchées par la précarité sociale. Globalement, les communes où la population cumule toutes les formes de précarité sont Vaulx-en-Velin, Saint-Fons, Vénissieux et Givors, et dans une moindre mesure Rillieux-la-Pape (25).

Sur le plan relationnel le comportement du migrant africain de manière général reste différent selon les sentiments qu'il éprouve à son arrivé et surtout selon l'accueil et la résistance qu'offrent les nationaux par rapport à sa socialisation. En général plus dispersées à travers la ville ils ont cette possibilité d'hébergement en plein cœur de la ville, qui d'ailleurs répondaient aux désirs formulés par certains migrants tels que (étudiants, stagiaires travailleurs et autres intellectuels).

La structure de la ville étant faite de manière à permettre aux migrants de mener la vie à l'européenne dont ils rêvaient, ils y trouvaient des possibilités réelles de s'adapter, de ce fait même si les obstacles entre immigrés et nationaux demeuraient encore très nombreux, le principal d'entre eux étant d'ailleurs l'indifférence réciproque. Force est de reconnaître qu'on avait bien à faire à un monde africain au milieu du monde européen, le premier regardant vivre l'autre sans s'y mêler.

A Lyon, on fait comme si on était chez soi, bel exemple de solidité culturelle qui rend presque inaperçues les habitudes de ceux qui vous entourent : d'où nous parlerons de bel exemple d'acculturation et de cohésion sociale.

Sur le plan de l'emploi Les immigrés occupent principalement des emplois peu qualifiés dans l'industrie, le bâtiment et les travaux publics. Globalement, les

ressortissants africains se regroupent plus dans les grandes aires urbaines ils travaillent en grande majorité soit comme intérimaire dans les agences d'intérim en tant que agents d'entretiens, de sécurité, employés d'entreprise, soit en noir (travail non déclaré).

3.5. Etat de santé des immigrés de France

De meilleur, l'état de santé des immigrés est devenu en trente ans plus mauvais que celui des Français.(26) L'effet de sélection de la migration, selon lequel les populations récemment immigrées sont souvent en meilleure santé (« Healthy migrant effect »), est contrebalancé dans le temps par les effets délétères sur la santé, de la perte du réseau social, de situations sociales et professionnelles généralement défavorisées dans le pays d'accueil. Des difficultés de l'accès aux soins par l'adoption d'habitudes de vie moins favorables à la santé, mais aussi de l'évolution du profil des migrants (féminisation avec le regroupement familial, demandes d'asile, etc.).(27) De même s'il est difficile de résumer les immigrés à une population homogène, ils semblent plus exposés à un certain nombre de problèmes de santé comme la souffrance psychique, les maladies chroniques, la santé maternelle et infantile, certaines maladies génétiques comme la drépanocytose, la santé au travail et les maladies infectieuses et tropicale.(28)

3.6. Système de protection sociale élargi dans une ambition d'universalité de l'accès aux soins

L'accès aux soins des personnes résidant en France, qu'ils soient ou non issus de l'immigration est un droit fondamental affirmé et réaffirmé dans plusieurs textes nationaux et internationaux (voir annexe encadré1).

A ce titre l'accès aux soins regroupe la capacité à accéder et entrer dans ce système de soins, à y recevoir les soins et les services nécessités par l'état de santé et, si besoin, à maintenir un suivi au long cours. De même un bon recours implique la

maitrise du parcours de soins qui passe nécessairement par l'identification du besoin de soins, au processus de recherche diagnostique aux seins de l'espace thérapeutique jusqu'à la prescription médicale.(29)

3.7. Droit à la sante et a une couverture maladie en France

La Sécurité sociale a été mise en place en 1945 au lendemain de la seconde guerre mondiale sur la base du programme du Conseil national de la Résistance. Au même moment, des régimes d'assurance maladie complémentaires ont été créés.

La décision n° 93-325 DC du Conseil constitutionnel du 13 août 1993 précise que « les étrangers jouissent des droits à la protection sociale, dès lors qu'ils résident de manière stable et régulière sur le territoire français ».

Ainsi les personnes non couvertes par l'Assurance maladie devaient faire appel à une Aide Médicale Gratuite pour pouvoir se soigner (aide sociale reposant sur la délivrance de bons par les départements ou les mairies) ou assumer le coût de leurs soins.

Afin de réduire cet écart, la Couverture Maladie Universelle (CMU) a été mise en place en 1999. Elle représente une étape importante vers l'ambition d'universalité de la couverture maladie en l'ouvrant à toutes les personnes résidant de manière régulière et stable en France et non couvertes préalablement par l'AM. L'Aide Médicale d'État (AME) a été mise en place en 2000 pour permettre l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière résidant depuis plus de 3 mois sur le territoire français. Une réforme a été adoptée en 2004 par le Parlement en vue de sauvegarder le régime d'Assurance Maladie tout en préservant et en consolidant ses principes fondamentaux : l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité.

L'accès à une couverture maladie pour les étrangers en France dépend donc du statut administratif de la personne résidant en France. Si la personne est en

situation régulière en France, elle peut bénéficier de l'Assurance Maladie (AM) qui dépend soit du régime général de la Sécurité Sociale géré par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), soit du régime agricole, du régime social des indépendants, du régime étudiant, etc. Cette assurance procure une couverture maladie de base qui prend financièrement en charge une partie des soins. Le régime général assure quatre personnes sur cinq en France soit près de 57 millions de bénéficiaires et finance 75% des dépenses de santé. Le régime agricole couvre les exploitants et les salariés agricoles, soit plus de 3 millions de personnes. Il est géré par la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (MSA). Le régime social des indépendants (RSI) protège les artisans, commerçants, industriels et professions libérales. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) regroupe ces trois principaux régimes. Il existe également de nombreux autres régimes, dits "spéciaux". Ainsi, l'AM est la protection de droit commun accessible à une majorité des personnes installée en France (ce qui exclut les personnes de passage, même en cas d'urgence médico-chirurgicale), et pour les étrangers, seulement à ceux résidants de manière stable et régulière en France. L'ouverture du droit à l'AM donne lieu à la délivrance d'une notification papier, puis d'une carte Vitale sous réserve de l'obtention d'une immatriculation définitive. (Voir encadré 2 en annexes)

3.8. Quelques termes et leurs définitions

L'usage parfois indifférencié de ces termes tel que « immigrés, étrangers, demandeur d'asile, exilés, réfugiés, sans papiers ou encore « personnes d'origine étrangère », témoigne d'une certaine confusion dans l'ensemble de la société sur le statut des migrants en France d'où la nécessité de ces quelques définitions :

3.8.1. Immigré

Toute personne née étrangère à l'étranger et résidant en France.

3.8.2. Migrants

Toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né ou et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays [UNESCO]

3.8.3. Étranger

Personne résidant en France qui n'a pas la nationalité française.

3.8.4. Réfugié

Personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordés par l'Ofpra (Office français de protection des réfugiés et apatrides) ou la Commission des recours des réfugiés

3.8.5. Exilé

Personne contrainte de vivre hors de son pays d'origine, terme évoquant notamment les conséquences psychologiques des migrations forcées.

3.8.6. Sans-papiers ou clandestin

Etranger en séjour irrégulier, termes destinés par leurs utilisateurs à souligner le caractère légitime (attaches en France du « sans-papiers ») ou illégitime (situation irrégulière du « clandestin ») de la présence de la personne.

3.8.7. Un logement social ou HLM

Est un logement destiné, suite à une initiative publique ou privée, à des personnes à revenus modestes qui auraient des difficultés à se loger sur le marché privé.

3.8.8. Foyer

Établissement à caractère social ou local servant de lieu d'habitation ou de logement à certaines catégories de personnes.

3.8.9. Ménage

Ensemble des personnes partageant le même logement (hors collectivités), quels que soient les liens qui les unissent. Un ménage peut être composé d'une seule personne.

3.8.10. Demandeur d'asile

Personne n'ayant demandé le statut de réfugié au titre de la Convention de Genève de 1951.

3.8.11. Descendant d'immigré

Toute personne née en France ayant au moins un parent immigré.

3.8.12. Aide médical d'état (AME)

Aide sociale relevant de l'état qui couvre les étrangers en situation irrégulière présents depuis au moins trois mois sur le territoire français.

Conditions. Vous devez résider en France depuis plus de 3 mois. Vous ne devez pas avoir de titre de séjour, ni en avoir fait la demande. Vous devez percevoir des ressources ne dépassant pas certains plafonds.

3.8.13. Couverture maladie universelle de base

Aide financière au paiement d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé s'adressant aux personnes dont les revenus se situe entre le plafond de la CMU-C et ce même plafond majoré de 20%. La CMU complémentaire est accordée pour un an sous conditions de ressources : l'ensemble des ressources du foyer des 12 mois précédant la demande est pris en compte et ne doit pas dépasser un plafond.

3.8.14. Couverture maladie universelle complémentaire ou couverture santé solidaire CMU C

C'est une protection complémentaire santé gratuite aux demandeurs dont les ressources annuelles sont inférieures à un plafond fixé annuellement par décret et

dont le montant varie en fonction de la composition du foyer. La couverture maladie universelle complémentaire permet d'avoir le droit à une protection complémentaire santé gratuite. Conditions d'accès : -Résider en France de façon stable et régulière, depuis plus de trois mois. - Avoir des ressources inférieures à un plafond.

NB / La couverture maladie « de base » nécessite d'être complétée par une couverture maladie complémentaire (ou complémentaire santé) pour bénéficier d'une couverture financière suffisante des soins. La complémentaire santé est volontaire et à la charge de l'assuré, et/ou en partie de son employeur, et doit être souscrite auprès d'une mutuelle.

3.8.15. Pathologies à déclaration obligatoire

Rougeole, Rubéole ,variole, tétanos ,VIH ,tuberculose, hépatite A , et B , rage , peste, dengue, choléra , charbon, Zika, fièvre jaune, poliomyélite, Schistosomiase (Bilharziose) urogénitale autochtone, suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines (ESST),toxi-infections alimentaire collectives (TIAC), saturnisme(chez les mineurs), Botulisme, Brucellose, Tularémie ,légionellose, listérioses, Diphtérie, paludisme autochtone et fièvre typhoïdes et paratyphoïdes, les infection invasive à méningocoques, fièvres hémorragiques africaines, typhus exanthématique, Chi kungunya. Cette liste n'est pas exhaustive.

3.8.16. Le taux d'incidence :

Le nombre de nouveaux cas d'une pathologie observés pendant une période donnée.

3.8.17. Le taux d'attaque (TA)

Se définit comme un indicateur utilisé pour caractériser la morbidité d'une épidémie. Il peut se traduire par la vitesse d'accumulation de nouveaux cas : il correspond à un taux d'incidence cumulée.

3.8.18. Le taux de mortalité ou létalité :

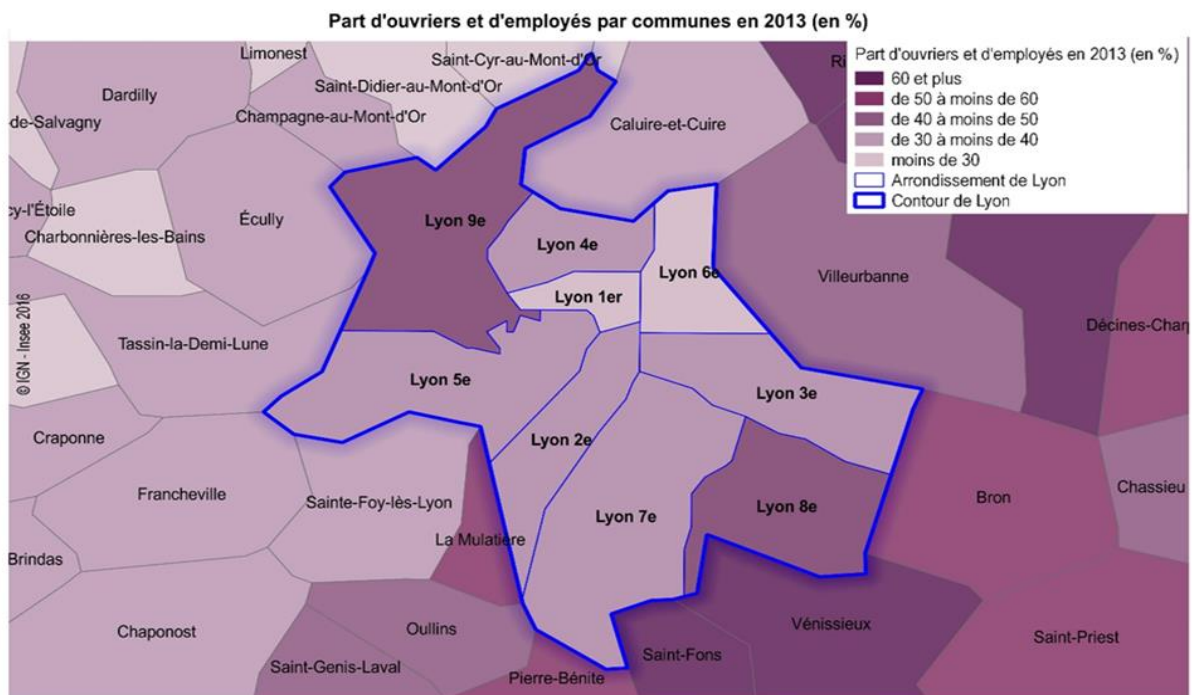
Le nombre de décès dus à une maladie rapportée au nombre de patients atteints par cette maladie. La létalité témoigne de la gravité de la maladie et de la proportion de décès liés à une maladie ou à une affection particulière, par rapport au nombre total de cas atteints par la maladie ou concernés par la condition particulière.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

4.1. Cadre de l'étude

Cette étude a été réalisée auprès des immigrants maliens de la métropole de Lyon dans la zone Auvergne Rhône Alpes.



Panorama du centre-ville de Lyon, depuis la basilique Notre-Dame de Fourvière

Figure 1 : Panorama du centre-ville de Lyon, depuis la basilique Notre-Dame de Fourvière.

4.1.1. Présentation de la ville de Lyon

Lyon est la troisième ville française à compter des arrondissements, au nombre de neuf (9). C'est également la 3^{ème} ville la plus peuplée de France avec une population de 516 092 habitants selon le dernier recensement en 2017 (30).

Située entre le Massif central à l'ouest et le Massif alpin à l'est, la ville de Lyon occupe une position stratégique dans la circulation nord-sud en Europe. Le Rhône et la Saône traversent la ville, en y pénétrant respectivement par l'est et par le nord.

Lyon possède un climat de type semi-continental à influences méditerranéennes dans lequel les précipitations sont plus importantes en été qu'en hiver. Il s'est progressivement recentrée sur les secteurs d'activité de techniques de pointe, telles que la pharmacie et les biotechnologies. C'est également la deuxième ville étudiante de France, avec quatre universités et plusieurs grandes écoles.

Lyon possède le 2^{ème} CHU de France regroupant les hospices civils de Lyon (HCL), qui regroupent 17 établissements hospitaliers. Ainsi, d'après une étude d'octobre 2009, la ville arrive en 1^{re} place des villes offrant la meilleure qualité de soin en France. Ils participent chaque année à la formation de plus de 1400 étudiants et plus de 700 internes, détenant une concentration supérieure à la moyenne nationale de médecins avec 11 généralistes et 18 spécialistes pour 10 000 habitants. Ces moyennes recouvrent néanmoins des disparités très importantes suivant les arrondissements.

Le quartier la part dieu situé dans le 3^{ème} arrondissement est le deuxième quartier d'affaires français, après la Défense avec 6 millions de touristes par an, Lyon est la deuxième ville touristique de France (31). La Bibliothèque municipale de Lyon organisée en réseau de 15 établissements est la plus grande Bibliothèque municipale de France. Elle contient 1,8 million de documents.

4.2. Période d'étude

Notre enquête s'est déroulée sur la période allant de février 2021 au mois d'Avril 2021 soit une durée de 3 mois.

4.3. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive, et analytique qui a été réalisée auprès des immigrants maliens de la métropole de Lyon.

4.4. Population d'étude

Le champ géographique de notre étude s'est porté sur la métropole de Lyon et à concerner tous les immigrants maliens (qui remplissaient nos critères d'inclusions). Nous avons eu a interrogé des ménages ordinaires maliens, c'est-à-dire les occupants d'une habitation privée ou publiques, Les ménages collectifs (personnes en institutions, foyers, centre d'accueils ...) ainsi que les personnes sans domicile fixe.

4.4.1. Caractéristiques de la population immigrants malienne de Lyon

Le consulat général du Mali à Lyon estimait à 700 le nombre d'immigrant résidant dans la métropole lyonnaise. Il faut préciser que ces chiffres avaient été donnés sur la base de l'élection du Président de la République de 2018 et, non seulement, ne prenaient pas en compte les nombreux maliens n'ont inscrits sur les listes électorales, mais aussi et surtout beaucoup de jeunes migrants maliens qui n'avaient pas encore l'âge de voter. De même L'INSEE estimait à 500 cette population malienne sans oublier de noter que ce chiffre non plus ne tenait pas compte des centaines de personnes en situation irrégulière qui échappent aux statistiques publiques ; en bref nous avons retenu dans le calcul de la taille de notre échantillon le chiffre du consulat.

Les 500 donné par L'INSEE étaient répartis comme suite « 37 de moins 15ans, 109 entre 15-24ans, 279 entre 25-54ans et 74 de plus de 55ans avec comme nombre de femme de 190 et nombre d'homme 310 repartis de part et d'autre à travers ses 59communes »(32).

La Communauté malienne vivant à Lyon comprend les catégories de personnes suivantes : Les maliens venus dans les années 1960, 1970 et 1980. Ces maliens sont maintenant à la retraite et vivent avec leurs familles à Lyon. Appelées sages ou doyens ces personnes ont même en leur sein deux (02) Imams. Les intellectuels maliens de Lyon sont les Etudiants et les personnes qui ont obtenu un emploi après leurs études. Ces Maliens en fin d'études qui travaillent ici sont employés dans plusieurs secteurs d'activité (enseignement supérieur, droit, expertise comptable, médecine, sociologie, architecture, informatique etc....).

Ils sont, également, à l'origine de la création du Collectif des Maliens de la Région Auvergne-Rhône-Alpes (CMRA) qui est une association de ressortissants Maliens. Les Etudiants Maliens sont nombreux dans la région de Lyon et sont représentés au sein de l'Association des Etudiants et Stagiaires Maliens de Lyon (AESMALY). Les ressortissants Maliens résident à Lyon pour des raisons professionnelles ou de mariage, ces Maliens vivaient ou travaillaient dans d'autres villes françaises, mais, suite à des opportunités d'emplois ou dans le cadre de suivre leur conjoint et/ou conjointe sont installées à Lyon maintenant. La dernière catégorie de maliens résidant à Lyon est constituée de jeunes migrants venus par la Méditerranée. Ils sont appelés jeunes mineurs et même ceux qui sont majeurs se disent mineurs pour bénéficier les avantages de l'Etat et des services sociaux français.

A ce niveau, il importe de rappeler que la ville de Lyon connaît une augmentation exceptionnelle de l'afflux des jeunes exilés se déclarant mineurs chaque année. Dès leur arrivée, les jeunes se faisant enregistrer comme mineurs sont pris en charge par des associations pour assurer les besoins immédiats ; à savoir, hébergement, restauration, transport.

Une fois que les jeunes migrants ont la majorité, les dispositifs d'aide sociale à l'enfance ne peuvent plus intervenir pour eux. Ceux d'entre eux qui présenteront un passeport biométrique Malien pourront continuer leurs études ou formations professionnelles, pour ensuite bénéficier un titre de séjour.

Par contre, tous ceux qui, ne parviennent pas à obtenir un passeport biométrique Malien, sont obligés de quitter le foyer ou le centre d'accueil parce qu'ils ne seront plus pris en charge et quelques temps après la Préfecture leur demandera de quitter le territoire français, sous peine d'expulsion. Les 80 % des jeunes se trouvent dans cette situation parce qu'ils ont menti sur leur âge pour se déclarer mineurs afin d'être pris en charge par une association. Ces fausses déclarations sont connues facilement parce qu'étant enrôlés au Recensement Administratif à Vocation d'État Civil (RAVEC), ils ne peuvent plus avoir une carte NINA avec l'âge qu'ils ont déclaré auprès des autorités françaises. Le passeport étant biométrique et lié à la carte NINA depuis 2016 au Mali, celui qui n'a pas la carte NINA ne peut plus avoir un passeport. Conscients cette infraction de faux et usage de faux, ces jeunes migrants n'ont d'autre choix que de partir dans la rue. Cette situation, qui n'est pas sans conséquence, leur met dans une grande précarité sur tous les plans avec souvent toutes sortes de maladies y comprises mentales.

Ainsi, depuis l'ouverture de la Mission Consulaire du Mali à Lyon, trois (03) cas de maladies mentales ont été signalés aux autorités consulaires du Mali à Lyon et les intéressés ont fini par être rapatriés au Mali.

Cette communauté malienne est organisée géographiquement de manière inégales avec la répartition ethnique suivante : Soninkés ; Bambara ; Malinkés ; Toucouleur ; Khassonkés ; Sonrhäï ; Peuls, etc.... Leur concentration dans les différentes communes n'est guère pareil d'une commune à l'autre cette composition semble être très diverses, nous pouvons en citer entre autres les sans papier, les mineures isolées, les femmes seules, les demandeurs d'asile, les réfugiés, les étudiant(e)s, les détenteurs de titres de séjour avec mention regroupements familiaux, ainsi que les naturaliser. Elle est dispersée en fonction de leur statut d'immigrés et des différentes localisations des foyers, centres d'accueils, des campus universitaires, des logements sociaux etc. Ainsi la population immigrée malienne vit à part presque égale entre la ville centre et la banlieue. Au sein de cette population les similitudes et ou les disparités de conditions et habitude de vie ne dépendent pas forcément de la commune mais plutôt du statut de l'individu car force est de reconnaître que la régularité avec présence de document administrative valide et en règle ouvre plus de stabilité et de droits surtout sur le plan de l'accès aux soins où l'inégalité est parfois flagrante.

4.4.2. Critères d'inclusion

- Tous migrants Maliens quel qu'en soit son âge installé dans la métropole de Lyon depuis plus de 6 mois.
- Tous migrants Maliens de Lyon ayant accepté de faire partir de l'étude.

4.4.3. Critères d'exclusion

- Tous descendants d'immigrés Maliens nés en France
- Tous migrants Maliens n'ayant pas accepté de faire partir de l'étude.
- Tous migrants Maliens quel qu'en soit son âge s'étant établi dans la métropole de Lyon depuis moins de 6 mois

4.5. Echantillonnage

4.5.1. Unité de sondage

Dans le souci d'avoir un échantillon représentatif des migrants maliens, la métropole de Lyon a été parcourus de long en large sans aucune zone d'enquête préférentiel.

4.5.2. Méthode de sondage

L'étude proprement dite a commencé comme suite : dans chaque arrondissement, les immigrés répondant à nos critères d'inclusions ont été échantillonnés par la méthode de commodité dans le cadre d'une enquête de porte à porte.

4.5.3. Définitions des unités statistiques

L'unité statistique était l'individu interrogé, ainsi trois personnes interrogées dans le même foyer ont constitué 3 unités statistiques distincte.

4.5.4. Calcul de la taille de l'échantillon

La taille minimale de cet échantillon a été calculée selon la formule de Schwartz en se basant sur la prévalence estimée avec :

P : proportion estimée de la population migrante malienne en pourcentage

Z : niveau de confiance (valeur type du niveau de confiance de 95% sera 1,96)

N : taille d'échantillon minimale pour l'obtention de résultats significatifs pour un évènement.

I : marge d'erreur (généralement fixé à 5%)

$$N = z^2 \frac{P \times Q}{i^2} \quad \text{avec } i = 0,05 \text{ et } z=1,96.$$

En prenant $p = 0,04\%$; la population immigrée malienne de la métropole de Lyon était estimé à 700 habitants à noter que ces chiffres ne tiennent pas compte des personnes en situation irrégulière qui échappent aux statistiques publiques Il faut

préciser que ces chiffres sont donnés sur la base de l'élection du Président de la République de 2018 et, non seulement, ne prennent pas en compte les nombreux maliens n'ont inscrits sur les listes électorales, mais aussi et surtout beaucoup de jeunes migrants maliens qui n'ont pas encore l'âge de voter..

Au 1^{er} janvier 2021

P 1.398.892 habitants population générales de la métropole de Lyon.

$$N = 1,96^2 \frac{0,05 \times 0,95}{0,05^2} = 73$$

Donc notre échantillon doit avoir une taille minimale de **73 individus**.

4.6. Méthode de recueil des données

Les données ont été recueillies à partir d'interrogatoire directe en présentiel ou indirect par téléphone en fonction de l'évolution de la situation sanitaire en prenant en compte la situation de chaque individu désirant participer à l'enquête. Ensuite ces données ont été portées sur des fiches d'enquête prévues pour cet effet.

4.6.1. Instrument de recueil de donnée

Un questionnaire a été le fil conducteur tout en laissant la place à des échanges libres. Nous nous sommes appuyés sur des enquêtes médico-sociales précédentes. Tout en nous inspirant de certains outils en particulier : la CIM 10 de l'OMS, le questionnaire de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) des Médecins du Monde, le questionnaire SF-36 sur la qualité de vie, ainsi que le score EPICES (indicateur de l'Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé) instrument qui met en évidence les disparités sociales à partir des différentes dimensions des déterminants sociaux de la santé. Nous interrogerons sur plusieurs moments de leur vie à savoir : sur l'aspect des caractéristiques sociales, culturelles et démographiques et aussi des aspects sanitaires : état de santé, recours aux soins, les obstacles aux soins, l'itinéraire thérapeutique, le suivi ainsi que l'état de satisfaction des soins reçus.

4.6.2. Test du questionnaire

Des tests d'essais ont été réalisés, cette expérience a permis d'anticiper et d'éviter d'éventuelles réactions de rejet, tout en nous facilitant une introduction adéquate du questionnaire. A savoir qu'une de nos préoccupations principales était de ne pas rendre ce questionnaire intrusif et stigmatisant pour les participants. Nous ne voudrions pas qu'ils ressentent un sentiment d'insécurité. La clause de confidentialité sera rappelée par écrit sur chaque questionnaire.

4.6.3. Formation des enquêteurs

J'étais le seul enquêteur sur le terrain. Comme investigateur principal, j'ai participé à la mise en place du questionnaire et à l'interrogatoire des participants.

4.6.4. Collecte

La personne enquêtée a été invitée à remplir un questionnaire. Les informations recueillies dans ce questionnaire étaient de deux ordres :

- Des informations relatives à l'état de santé ;
- Des données qui concernent le recours aux soins.

Ce recueil des maladies avait un double objectif : d'une part, évaluer au moment de l'enquête les maladies dont souffre la population interrogée, d'autre part, analyser l'accès aux soins des participants à l'étude.

Nous avons questionné sur leur état de bien-être physique, mental et social, ainsi que leurs recours aux soins de plusieurs manières : Énumérant les voies et moyens entrepris pour recourir aux soins puis nous avons essayé de déterminer en quoi la morbidité et le recours aux soins des migrants étaient comparable à celle des personnes nées à Lyon ensuite faire une comparaison d'état de santé entre les immigrés de longue et ou de courts séjours. Nous avons cherché à comprendre dans quelle mesure l'immigration peut être profitable ou défavorable pour ces immigrés, sur le plan de leur développement humain personnel. Etant donné que

tout déménagement est un bouleversement dans la vie d'une personne voire sa santé, seuls les immigrants installés depuis six mois dans la ville de Lyon étaient pris en considération.

4.7. Saisie des données

La saisie de ce protocole ainsi que les données sur les fiches d'enquête ont été réalisées à partir du logiciel Word 2016 et google forms puis imprimé en PDF en plusieurs exemplaires.

4.8. Plan d'analyse

4.8.1. Elaboration des indicateurs

Les tests statistiques (le χ^2 de Pearson, le test exact de Fisher ou la correction de continuité de Yates) étaient selon leur convenance utilisés pour la quête de corrélation entre variables qualitatives avec un seuil de significativité fixé à 5%. A noter que lors de la saisie et de l'analyse sur support informatique, les données étaient traitées de manière anonyme.

4.8.2. Méthode d'analyse :

Toutes les données récoltées sur les fiches d'enquête ont été saisies à l'aide de la plateforme électronique de saisie à la fin de chaque journée, nous avons évalué leurs exactitudes, leurs incohérences, leurs erreurs. Une fois ces informations collectées, les données complètes étaient téléchargées et sécurisées.

Les données ont ensuite été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 22.0. Les effectifs et pourcentages ont été calculés pour toutes les variables pertinentes.

Les paramètres suivants ont été entre autres analysés

- Les associations entre chacun des symptômes ou troubles avec le sexe, l'âge, le statut socio-économique, la catégorie d'immigré et d'autres variables pertinentes.

- Des estimations de la charge attribuable à chaque groupe de pathologie recensés selon la CIM10.

4.9. Considération éthique

Le respect de l'éthique et de la déontologie faisait partie intégrante de la présente étude. Les entretiens se sont déroulés dans la stricte application des normes en tenant en compte de toutes les restrictions sanitaires du moment. Nous avons informé les participants du but de notre étude et des procédures de notre enquête et expliquer le caractère volontaire de leur participation, afin d'obtenir leur consentement éclairé écrit et ou oral. (Voir annexe du consentement éclairé écrit). Les données ont été recueillies de manière anonyme pour conserver l'anonymat des enquêtés.

Si au cours de notre investigation nous avons découvert une personne ayant une pathologie à déclaration obligatoire nous l'invitons à s'adresser à l'agence régionale de la santé ayant en son sein un dispositif de surveillance, garantissant leur anonymat. De même les personnes ignorant leur droit ont été orientées vers les services appropriés en l'occurrence chez une assistante sociale.

4.10. Ressources : humaines-matérielles-financières

Nous n'avons pas bénéficié de financement donc pas de ressources financières, comme ressource matériel nous avons seul l'ordinateur comme moyen de recherche et de saisie. Sur le plan ressources humaine j'étais encadré par le chef de DER de santé publique de la FMOS et son équipe.

4.11. Logistique

Le matériel logistique utilisé comme support de travail informatique était mon ordinateur, ma tablette et mes téléphones.

RESULTATS

V. RESULTATS

La démarche méthodologique nous a permis d'enquêter 158 personnes durant la période d'étude allant du mois de Février 2021 au mois d'Avril 2021 dont les résultats sont représentés ci-dessous.

5.1. Profil sociodémographique

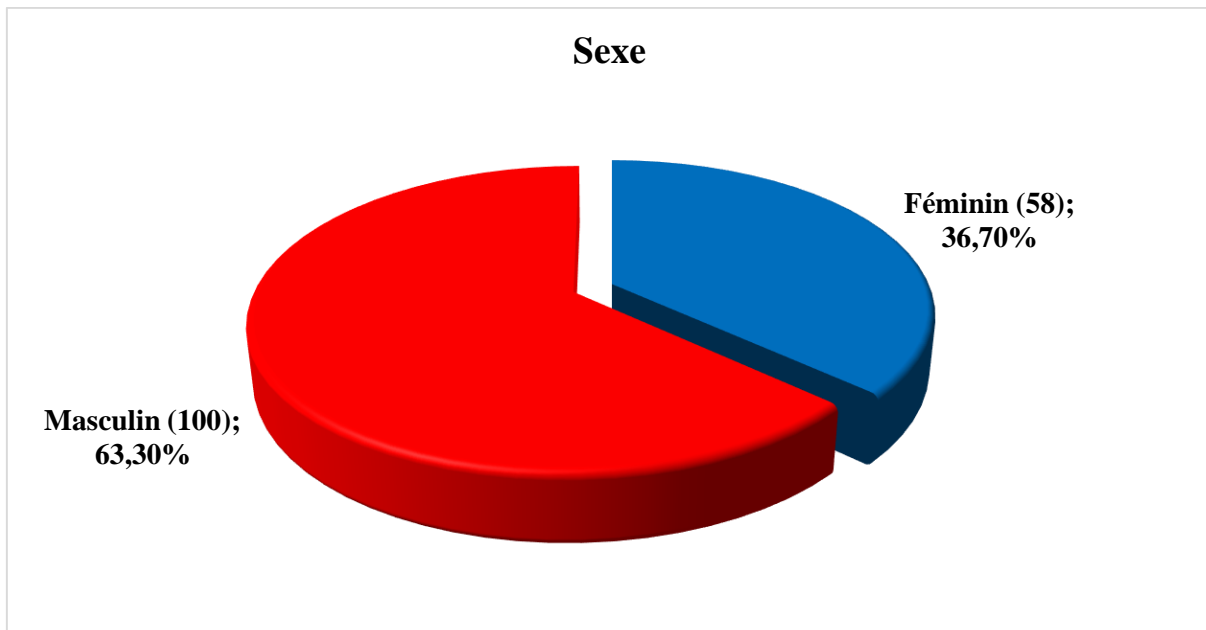


Figure 2 : Répartition des sujets selon le sexe

Dans notre échantillon 100 sujets soit 63,3% étaient de sexe masculin.

Tableau III : Répartition des sujets selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentage
Célibataire	86	54,4
Marié(e)	72	45,6
Total	158	100,0

Les célibataires avaient représenté 54,4% de notre échantillon.

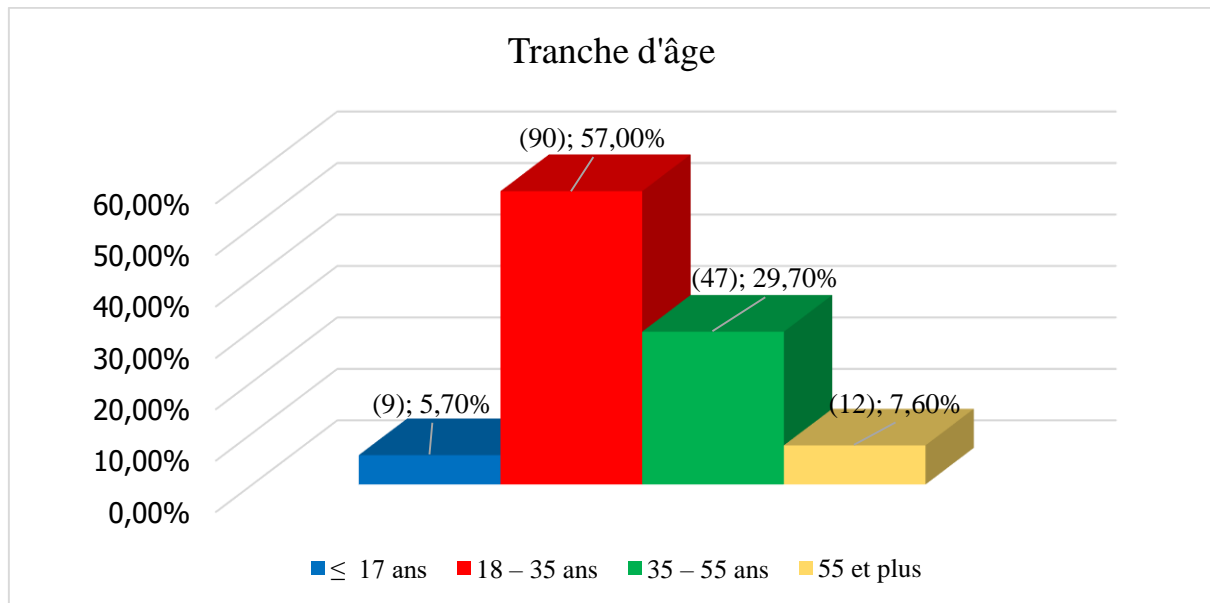


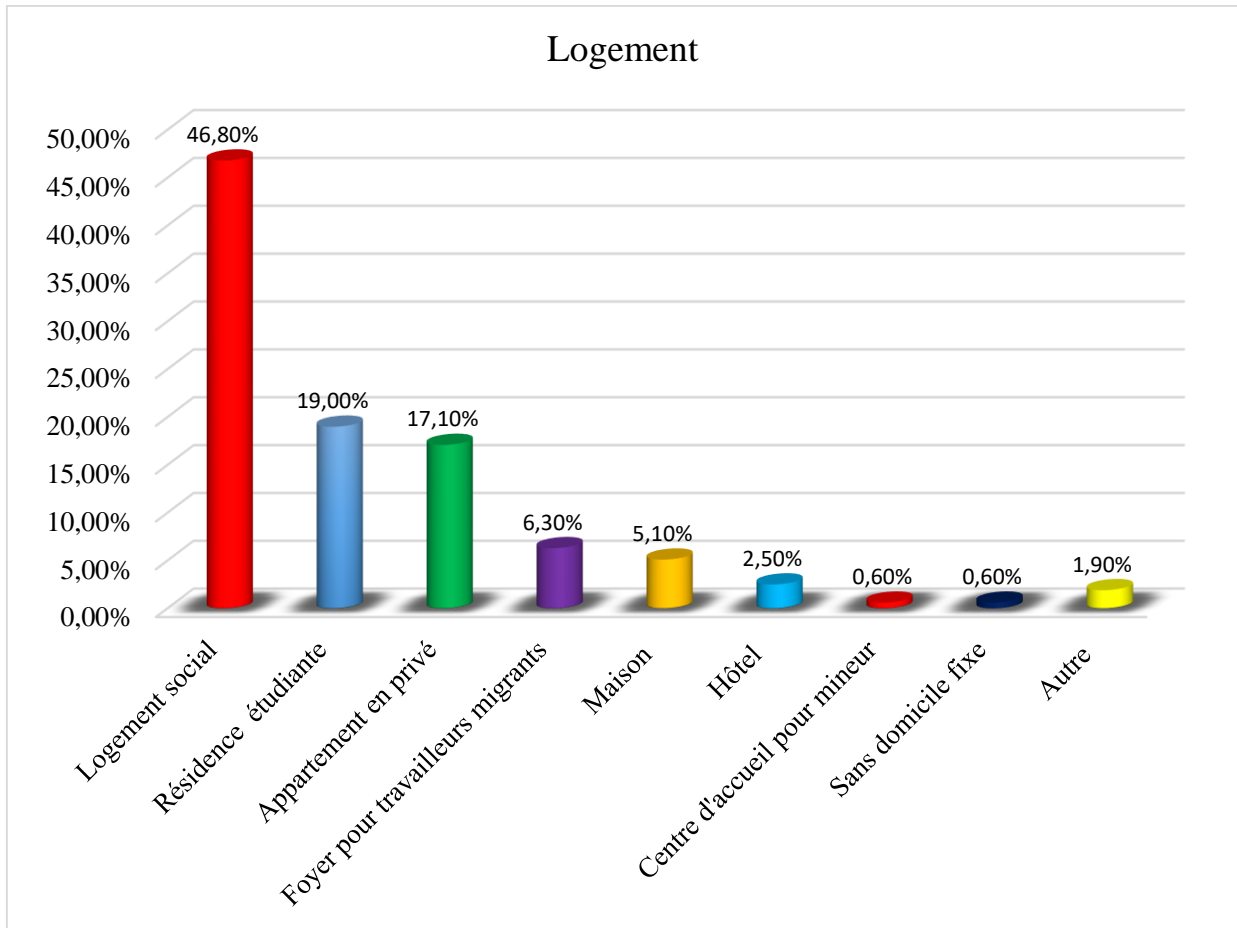
Figure 3 : Répartition des sujets selon la tranche d'âge

La majorité des sujets interrogé était dans la tranche d'âge de 18 à 35 ans avec un taux de 57% des cas.

Tableau IV : Répartition des sujets selon la résidence

Résidence	Effectifs	Pourcentage
Villeurbanne	43	27,2
Lyon 7	21	13,3
Lyon 8	14	8,9
Lyon 9	13	8,2
Vénissieux	12	7,6
Saint-Fons	7	4,4
Lyon 3	6	3,8
Lyon 6	6	3,8
Saint-Priest	5	3,2
Vaulx-en-Velin	5	3,2
Lyon 5	4	2,5
Rillieux-la-Pape	3	1,9
Bron	3	1,9
Chaponost	2	1,3
Jonage	2	1,3
Vaugneray	2	1,3
Francheville	1	0,6
Lyon 1	2	1,3
Lyon 2	1	0,6
Lyon 4	2	1,3
Oullins	1	0,6
Pierre-Bénite	1	0,6
Saint-Genis-Laval	1	0,6
Tassin	1	0,6
Total	158	100,0

Les sujets résidents à Villeurbanne ont représenté 27,2% dans notre échantillon.



Autres : *Instabilité résidentielle*

Figure 4 : Répartition des sujets selon le logement

Les sujets vivants dans des logements sociaux étaient les plus représentés soit 46,8%.

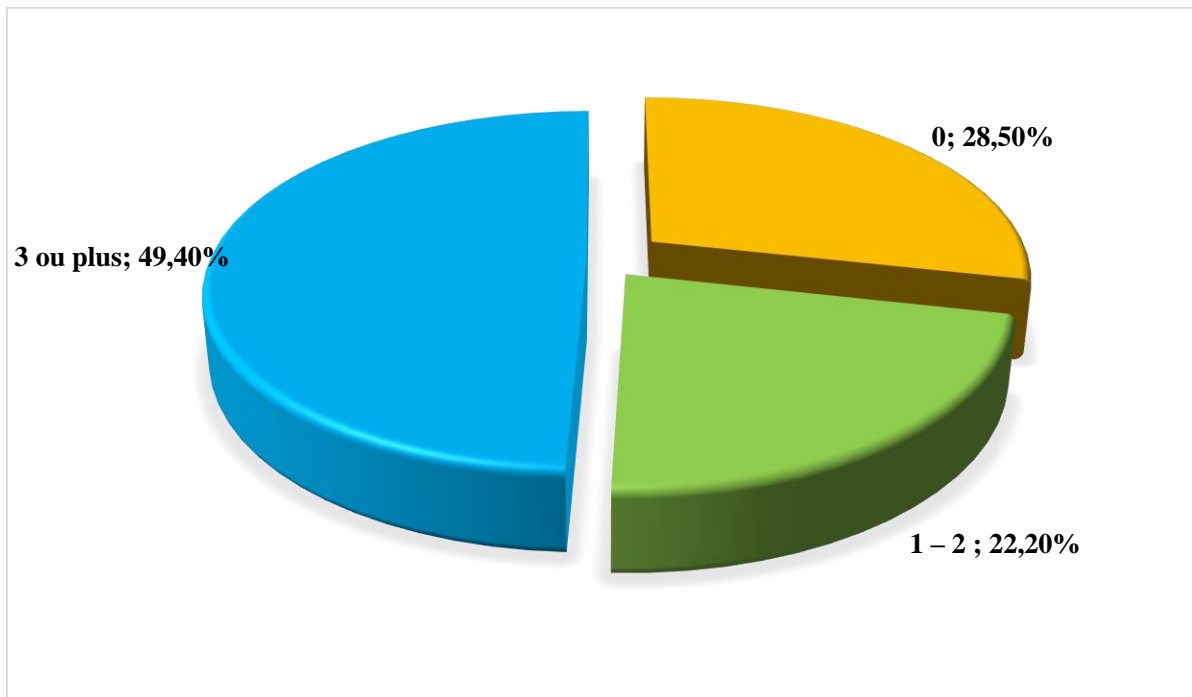


Figure 5 : Répartition des sujets selon le nombre cohabitants avec la personne.
 La majorité des sujets vivaient en famille avec plus de trois (3) personnes soit 49,4%.

Tableau V : Répartition des sujets selon leurs situations sur le sol Français

Situation sur le sol Français	Effectifs	Pourcentage
Etranger avec titre de séjour	109	69
Naturalisé	31	19,6
Procédure de régularisation en cours	17	10,8
Etranger sans titre de séjour	1	0,6
Total	158	100,0

Les étrangers avec titre de séjour étaient les plus représentés soit un taux de 68,4%.

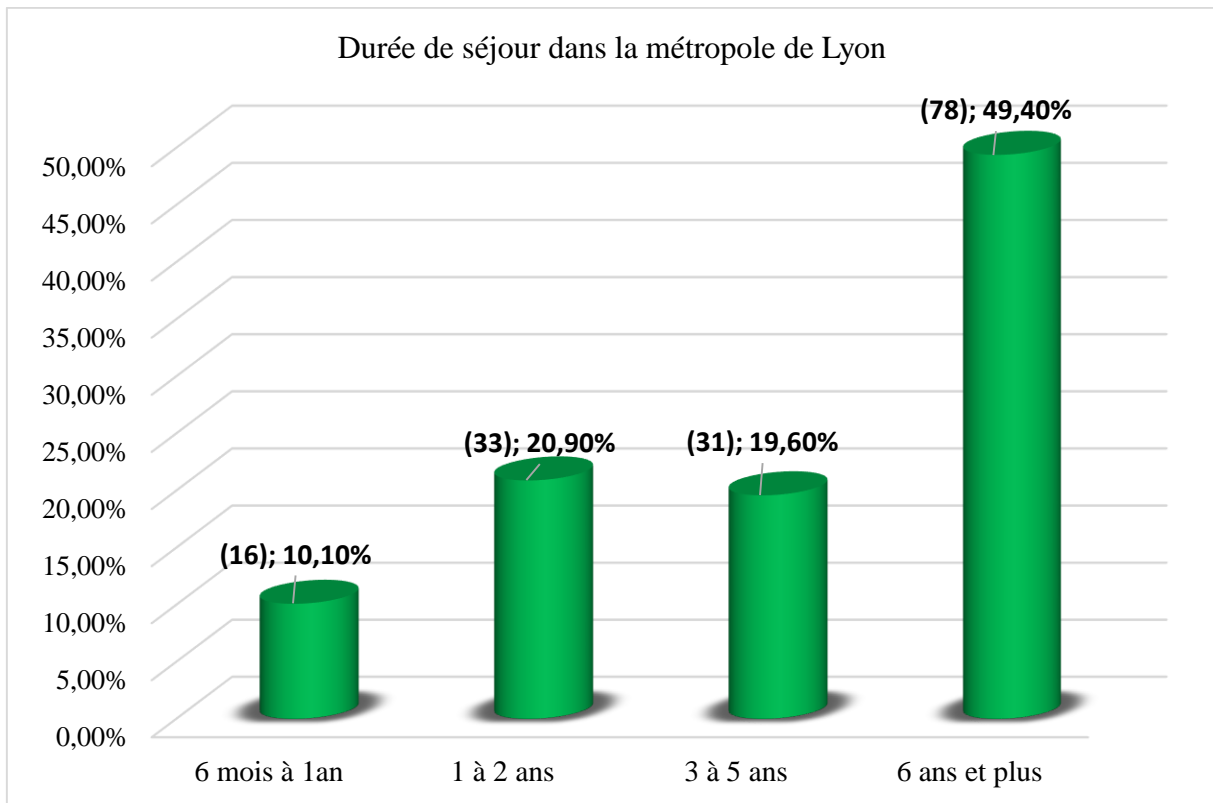


Figure 6 : Répartition des sujets selon la durée de séjour dans la métropole.
 La majorité des sujets interrogés avait fait plus de 6 ans dans la métropole de Lyon soit 49,4%.

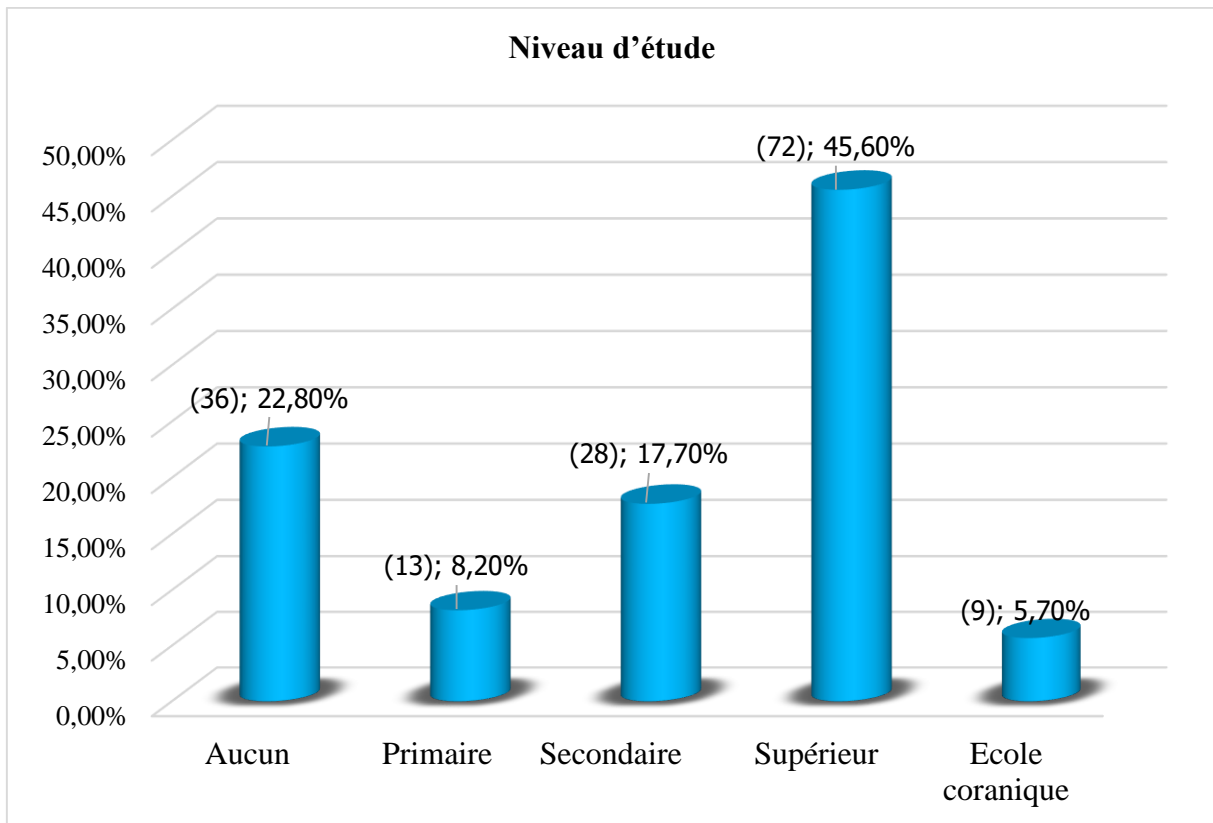


Figure 7 : Répartition des sujets selon le niveau d'étude

Le niveau d'étude supérieur a représenté 45,6% des cas.

Tableau VI : Répartition des sujets selon le secteur d'emploi

Secteur d'emploi	Effectifs	Pourcentage
Employé	81	51,3
Etudiant(e)	36	22,8
Cadre fonctionnaire	13	8,2
Sans emploi	15	9,5
Enfant	8	5,1
Retraité(e)	5	3,2
Total	158	100,0

Les employés ont représenté 51,3% de notre échantillon.

5.2. Itinéraire thérapeutique

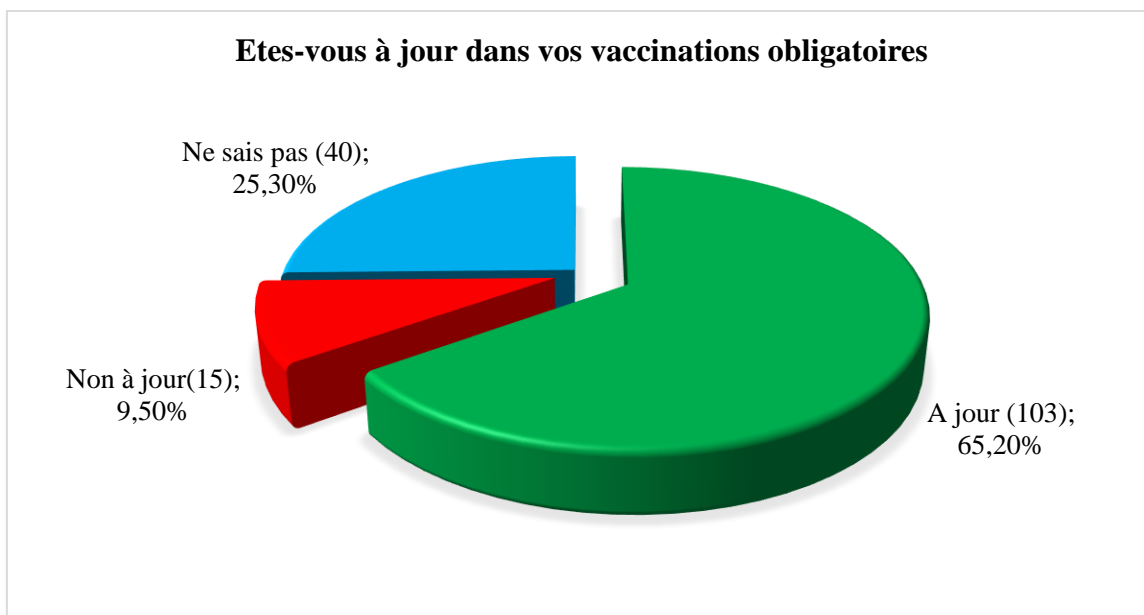


Figure 8 : Répartition des sujets selon leur état vaccinal

La majorité (65,2%) de notre échantillon était à jour dans les vaccinations obligatoires soit 103/158

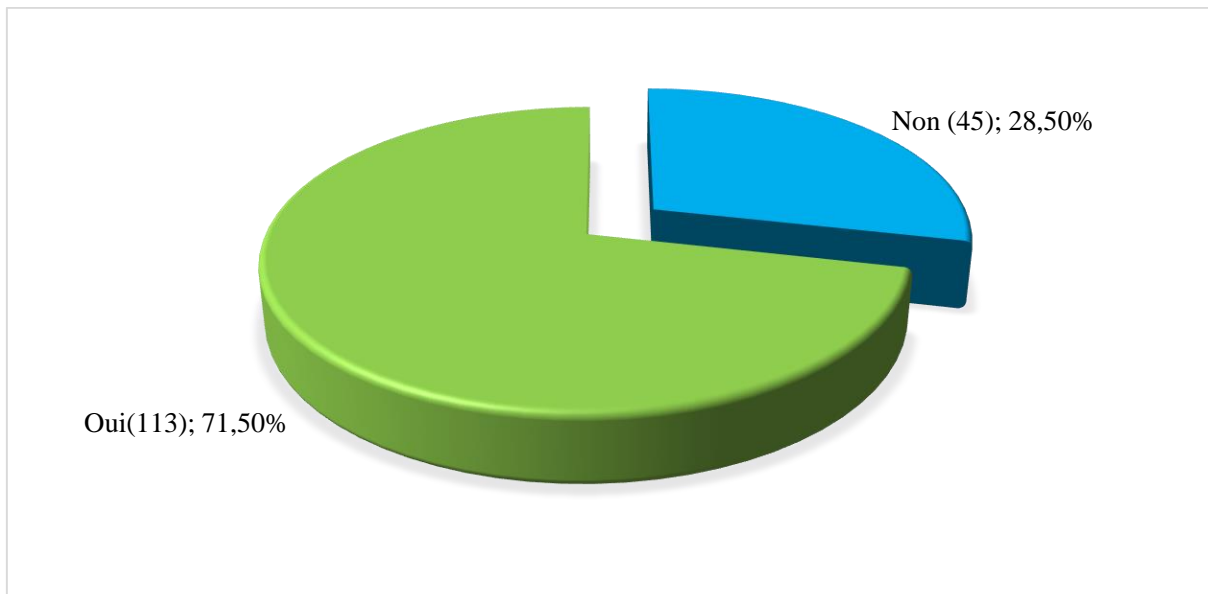


Figure 9 : Répartition des sujets selon leur connaissance du lieu de vaccination.

Dans notre échantillon 113 sujets soit 71,5% savaient où aller pour se faire vacciner.

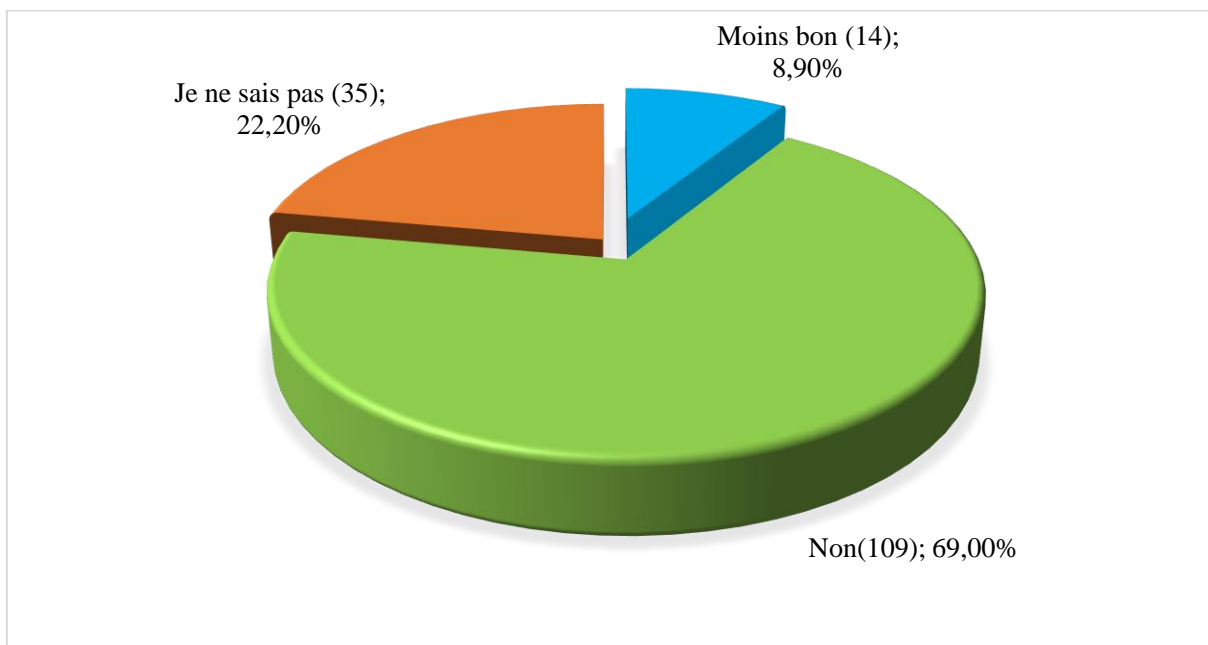


Figure 10 : Répartition des sujets selon leur niveau d'appréciation d'accès aux soins.

L'accès aux soins était jugé bon selon 69% des sujets interrogés.

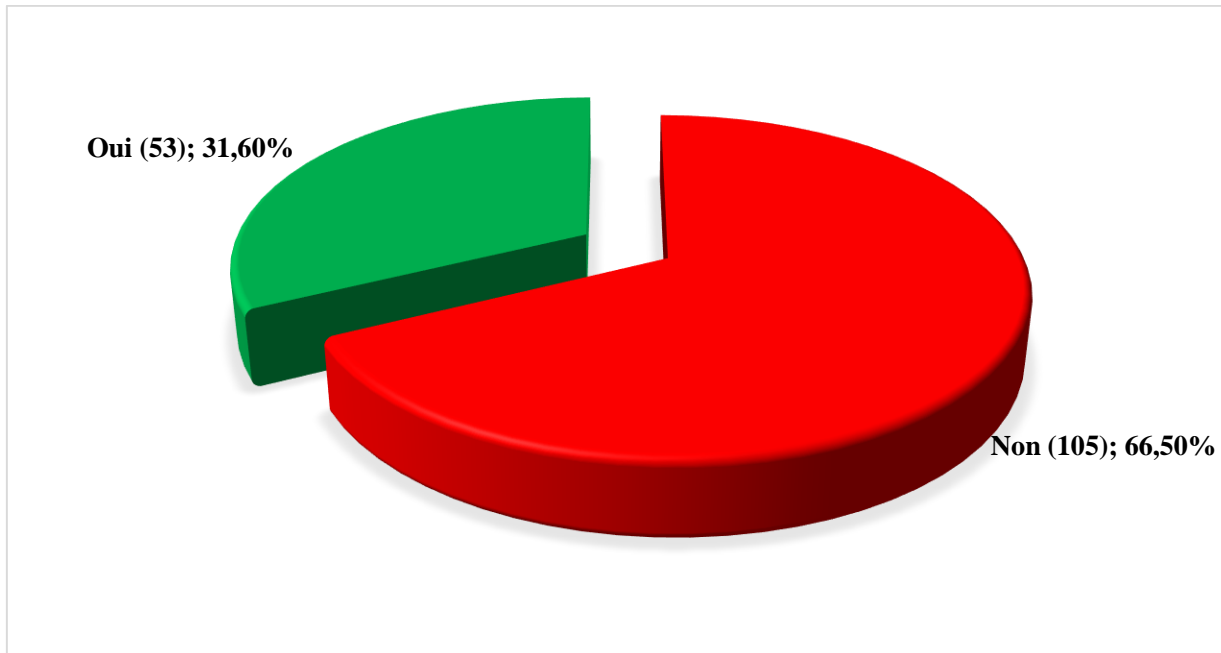


Figure 11 : Répartition des sujets selon une notion de maladie durant les 6 derniers mois.

Durant les 6 derniers mois 31,6% des sujets ont affirmé avoir été malade.

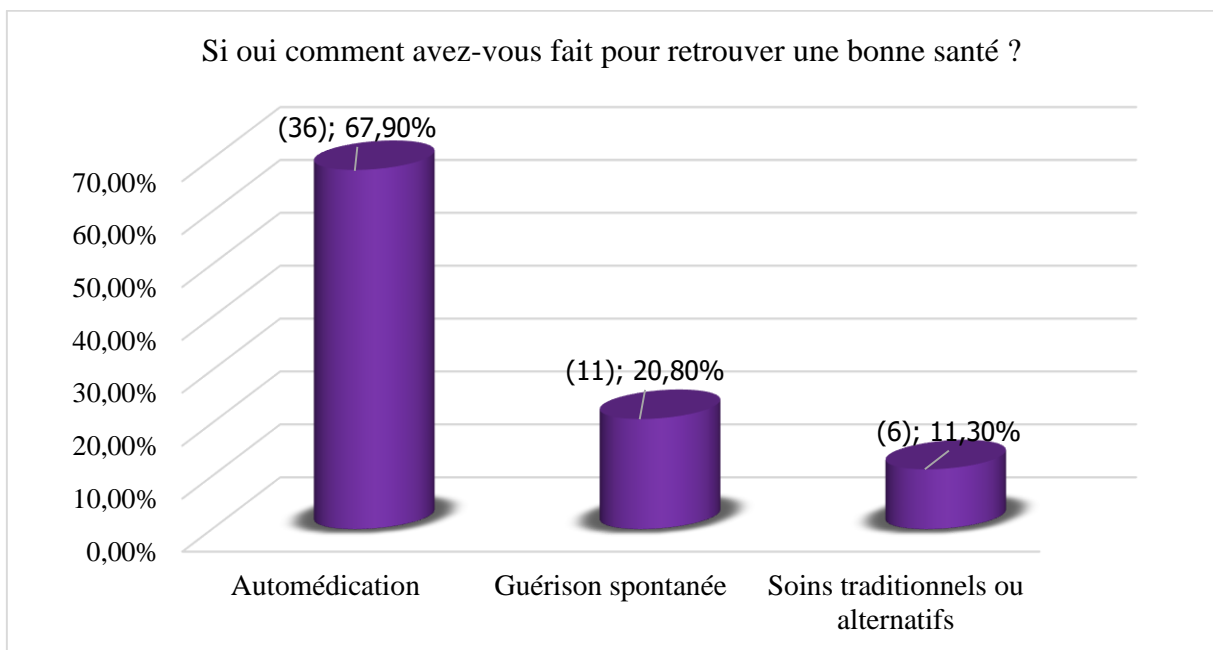


Figure 12 : Les moyens de recours aux soins

Parmi les 53 sujets tombé malades, 67,9 % des interrogés se sont soigné par automédication.

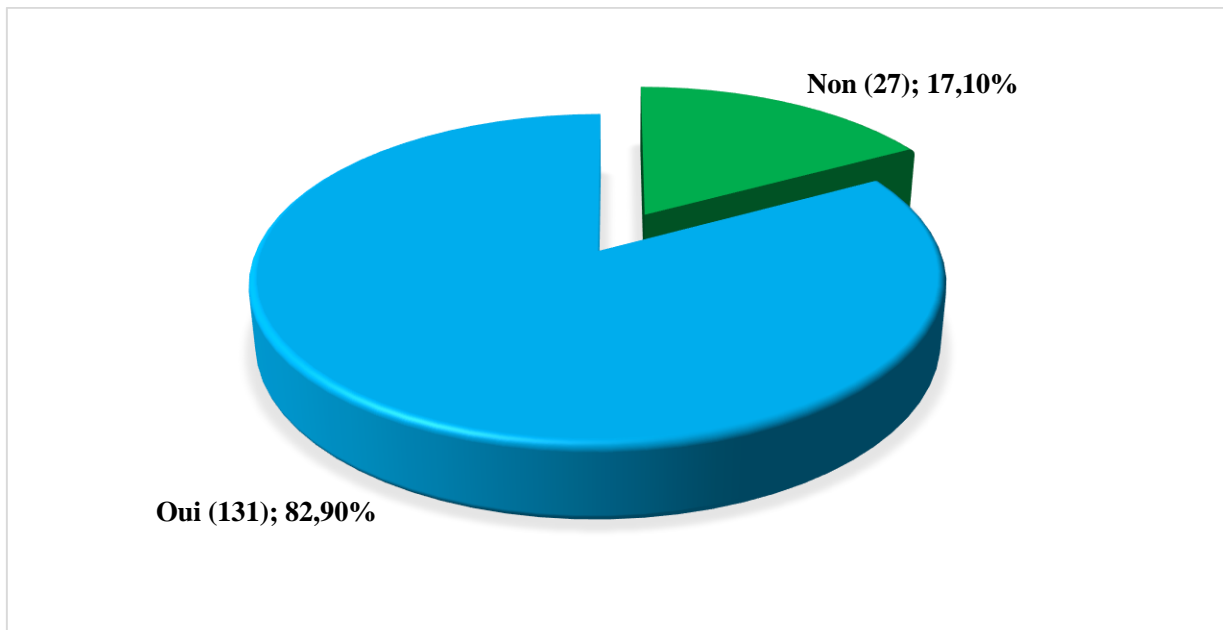


Figure 13 : Répartition des sujets selon leur suivi par un médecin traitant.
 Dans notre échantillon 131 (82,9%) sujets interrogés avaient un médecin traitant.

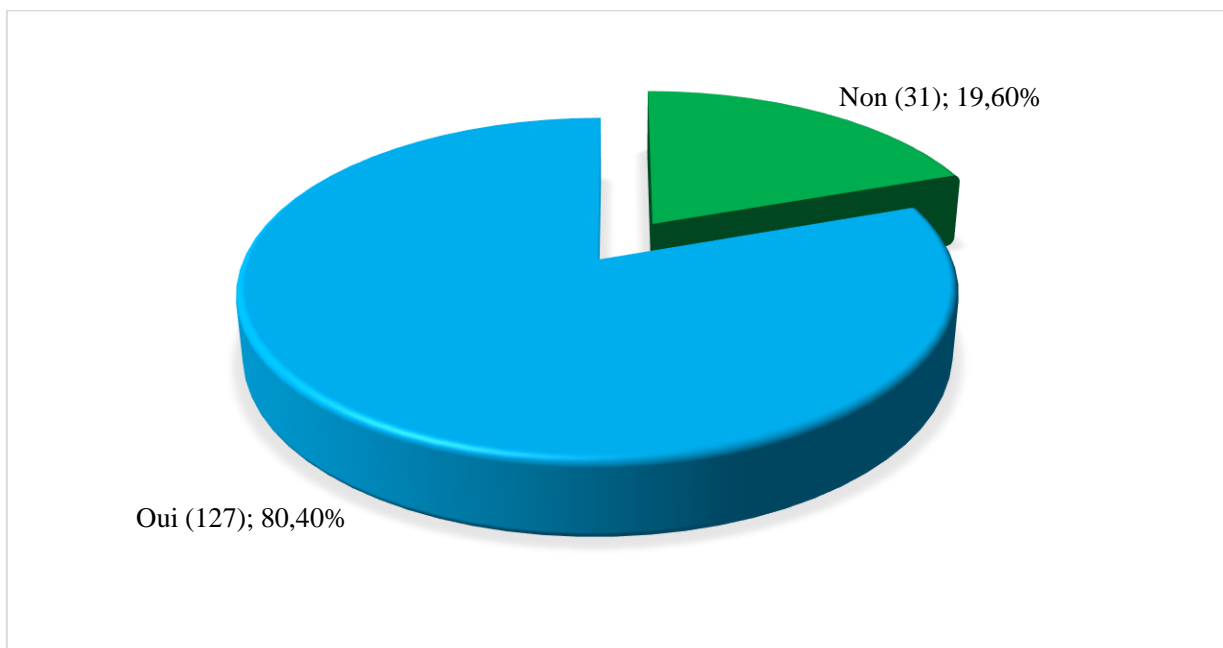


Figure 14 : Répartition des sujets selon la déclaration du médecin traitant à la sécurité sociale.

La majorité des sujets avaient déclaré leur médecin traitant à la sécurité sociale avec un taux de 80,4%.

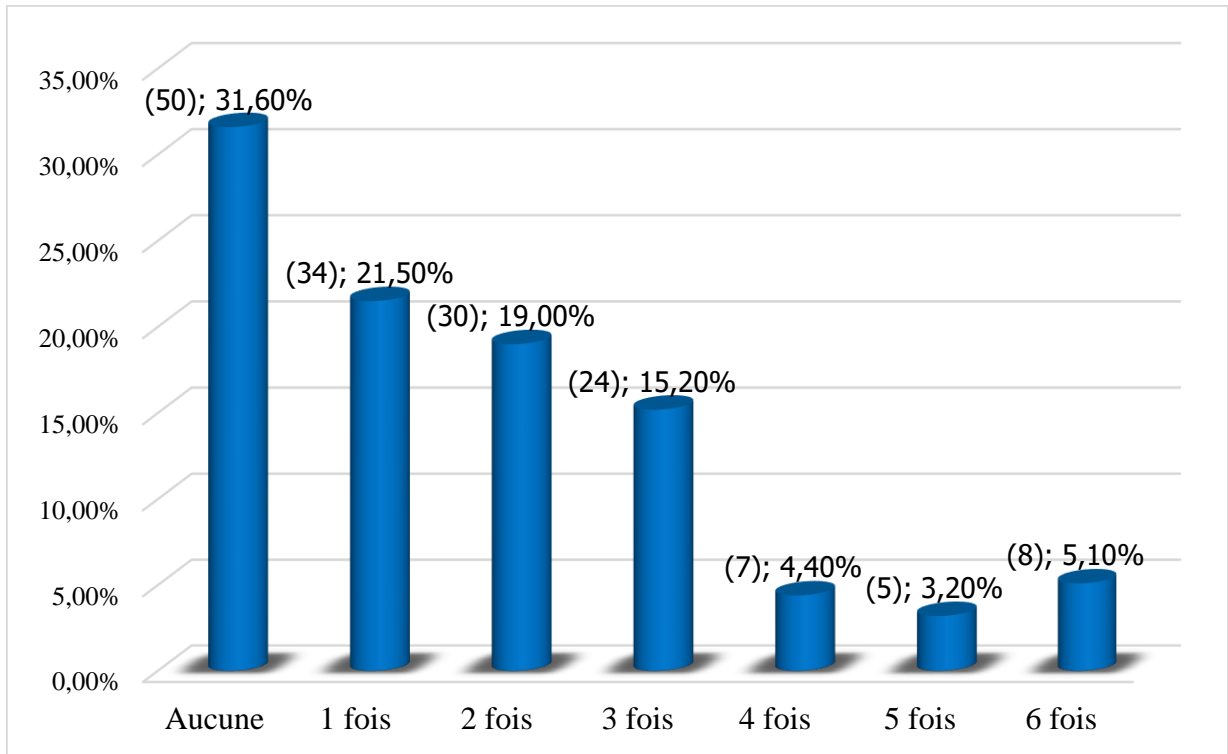


Figure 15 : Répartition des sujets selon le nombre de consultation pendant ces 6 derniers mois.

50 sujets soit 31,6% n'ont effectué aucune consultation ces 6 derniers mois.

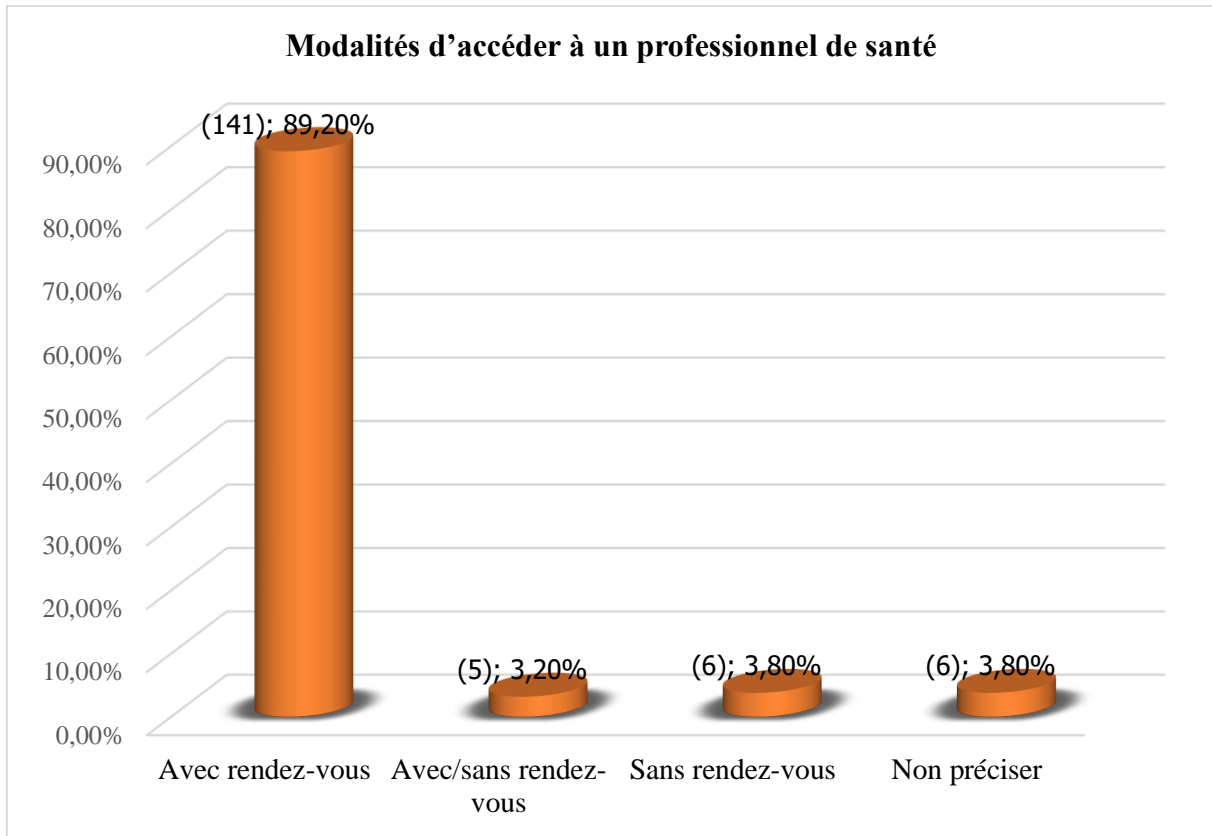


Figure 16 : Répartition des sujets selon les modalités d'accès aux soins.

La prise de rendez-vous était la principale modalité d'accéder à un professionnel de santé pour 141 sujets soit 89,2%.

Tableau VII : Répartition des sujets selon les structures de santé fréquentées.

Structures de santé fréquentées	Effectifs	Pourcentage
Cabinet privé	106	67,1
Hôpital publique (consultation)	38	24,1
Officine de pharmacie	6	3,8
Centre de santé de la faculté	5	3,6
Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation des médecins du monde (CASO)	1	0,6
Permanence d'Accès aux Soins de Santé	1	0,6
Soins alternatifs ou traditionnels	1	0,6
Total	158	100,0

Le cabinet privé était le lieu de recours pour les besoins de soins dans 67,1% des cas.

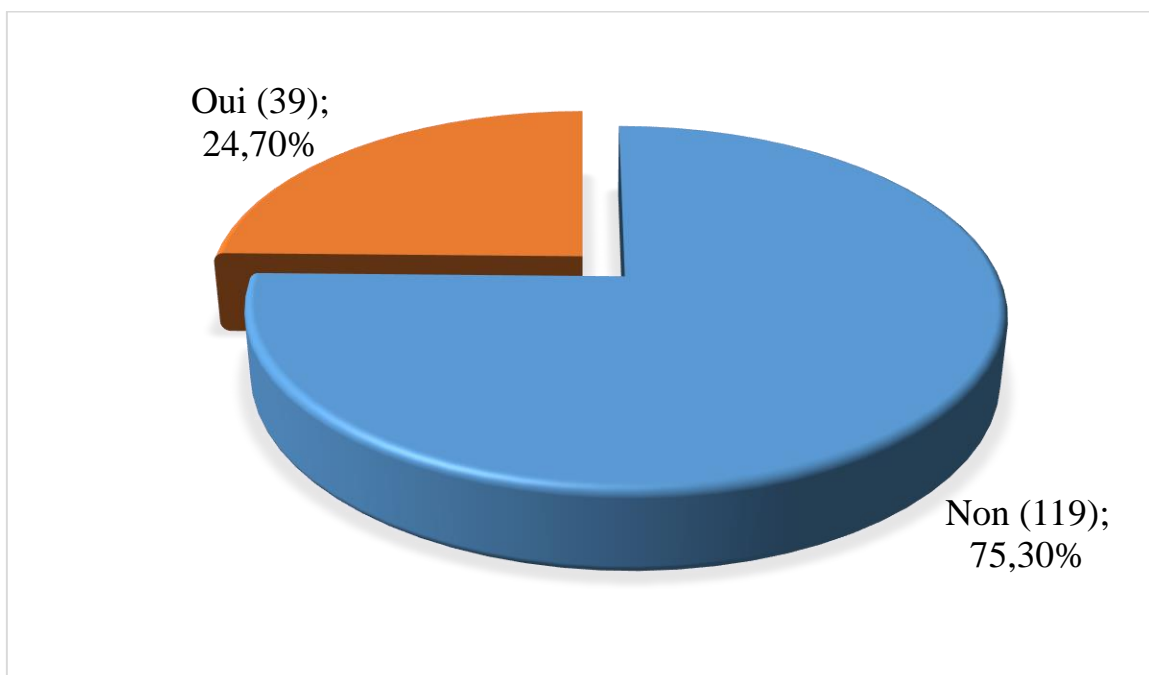


Figure 17 : Répartition des sujets selon la consultation aux urgences durant ces 6 derniers mois

Durant les 6 derniers mois 24,7% avaient consulté aux urgences.

Tableau VIII : Répartition des sujets selon la satisfaction de leur dernière expérience aux urgences.

Satisfaction à la consultation	Effectifs	Pourcentage
Assez satisfait	107	67,7
Peu satisfait	7	4,4
Pas du tout satisfait	1	0,6
Jamais été consulté	43	27,2
Total	158	100,0

107 personnes soit 67,7% sont satisfaits des consultations faites aux urgences.

Tableau IX : Répartition des sujets selon leur couverture santé.

Assurance maladie	Effectifs	Pourcentage
Sécurité sociale + mutuelle	93	58,8
Complémentaire Santé Solidaire	35	22,2
Aide Médical d'Etat	9	5,7
CSS ou CMU-C	8	5,1
Aucune	13	8,2
Total	158	100,0

La majorité des interrogés avait une couverture sociale + mutuelle dans 58,8%.

5.3. Pathologies/motifs de consultation

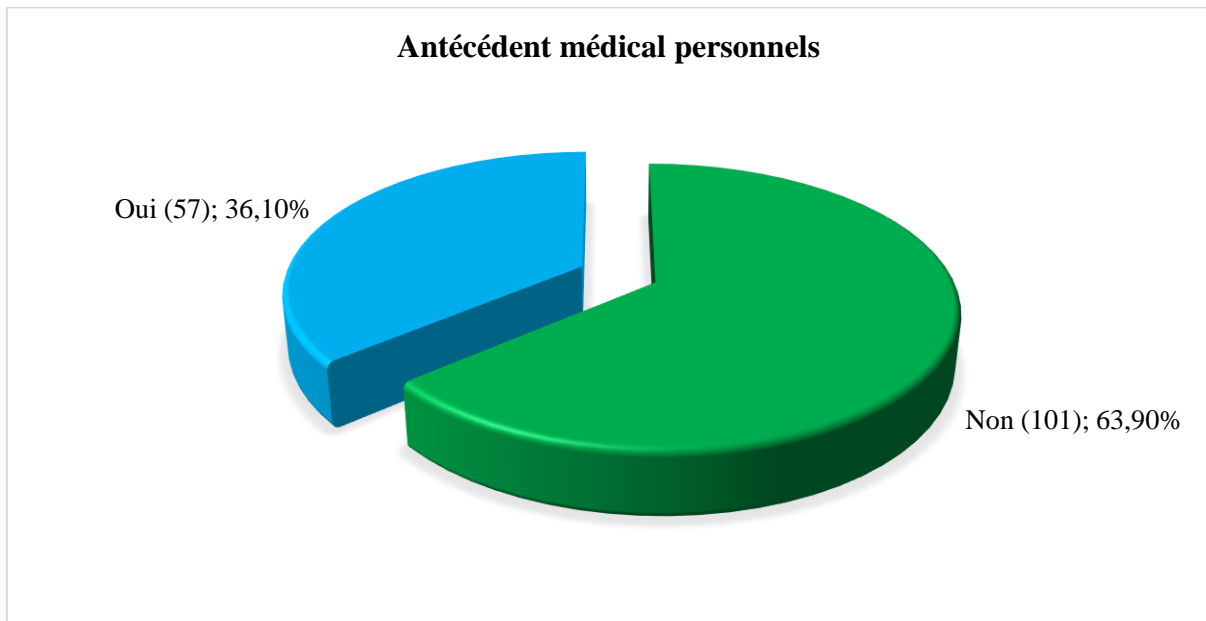


Figure 18 : Répartition des sujets selon la présence d'antécédent médical personnel.

Cinquante-sept (36,1%) avaient des antécédents médicaux personnel.

Tableau X : Répartition des sujets selon la présence d'antécédent médical personnel.

Antécédent médical personnels	Effectifs (N= 57)	Pourcentage
Ulcère gastrique	12	20,1
Hypertension artérielle	7	12,3
Sciatique chronique	7	12,3
Diabète	5	8,8
Bilharziose urinaire	3	5,3
Césarienne	3	5,3
Dermatose	3	5,3
Hépatite B	2	3,5
Hernie discale	2	3,5
Insuffisance cardiaque	2	3,5
Problème oculaire	2	3,5
Thyroïde	2	3,5
Asthme	2	3,5
Chirurgie de l'appendicite	2	3,5
Accident vasculaire cérébral	1	1,8
Covid 19	1	1,8
Dépression	1	1,8
Goutte,	1	1,8
Cataracte	1	1,8
Paralysie du dos traumatique	1	1,8
Toxoplasmose congénital	1	1,8
Prématurité à la naissance	1	1,8
Paralysie du dos traumatique	1	1,8
Mycose intestinale	1	1,8
Myopie	1	1,8
Sinusites	1	1,8
Colopathie	1	1,8
Hémorroïdes	1	1,8
Goitre et Maladie de l'Hypothyroïdie	1	1,8

NB : un seul patient pouvait avoir un ou plusieurs antécédents

L'ulcère gastroduodéal était l'antécédent le plus représenté soit chez 20,1%.

Tableau XI : Répartition des sujets selon les pathologies

Pathologies/motifs de consultation	Effectif (N=158)	Pourcentage (%)
Infections respiratoires et ORL	63	38,9
Maux de tête	53	33,5
Maladie gastro-intestinale	18	11,4
Troubles du sommeil	16	10,2
Maladies ostéoarticulaires	15	9,5
Fatigue ou perte d'énergie.	15	9,5
HTA	6	3,8
Humeur dépressive	6	3,8
Sciatique	6	3,8
Covid-19	4	2,5
Diabète	5	3,1
Maux de dents	3	1,9
Diarrhée	3	1,9
Varicelle	2	1,3
Trouble de la vision	3	1,9
Cardiopathie	2	1,3
Goutte	1	0,6
Douleur abdominale	1	0,6
Torticolis	1	0,6
Dermatose	1	0,6
Accident vasculaire cérébral	1	0,6
Paludisme d'importation	1	0,6

Les infections respiratoires et ORL avaient représenté 38,9% des cas de maladie.

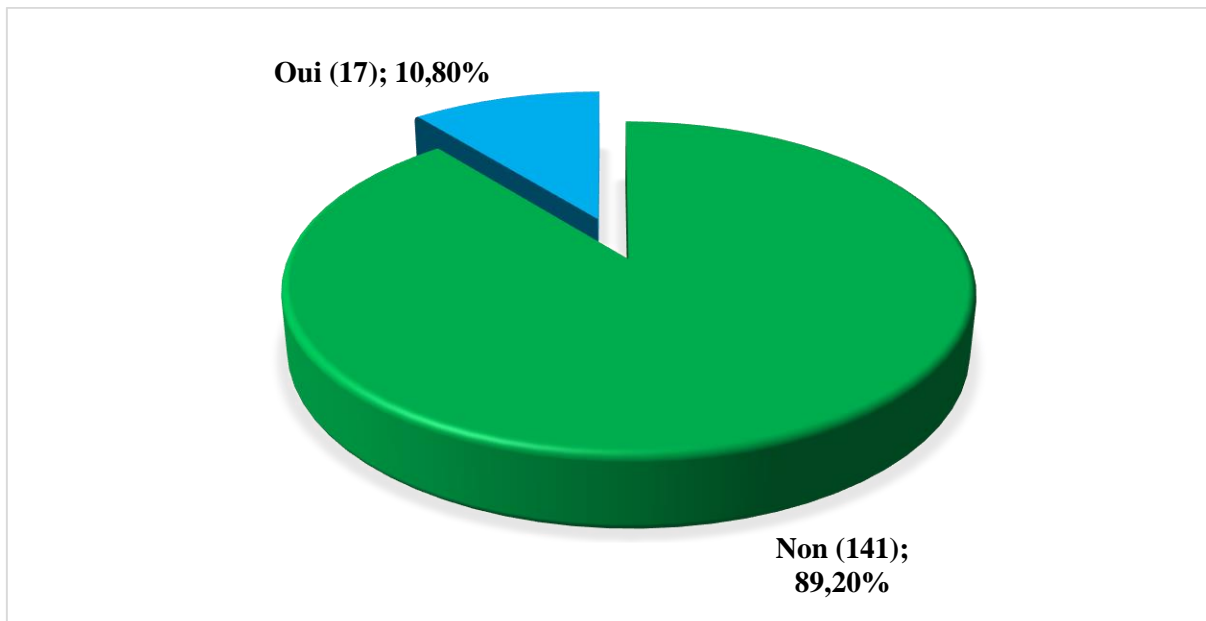


Figure 19 : Répartition des sujets selon l'accidents dans les 6 derniers mois.
 Durant ces 6 derniers mois 17 sujets ont été victimes d'accident soit 10,8%.

Tableau XII : Répartition des sujets selon le type d'accident

Type d'accident	Effectifs	Pourcentage
Accident de sport	6	35,3
Accident de travail	4	23,5
Accident domestique	3	17,6
Accident de la voie publique	2	11,8
Agression physique	1	5,9
Chute de sa hauteur	1	5,9
Total	17	100

Respectivement l'accident de sport et travail étaient les types d'accidents les plus fréquents pendant ces 6 derniers mois soit 35,3% et 23,5%.

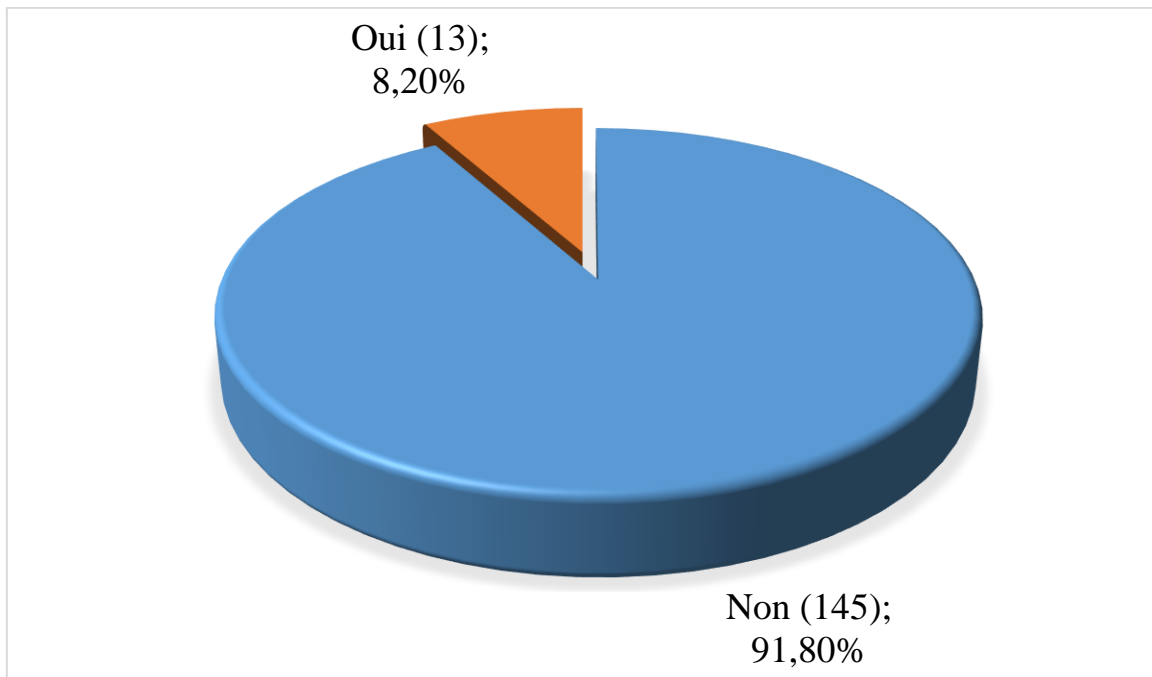


Figure 20 : Répartition des sujets selon l'hospitalisation durant ces 6 derniers mois

Dans notre étude 8,2% des sujets hospitalisés pendant les 6 derniers mois étaient composés de 79,9% de femmes avec comme motif le plus représenté l'accouchement (30,8 %) des causes de leurs hospitalisations.

Tableau XIII : Répartition des sujets selon la maladie en cause d'hospitalisation

Maladie en cause d'hospitalisation	Effectifs (n=13)	Pourcentage
Accouchement	4	30,8
COVID-19	1	7,7
Problèmes dentaire	1	7,7
Diabète type2	1	7,7
Entorse de la cheville	1	7,7
Gastro-entérite	1	7,7
Problème d'œil (glaucome)	1	7,7
Opération du coude	1	7,7
Problème d'Oreille	1	7,7
Paludisme d'importation	1	7,7
Total	13	100,0

L'accouchement était le motif d'hospitalisation le plus représenté soit 30,8%.

Tableau XIV : Répartition des sujets selon le niveau de satisfaction de leur état de santé.

Appréciation de leur état de santé	Effectifs	Pourcentage
Excellente	8	5,1
Très bonne	31	19,6
Bonne	88	55,7
Médiocre	5	3,2
Passable	13	8,2
Je ne sais pas	13	8,2
Total	158	100,0

Par rapport à de l'état de santé 88 sujets (55,7%) ont jugé bonne leur état de santé.

5.4. Difficultés d'accès aux soins

Tableau XV : Répartition selon les difficultés d'accès aux soins

Difficultés d'accès aux soins	Effectifs	Pourcentage
Manque de temps lié au travail	18	11,4
Problèmes financiers.	15	9,5
Absence de couverture sanitaire	15	9,5
Problème de prise de rendez-vous.	14	8,9
Problème culturelle (linguistique)	8	5,1
Difficultés administratives par complexité des démarches	7	4,4
Manque d'information précise et d'orientation	7	4,4
Méconnaissance des droits et des structures délivrant des soins	7	4,4
Peur d'attraper la covid-19	5	3,2
Expiration de la couverture santé.	4	2,5
Refus pour détention de CSS ou CMU-C	3	1,9
Problème de PEC de la part du mutuelle	2	1,3
Inaccessibilité géographique	1	0,6

Le manque de temps lié au travail, les problèmes financiers, l'absence de couverture sanitaire et le problème de prise de rendez-vous étaient les principales difficultés d'accès aux soins avec respectivement 11,4% ; 9,5% ; 9,5% et 8,9%.

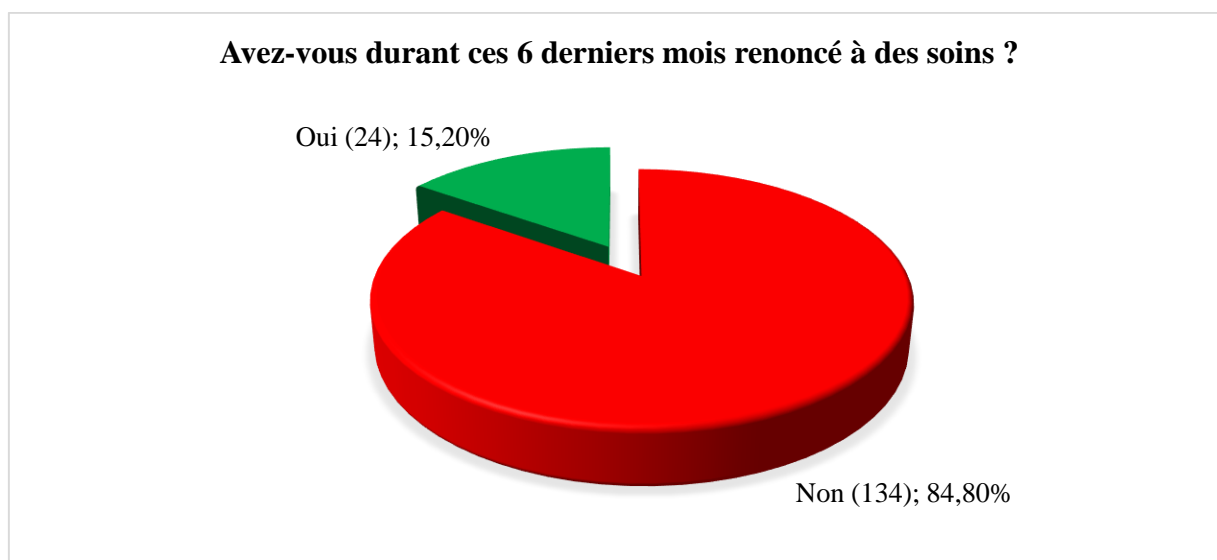


Figure 21 : Répartition des sujets selon le renoncement aux soins dans les 6 derniers mois.

Durant les 6 derniers mois 24 sujets interrogés avaient dit avoir renoncé aux soins soit 15,2%.

Tableau XVI : Raisons évoquées par les sujets qui ont renoncé aux soins ces 6 derniers mois.

Raisons	Effectifs	Pourcentage
Peur de détection, irrégularité des documents ou problèmes de papiers	9	37,5
Manque de moyens financiers	6	25
Peur du Covid-19	5	20,8
Défaut d'information	2	8,3
Pas de couverture maladie	1	4,2
Temps de rendez-vous trop long	1	4,2
Total	24	100

La peur de détection, irrégularité des documents ou problèmes de papiers étaient les raisons évoquées par 37,5%.

Tableau XVII : Répartition selon le temps écoulé entre l'apparition de la maladie et la consultation.

Temps écoulé entre l'apparition de la maladie et la consultation	Effectifs	Pourcentage
1- 2 jours	31	19,6
2-7 jours	33	20,9
8-14 jours	1	0,6
14 jours et plus	23	14,6
Non précisé	70	44,3
Total	158	100

14,6% des enquêtés avaient consulté 14 jours après l'apparition des symptômes.

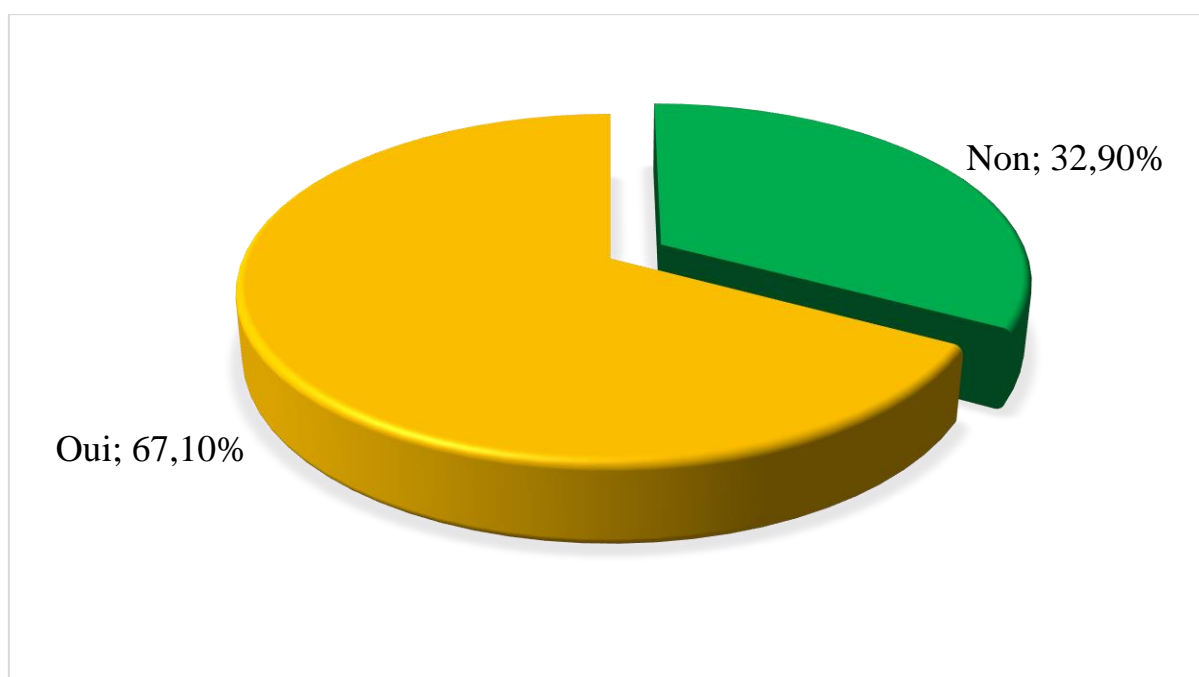


Figure 22 : Avez-vous des liens sociaux avec la communauté malienne

67,1% avaient des liens sociaux avec la communauté malienne.

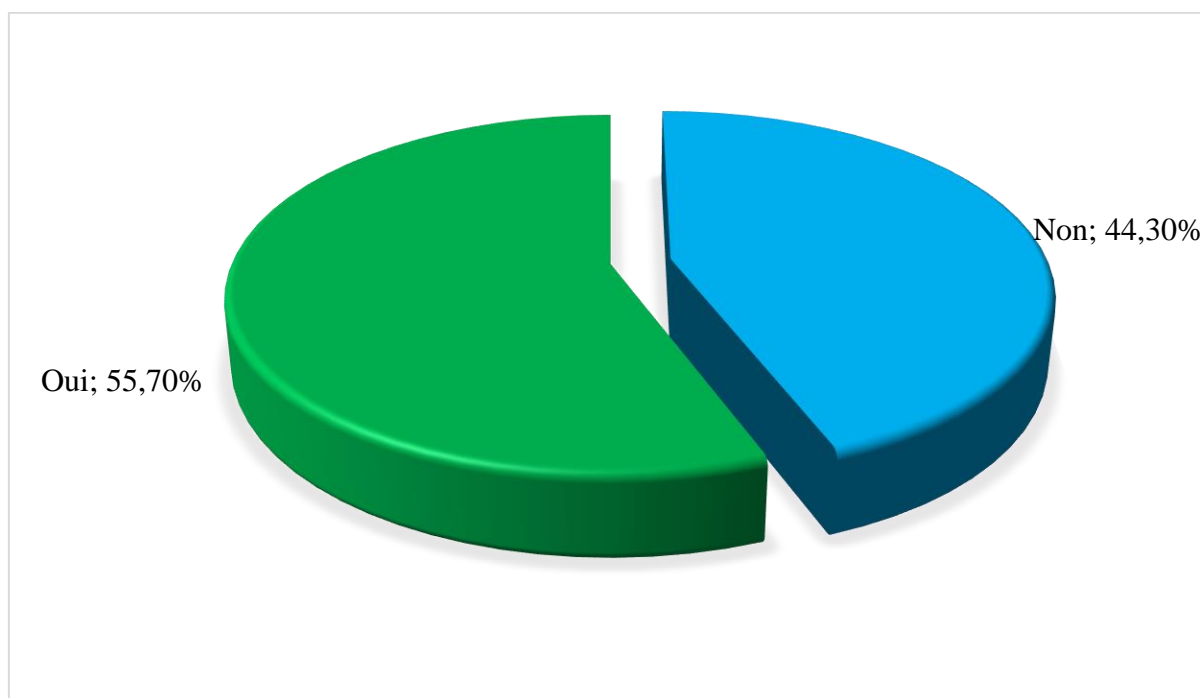


Figure 23 : Avez-vous des liens sociaux avec les autres communautés étrangères.

55,7% des sujets avaient des liens sociaux avec les autres communautés étrangères.

Approche analytiques

Tableau XVIII : Association de l'état vaccinal et la situation sur le sol Français

Situation sur le sol Français	Etat vaccinal		Total
	Vacciné	Non vacciné	
Régulier	92	49	141
Non régulier	12	5	17
Total	104	54	158

Test exact de Fisher; $p = 0,79$

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre l'état vaccinal et la situation sur le sol Français ($p > 0,05$).

Tableau XIX : Association de l'état vaccinal et le niveau de scolarisation

Scolarisation	Etat vaccinal		Total
	Vacciné	Non vacciné	
Scolarisé	80	42	122
Non scolarisé	24	12	36
Total	104	54	158

Test exact de Fisher ; $p = 0,536$

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre l'état vaccinal et la scolarisation ($p > 0,05$).

Tableau XX : Association du renoncement aux soins et la situation sur le sol Français

Situation sur le sol Français	Renoncement aux soins		Total
	Non	Oui	
Régulier	122	19	141
Non régulier	12	5	17
Total	134	24	158

Test exact de Fisher, $p = 0,48$.

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre le renoncement aux soins et la situation sur le sol Français ($p > 0,05$).

Tableau XXI : Association du renoncement aux soins et la scolarisation.

Scolarisation	Renoncement aux soins		Total
	Non	Oui	
Scolarisé	105	17	122
Non scolarisé	29	7	36
Total	134	24	158

Test exact de Fisher, $p = 0,433$

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre le renoncement aux soins et niveau d'étude ($p > 0,05$).

Tableau XXII : Association des raisons du renoncement aux soins et le sexe

Sexe	Renoncement aux soins		Total
	Oui	Non	
Féminin	48	10	58
Masculin	86	14	100
Total	12	14	26

Test exact de Fisher; $p = 0,648$

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre le sexe et le renoncement aux soins ($p > 0,05$).

Tableau XXIII : Association des personnes tombé malades ces 6 derniers mois et la situation sur le sol Français

Situation sur le sol Français	Malade dans les 6 derniers mois		Total
	Non	Oui	
Régulier	98	43	142
Non régulier	9	8	18
Total	105	51	158

Test exact de Fisher; $p = 0,62$

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre le type de traitement pris et la situation sur le sol Français ($p > 0,05$).

L'automédication était le traitement de prédominance chez les personnes ayant renoncé aux soins durant les 6 derniers mois précédents notre enquête.

Tableau XXIV : Association du traitement pris par les personnes ayant renoncés aux soins et le niveau d'étude.

Scolarisation	Malade dans les 6 derniers mois		Total
	Non	Oui	
Régulier	83	39	123
Non régulier	24	12	37
Total	105	51	158

Test exact de Fisher, $p = 0,535$

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre le type de traitement reçu et le niveau d'étude ($p > 0,05$).

Chez les personnes ayant renoncés aux soins au profit de l'automédication 22 avaient un niveau scolaire supérieur.

Tableau XXV : Association le suivi par un médecin traitant et la situation matrimoniale.

Situation matrimoniale	Suivi par un médecin traitant		Total
	Non	Oui	
Célibataire	22	64	86
Marié (e)	5	67	72
Total	27	131	158

Test exact de Fisher = 11,299; $p = 0,004$

Il existait une relation statistiquement significative entre le suivi par un médecin traitant et la situation matrimoniale ($p < 0,05$).

Les personnes en couples (familles) étaient les plus à avoir un médecin traitant.

Tableau XXVI : Association du complémentaire santé et la situation sur le sol français.

Situation sur le sol français	Assurance santé		Total
	Oui	Non	
Régulier	130	11	141
Non régulier	15	2	17
Total	145	13	158

Test exact de Fisher ; $p = 0,634$

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre la situation sur le sol Français et le type de l'assurance santé ($p > 0,05$).

Tableau XXVII : Association des difficultés d'accès aux soins et le sexe.

Sexe	Difficultés d'accès aux soins		Total
	Oui	Non	
Féminin	16	33	49
Feminin	1	7	8
Total	34	99	133

Test exact de Fisher; $p = 0,216$.

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre les difficultés d'accès aux soins et le sexe ($p > 0,05$).

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6.1. Limite de l'étude

Après plusieurs mois d'investigation, malgré un réseau solide, il y a des obstacles que je n'ai pas pu franchir. La relation d'enquête a atteint ses limites quand il s'agissait d'interviewer des mineurs isolés non accompagnés et des personnes que j'ai pu rencontrer seul mais qui n'était pas disposé à répondre ni à être rappelé pour des raisons qui leurs étaient propre.

Certains de mes interlocuteurs comprenaient uniquement que le soninké (langue que je ne comprends toujours pas et que je ne parle pas, hormis quelques formules courantes) et vivaient seuls dans leurs appartements

Le contexte socio-sanitaire nous a pousser à mener une enquête sur Google forms et par téléphone ce qui limite l'accès aux personnes à enquêter, La limitation de l'étude à la métropole de Lyon seulement ne peut pas nous permettre de généraliser les résultats trouvés

Aucune structure de la place ne voulait ou ne pouvait me donner le nombre exact, encore moins une idée générale de la répartition géographique des immigrants Maliens, chose qui allait me permettre de faire une cartographie par commune des Maliens résidant dans la métropole de Lyon.

Le personnel du Consulat malgré leur bonne volonté car les usagers Maliens qui viennent chercher des documents au consulat ont de profil très varié, beaucoup n'ont pas pu avoir des documents consulaires au consulat Général du Mali à Paris viennent les chercher à Lyon ; à cela s'ajoutent les maliens qui sont dans les pays voisins de la France, mais sont plus proches de Lyon que la capitale de leur pays de résidence où se trouve l'Ambassade du Mali. Enfin, beaucoup de Maliens résidant à Lyon ne cherchent pas de documents administratifs maliens parce qu'ils

ont déjà obtenu des documents français ou n'ont pas des pièces à fournir, pour avoir les documents maliens qu'ils ont besoin.

6.2. Profils sociodémographiques

▪ Sexe

Dans notre échantillon 100 sujets interrogé soit 63,3% étaient de sexe masculin, le sex-ratio H/F était de 1,7. Cela va à l'encontre des études récentes réalisées dans la population d'Afrique subsaharienne où l'on retrouve un sex-ratio proche de 1 (33). Dans notre étude, les hommes ont été plus abordables. En effet, ils sont plus faciles à retrouver souvent en groupe dans les lieux de travail.

Par contre d'après l'enquête annuelle de recensement 2004-2005 de l'INSEE les femmes sont majoritaires pour les tranches d'âge 20-52 ans et plus de 74ans (34). Une des raisons en est l'arrivée tardive des femmes en France : l'immigration par regroupement familial est très importante depuis une trentaine d'année et concerne plus souvent les femmes. Les femmes ont aussi une espérance de vie plus longue que les hommes, ce qui explique leur majorité au-delà de 74 ans (35).

▪ Statut matrimonial

Les célibataires avaient représenté 54,4% de notre échantillon. Cela explique davantage le système d'immigration Malien les populations immigrantes sont dans un premier temps des jeunes (célibataires) à la conquête de vie meilleure, après leur installation dans le pays d'accueil s'en suit une immigration par regroupement familial. Mais aussi les sujets mariés ont beaucoup de contrainte pour quitter la famille pour une durée non définie. Les couples ou familles font plus recours avec un parcours de soins mieux adapté cela à travers l'affiliation à un médecin traitant avec comme résultat (moins de renoncement ou de recours tardif aux soins) expliqué probablement par la présence d'enfants dans les ménages.

- **Age**

La majorité des sujets interrogé était dans la tranche d'âge de 18 à 35 ans avec un taux de 57% des cas. Il s'agit donc d'une population jeune, comme dans le recensement de 2004-2005 de l'INSEE dans laquelle 21% des Africains immigrés ont moins de 25 ans et seulement 4% plus de 65 ans (34).

Notre étude est comparable à celle **Darrier A** dont le thème était « les Recours aux soins primaires des Africains d'origine subsaharienne en Ile de France » dans lequel plus de la moitié de la population était âgée de moins de 30 ans.(36)

- **Résidence**

Les sujets résidents à Villeurbanne ont représenté 27,2% dans notre échantillon. Les sujets vivants dans un logement social ou HLM étaient les plus représentés soit 46,8%.

Sur ce point précis, nos données sont similaires à celles obtenues par *Gosselin, Desgrées du Loû et al. 2016*, selon laquelle les immigrés récents vivaient plus souvent en HLM (36% vs 11% pour la population générale) ou en meublé/chambre d'hôtel (9% vs 1%). (37)

Dans notre étude, 49,4% des immigrés maliens vivaient avec plus de trois personnes dans le même ménage. Notre résultat est confirmé par d'autres études, notamment par celle obtenue par l'ANRS-Parcours , qui affirmait que la plupart des migrants maliens qui gagne la France loge initialement en communauté ou dans un foyer de travailleurs (38). Toujours selon la même étude, il faut en générale une médiane entre 2 et 3 ans respectivement aux immigrés africains subsaharien, avant d'accéder à un premier logement personnel.

Plus encore Il faut en médiane 6 ans pour les femmes originaires d'Afrique Subsaharien et 7 ans pour les hommes avant de disposer des trois piliers de l'installation (accès à un premier logement personnel, accès à un premier titre de

séjour d'un an ou plus, et obtention d'une première activité permettant l'indépendance financière, légale ou non) (37)

Cet ancrage fort des migrants maliens dans leur communauté d'origine offre une certaine protection et des facilités pour accéder à l'emploi. (39)

▪ **Situation sur le sol Français**

Les étrangers avec titre de séjour étaient les plus représentés avec un taux de 69%. La majorité des sujets interrogés avait fait plus de 6 ans dans la métropole de Lyon soit 49,4%. Cela pourrait expliquer une certaine stabilité résidentielle (Les ressortissants maliens résident à Lyon pour des raisons professionnelles ou de mariage, ces maliens vivaient ou travaillaient dans d'autres villes françaises, mais, suite à des opportunités d'emplois ou dans le cadre de suivre leur conjoint et/ou conjointe sont installés à Lyon maintenant. Les maliens venus dans les années 1960, 1970 et 1980 sont maintenant à la retraite et vivent avec leurs familles à Lyon. Appelées sages ou doyens ces personnes ont même en leur sein deux grands Imams.

▪ **Niveau d'étude**

Le niveau d'étude supérieur était le plus représenté soit 45,6% des sujets ces résultats sont confortés par l'étude de Ichou 2017 qui affirmait que les immigrés sont le plus souvent plus instruits que la majorité de la population de leur pays de naissance. (40) Les intellectuels maliens de Lyon sont les Etudiants et les personnes qui ont obtenu un emploi après leurs études. Ces maliens en fin d'études qui travaillent ici sont employés dans plusieurs secteurs d'activité (enseignement supérieur, droit, expertise comptable, médecine, sociologie, architecture, informatique etc....).

Si les personnes immigrées d'Afrique subsaharienne subissent une segmentation professionnelle les renvoyant à occuper des emplois peu qualifiés et mal rémunérés(41), certaines d'entre elles, notamment lorsqu'elles ont obtenu un

diplôme après la migration, occupent des postes hautement qualifiés.(42) Le contexte dans lesquelles vivent les personnes immigrées d’Afrique subsaharienne ne sont pas les mêmes, et dépendent des raisons de leur migration mais également de la période à laquelle elles sont arrivées en France.

Même si des fois, leur niveau d’instruction contraste avec leur niveau de vie en France, en particulier au regard du logement.

▪ **Profession**

Les employés, les étudiants et les retraités avaient représentés respectivement 51,3% 22,8% et 3,2% de notre échantillon de 158 personnes. Sur ce point, un fait a particulièrement retenu mon attention : le fossé entre le niveau de qualification des enquêtés et l’emploi qu’ils occupent à leur début.

Certaines de mes interlocuteurs des fois même alphabétiser sont surreprésentés dans les positions basses de la hiérarchie des métiers et dans les emplois précaires (CDD et intérim). Indépendamment de leur capital scolaire, tout se passe comme si leur statut de travail était un « statut à “horizon fermé“.

Les autres peu qualifié occupe souvent des postes subalternes, avec des horaires de travail décalés et des risques majorés d’accident du travail, peu regardantes sur les titres de séjour, ils sont souvent embauchés sans être déclarés. A ce point notre étude va dans à l’encontre de ceux obtenus par l’étude doctorale de *David MAHUT* (43)

Le nombre de cadre fonctionnaire était 13 soit (8,2%) parmi les actifs, donc les maliens ne font l’exception à ce niveau vis-à-vis de la population africaine immigrante subsaharienne car sous représentés en matière de cadre comme décrit l’ étude de (INSEE 2018).

6.3. Itinéraire thérapeutique (parcours de soins) des immigrants maliens.

▪ Suivi par un médecin traitant

Dans notre échantillon 131 des sujets interrogés avaient un médecin traitant soit 82,9% et ce médecin traitant était déclaré à la sécurité sociale par 80,4% des sujets interrogés.

Dans le cadre du parcours de soins, la présence d'un médecin généraliste référent pour chaque patient facilite la coordination et l'organisation de son suivi. Le retard au diagnostic et dans une moindre mesure à l'entrée en soins, ainsi que le défaut de maintien en soins exposent les personnes concernées à un diagnostic tardif et donc à une morbi-mortalité significative. Les raisons de cette déficience sont multiples et souvent complexes. Cependant, il est important de les étudier pour engager des actions. (44)

La consultation aux urgences peut être l'occasion de rappeler aux patients la nécessité d'être suivi par un médecin traitement qui permet d'éviter la majorité des problèmes urgents. Il a d'ailleurs été montré dans une étude de 2010 que le taux de déclaration du médecin traitant avait augmenté de 17% au décours de la mise en place d'une consultation de ce type (45).

Favoriser un suivi par un médecin généraliste pour la population migrante est doublement bénéfique : d'un point de vue individuel, il améliore leur état de santé, et d'un point de vue collectif palie aux difficultés des uns ; en contribuant à mieux adapter l'offre à la demande et ainsi améliorer la prise en charge des autres.

▪ Consultation

Pendant les 6 derniers mois précédant notre enquête, 68,4% avaient effectué au moins une consultation, 24,7% avaient consulté aux urgences parmi lesquels 67,7% étaient satisfaits de ces consultations faites aux urgences.

La prise de rendez-vous était la principale modalité d'accéder à un professionnel de santé pour 141 sujets soit 89,2%. Quant aux structures de santé fréquentées, le cabinet privé était le lieu de recours pour les besoins de soins dans 67,1% des cas. La majorité des interrogés bénéficiait d'une complémentaire santé sociale et mutuelle dans 53,8%.

Les conclusions des travaux les plus récents montrent que la population migrante ou étrangère souffre d'un moins bon état de santé que la population autochtone (46). Ce dernier constat suppose que l'effet de sélection soit compensé par un effet délétère de la migration qui découlerait en outre des discriminations, de la précarité économique et de la perte de lien social auxquels les populations migrantes sont davantage exposées chose qui ne cohérent pas avec les résultats de notre étude.

En sommes notre étude conclu un assez bon parcours de soins et suivi thérapeutique assez encourageant que dans la plupart des études menée sur les immigrés africains subsahariens, comme le disait cette phrase toute personne, qui travaille ou étudie en France, a une assurance maladie et n'a aucun problème pour se faire soigner. Cette règle est valable pour les migrants mineurs pris en charge par les associations parce que dès l'admission des migrants mineurs dans les centres d'accueil, ils sont directement inscrits à l'assurance maladie avec une charge gratuite à 100%.

En 2008, l'OMS rappelle que : « *la justice sociale, le droit à la santé pour tous ainsi que la participation et la solidarité sont étroitement associées au concept de soins de santé primaire et c'est par eux que ces valeurs prennent corps et permettent la réduction des inégalités sociales de santé* » (47)

Seuls, les jeunes migrants maliens ayant atteint la majorité et qui n'auront pas de document administratif délivré par la Préfecture attestant leur présence légale sur le territoire français, sont confrontés à d'énormes problèmes pour recourir aux

soins de santé. Quand ils ont des ennuis de santé, ils sont obligés de se débrouiller seul ou se coucher dans leur lieu d'hébergement parce qu'étant en situation irrégulière, ils pensent ne pouvoir aller dans aucune structure de santé, par peur de se faire interpeller par la Police ou la Gendarmerie. Ces résultats vont donc à l'encontre de l'hypothèse d'un effet de sélection à la migration et en faveur d'un effet délétère de la migration lié aux conditions de vie dans le pays d'accueil. Cependant, le schéma est moins clair lorsque la santé est appréciée à l'aide des deux autres indicateurs. Les immigrants Maliens semblent déclarer moins fréquemment avoir une maladie chronique que les immigrants naturalisés (ils ont généralement plus duré ici donc plus avancé en âge ce qui pourrait expliquer la fragilité de leur état de santé)

6.4. Détermination de la fréquence des maladies couramment rencontrées dans la population immigrante malienne.

Pour apprécier l'état de santé, nous avons utilisé la première des trois questions standardisées proposées par le bureau européen de l'OMS relative à l'état de santé perçu : « *En général, diriez-vous que votre état de santé est : très bon, bon, moyen, mauvais ou très mauvais ?* » Un indicateur dichotomique d'état de santé perçu, construit à partir de cette question, oppose les individus qui déclarent un « très bon » ou « bon » état de santé aux individus qui déclarent un état de santé « moyen », « mauvais » ou « très mauvais ».

Cet indicateur subjectif de l'état de santé est fréquemment utilisé en économie de la santé car il reflète certains aspects qui ne sont pas saisis, selon Eurostat (48), par des indicateurs objectifs car ils peuvent, en outre, inclure la gravité de la maladie ou encore l'état de santé mentale. A cet effet 55,7% ont jugé bon leur état de santé au cours de notre étude. Cela pourrait s'expliquer par le nombre élevé de couple avec au moins un enfant charge et aussi grâce à leur durée de résidence (plus de 6ans) sans oublier leur statut de détenteur de document en règle.

Selon une étude française chez les nouveaux migrant 1 sur 10 des personnes enquêtées se disaient en mauvais état de santé (49).

Durant les 6 derniers mois précédents notre enquête, 36,1% des interrogés avaient des antécédents médicaux personnel, l'ulcère gastroduodéal a représenté 17,9% de ces antécédents suivis de l'hypertension artérielle (12,3%) de sciatique chronique (12,3%) et du diabète (8,5%).

Les infections respiratoires et ORL étaient le plus représenté comme motif de consultation soit 38,9% chez les sujets ayants eu recours aux soins dans les 6 derniers mois. La fréquence élevée de ces pathologies respiratoires peut s'expliquer par leur condition de vie notamment car la majorité de ces immigrés vivent en collectivité qui est un facteur de transmission des maladies respiratoires.

Selon l'étude menée par Chaud P et al (50) , les infections respiratoires aiguës (IRA) hautes et ORL, représentaient respectivement 17% des recours à Calais et 35% à Grande-Synthe en moyenne, soit les deux principaux motifs de consultation dans leur étude (50):

Au cours de notre étude 18 sujets avaient consulté pour maladie gastro-intestinale soit 11,4% ; 17 sujets ont été victimes d'accident soit 10,80% avec 1 cas d'agression physique. **Chaud P et al** avait trouvé 8,7% cas de traumatisme à Grande-Synthe et 7,3% à Calais dans leur étude.

6.5. Identification des contraintes liées à l'accès aux soins des immigrés Maliens.

Durant les 6 derniers mois 37,3% des 158 sujets interrogés avaient déclaré avoir rencontrer des difficultés d'accès aux soins soit 25 femmes et 44 hommes parmi lesquelles des problèmes financiers, de prise de rendez-vous puis le manque de temps lié au travail auxquels s'ajoute à un manque crucial d'information précise et d'orientation.

Dans notre étude 24 personnes soit (15,2%) des sujets interrogés avaient dit avoir renoncé à des soins. La peur de détection, et l'irrégularité des documents constituait les principaux motifs d'abandon. Ainsi notre étude est soutenue par un rapport des médecins du Monde en 2010 qui disait que 58% des immigrants accueillis dans les centres d'accueil de Soins et d'Orientation des Médecins du Monde sur l'ensemble du territoire français déclarent limiter leurs déplacements par peur des contrôles (51).

Le manque de temps lié au travail, les problèmes financiers, l'absence de couverture sanitaire et le problème de prise de rendez-vous étaient les principales difficultés d'accès aux soins avec respectivement 11,4% ; 9,5% ; 9,5% et 8,9% à ceci s'ajoutent les difficultés administratives par complexité des démarches, le manque d'information précise et d'orientation la méconnaissance des droits et des structures délivrant des soins, les problèmes culturels, la peur d'attraper le covid- (contexte pandémique), l'expiration de l'AME, le problème linguistique.

Ces taux sont similaires à ceux obtenus par *Chappuis M ; Corty J F* une étude portant sur l'accès aux soins des immigrants.

Dans leur étude, la méconnaissance des droits et des structures délivrant des soins, les barrières linguistiques et les difficultés administratives liées à la complexité des démarches, constituaient les trois principaux obstacles (cités par plus d'un quart des patients fréquentant les Casos) à l'accès aux soins (18,52).

▪ Travail

Dans notre étude 59,5% avaient une activité rémunératrice sans compter les étudiants dont le taux représentait 22,8 % puis viens 9,5% de sans emploi.

Selon l'INSEE (53), les immigrants travaillent plus souvent que les non-immigrés dans des emplois peu qualifiés (38% de ceux qui ont un emploi sont ouvriers ou employés non qualifiés contre 19% pour les non-immigrés). Ils rencontrent aussi des difficultés pour accéder à un emploi ou s'y maintenir. Cette difficulté à

accéder à l'emploi conditionne nécessairement leurs revenus, causant ainsi un énorme problème d'accès aux soins

▪ **Couverture maladie**

Depuis une dizaine d'année, les pouvoirs publics ont réalisé l'importance de s'occuper de cette population. Ainsi des aides financières spécifiques adaptées à chaque situation ont été créées : l'aide Médicale d'Etat et la Couverture Maladie Universelle. Elle ne prend en charge que la part obligatoire (54)A travers ce travail nous avons constaté que l'accès à une couverture maladie était effectif dès la première année pour la majorité des immigrés.

En effet les chances d'obtenir une première couverture maladie étaient plus faibles les années sans titre de séjour. Notre étude montrait que, parmi les bénéficiaires de l'Assurance maladie en plus d'être du régime général de la sécurité sociale comme 80 % des personnes vivant sur le territoire français ; **58,9%** des immigrés maliens avaient une mutuelle, **22,2%** une complémentaire santé solidaire de base avec contribution financière et **5,1%** bénéficiaient d'une prise en charge à 100 % et enfin **5,7%** bénéficiaient de l'AME tandis que le reste soit **8,2%** ne bénéficie d'aucune complémentaire santé.(dont 0,01% des immigrés en attente de régularisation) Bénéficiaire d'aides financières n'est pas un gage d'accès aux soins car en France, 8% des médecins généralistes en secteur I refusent les détenteurs de la CMU et 34% ceux de l'AME d'après une étude sur la discrimination de MdM (55). Ces refus s'expliquent par la lourdeur administrative et par le non-respect du parcours de soins.

▪ **Difficultés administratives**

Dans notre étude les difficultés administratives par complexité des démarches ont été citées par 4,4% des interrogés. De même 43% et 44% respectivement parmi les femmes et les hommes avaient déclaré avoir rencontré des difficultés d'accès aux soins parmi lesquelles les problèmes financiers, de prise de rendez-vous puis le

manque de temps lié au travail, et lié à un manque d'information précise et d'orientation.

Les migrants, notamment maliens en situation irrégulière en France, représentent un groupe hétérogène de personnes dont l'état de santé est variable. Cette population est difficile à distinguer de celle possédant un titre de séjour dans le système de soins général. L'utilisation de papiers de proche, la possession d'une vraie carte vitale lorsqu'on travaille avec des faux papiers et/ou la méconnaissance de leur droit par les migrants complexifie la catégorisation des personnes pour les études. Quoiqu'il en soit, la précarité administrative entraîne une précarité sanitaire (56).

Selon l'observatoire de l'accès aux soins de Médecins du Monde (51), 70% des personnes sans autorisation de séjour ayant participé à une enquête en 2008 peuvent légalement bénéficier d'une prise en charge dans les pays où elles vivent. Mais, seuls 57% des personnes connaissent les démarches à suivre.

▪ **Vaccination**

Au-delà de la dimension curative, il importe de souligner les difficultés d'accès au dépistage et à la prévention, pour les étrangers et les immigrés. Dans notre étude 34,8% de notre échantillon n'était pas à jour de vaccinations obligatoires et 28,5% ne savaient pas où aller pour se faire vacciner.

Il existait une relation statistiquement significative entre l'état vaccinal et la situation sur le sol Français ($p = 0,014$) et entre l'état vaccinal et le niveau de scolarisation ($p = 0,001$).

▪ **Renoncement aux soins**

Dans notre étude, 24 sujets interrogés avaient renoncé à des soins soit 15,2%. Parmi les raisons fréquemment évoquées figurent en bonne place : la peur de détection de la situation d'irrégularité sur le sol français, l'irrégularité des

documents ou problèmes de papiers ; le manque de moyens financiers ; et la peur de contracter la Covid-19 dans respectivement 34,6%, 23,1% et 20,8%.

Cependant lorsque ces barrières sont le fait des institutions de soin elles-mêmes (refus des médecins libéraux ou d'établissements de santé d'accepter l'Aide Médicale d'État ou la Couverture Maladie Universelle, obstacle à l'accueil de patients sans couverture maladie, etc.) il s'agit du refus de soin qu'il faut bien différencier du renoncement aux soins.

Maintenir un accès continu à des soins cohérents et adaptés pour l'ensemble de la population vivant sur le territoire français est un impératif de solidarité.

6.6. Identification des facteurs associés à la morbidité des immigrants maliens.

En effet 14,6% des sujets ayant consulté ont mis plus de 14 jours pour se rendre dans une structure de santé et 20,9% ont consulté 2 à 7 jours après l'apparition des premiers symptômes.

Cela pourrait s'expliquer d'une part par le fait que ces personnes pensent avoir acquis une certaine expérience et pas avoir suffisamment de temps leur permettant de se passer des services des structures sanitaires et des fournisseurs de soins.

Et d'autre part ils consultent seulement et si au bout d'une dizaine de jours les symptômes persistent d'où des recours tardifs responsable de persistance de certaine maladie telle que l'ulcère gastro duodénal.

Nous avons aussi trouvé que parmi les 53 sujets ayant déclaré être tombé malades durant les 6 derniers mois (fig12), 36 personnes des interrogés(fig13) avaient eu recours à l'automédication et 11,3 % pour les soins traditionnels ou alternatifs. Parmi les conséquences de l'automédication on peut citer : la propagation des résistances, la complication de certaines pathologies mal traitées engageant le pronostic vital du patient. A cela s'ajoute le traitement traditionnel qui peut

entretenir la maladie jusqu'à la chronicité. Malgré les effets néfastes, ce fort taux d'automédication pouvait être expliqué par le contexte sanitaire du moment se rajoutant aux difficultés déjà existantes d'accès aux soins pour cette population vulnérable aussi bien pour les réguliers que ceux en situation d'irrégularité. Parmi les facteurs de risques associé à l'accès aux soins nous pouvons citer : le manque d'information sur la Covid-19 à travers la peur d'aller s'exposer en milieu de soins, l'absence de médecin traitant et de couverture sanitaire, manque d'information précise et d'orientation, sans oublié les difficultés administratives liées à la complexité des démarches dû à la méconnaissance des texte de loi sur le droit à la santé.

Par ailleurs selon l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), l'usage irrationnel ou non rationnel des médicaments est un problème mondial majeur et estime à l'échelle mondiale, plus de la moitié des médicaments sont prescrits, distribués ou vendus de manière inappropriée et la moitié des patients ne les prennent pas correctement. Un usage incorrect des médicaments avec des effets nocifs pour les patients entraîne une dilapidation des ressources. Cet usage incorrect peut prendre la forme d'une consommation exagérée sur prescription ou en vente libre (57) entraînant ainsi un réel problème de santé des population faisant recours à cette pratique.

Dans notre étude, 67,1% avaient des liens sociaux avec la communauté malienne. Appartenir à une communauté pourrait constituer progressivement un ensemble de connaissances, une banque d'informations permettant des partages d'expérience, la constitution de réseaux, une implication collective dans l'amélioration des méthodes de promotion de la santé, une protection contre les risques de vulnérabilités, et de l'insécurité alimentaire.

Car au-delà des effets liés aux conditions matérielles de vie sur l'état de santé, certaines études ont montré l'importance des facteurs liés à la perte du lien social pour expliquer l'état de santé des migrants.

Etant donné que la migration peut en effet les exposer à un stress important associé à l'insertion dans un nouvel environnement et à un manque de soutien social (OMS 2008). Ces facteurs sont étroitement liés à l'intégration sociale et aux interactions sociales qui font référence au concept du capital humain.

En somme nous pouvons dire qu'il existe une certaine relation entre l'état de santé de cette population immigrée et quelques facteurs qui peuvent être soit protecteur soit de risque dont les principaux sont entre autre la régularité ou l'irrégularité (statut administratif sur le sol Français), l'alimentation et la bonne hygiène de vie , l'ancienneté sur le territoire à travers l'âge avancé (risque de survenu de maladie chronique du à l'âge) ,le manque d'information précise sur leur maladie (renoncement par négligence, par surestimation du cout de la prise en charge) ainsi que leur droit aux soins (mentalité de n'ayant pas droit), et enfin certaines conditions de travail (mauvaise posture, horaire décalée, accidents de travail).

Car pour ainsi dire les personnes ayant le plus déclarées avoir des liens sociaux avec les deux communautés sont ceux qui ont moins déclaré avoir renoncé, ou retardé leur recours aux soins de plus elles étaient plus informées sur leur droit et devoir vis-à-vis du système de soins, faisaient plus attention à leur alimentation et hygiène de vie sans pour autant négliger leur condition de travail.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

Les migrants présentent souvent des problèmes de santé difficiles à diagnostiquer faute de suivi et des infections favorisées par leur condition de vie. Dans notre échantillon 63,3% étaient de sexe masculin, la majorité était des adultes jeunes célibataires vivants dans les logements sociaux. La plupart était employés avec titre de séjour possédant un niveau d'étude supérieur.

Toutes fois les immigrés maliens semblent déclarer moins fréquemment avoir une maladie chronique, la majorité avait un médecin traitant. La prise de rendez-vous était la principale modalité d'accéder à un professionnel de santé. Les infections respiratoires et ORL étaient les plus représentés. Le manque de temps lié au travail, les problèmes financiers, l'absence de couverture sanitaire appropriée et le sans oublier les difficultés administratives liées à la complexité des démarches dû à la méconnaissance des textes de loi sur le droit à la santé étaient les principales difficultés d'accès aux soins. La peur de détection de la population en situation d'irrégularité, irrégularité des documents étaient les raisons du renoncement aux soins. La durée de consultation était longue et la majorité des sujets faisaient recours à l'automédication. Il est donc essentiel de faciliter l'accès aux soins pour ces populations afin de leur permettre un recours non retardé aux soins et à la prévention.

Il convient donc de s'intéresser aux programmes de sensibilisation du personnel dans le domaine bio-médico-social. La proposition d'une initiation aux pratiques de la clinique transculturelle en est une application : en visant une approche globale et centrée sur la personne, en intégrant les dimensions socio-culturelles à notre pratique médicale.

Pour terminer, selon nous il était important de parler de ces différents aspects entourant l'état de santé de cette population vulnérable car c'est bien notre

responsabilité de médecin et d'acteur du secteur sanitaire qui entre en jeu : elle nous engage à nous sentir concernés et à nous mobiliser afin de contribuer à l'amélioration de la santé, mais d'une santé pour tous, répondant aux valeurs d'équité et de solidarité.

Recommandations

A la fin de cette présentation nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités française

- Renforcer d'avantage les capacités des centres d'accueil des immigrants ;
- Sensibilisé d'avantage sur les droits d'accès des immigrés aux soins de santé ;
- Mettre en œuvre des politiques de santé publique adaptées visant à améliorer l'état de santé et l'accès aux soins des populations d'origine étrangère, notamment à travers la prévention, le développement d'actions de proximité et de simplification de l'accès à certains droits et dispositifs tels que la Couverture maladie universelle ou l'Aide médicale d'État.

Aux autorités maliennes

- Accompagner les immigrants en matière de déplacement vers l'extérieure ;
- Veuillez à l'état de chaque citoyen malien qu'il soit à l'intérieur comme à l'extérieur du pays ;
- Faciliter l'accès au papier pour éviter les immigrations clandestines.

Au consulat général du Mali à Lyon

- Mettre en place un système de recueil d'information bien répartie sur sa population (recenser en fonction des lieux de provenance de chaque usagé) ;
- Renforcer les capacités des d'accueil des immigrants ;
- Sensibiliser d'avantage sur les droits d'accès des immigrés aux soins de santé ;
- Faciliter les démarches et l'accès au papier pour éviter les situations irrégulières (facteurs de mauvaise santé),
- Accompagner et sensibiliser les immigrants en matière de démarche pour l'obtention des documents administratif ;

- Aller à la rencontre de sa population, les informer, en recensant leurs problèmes ;
- Proposer des solutions concrètes aux problèmes administratif de sa population.

Aux immigrants Maliens vivant à Lyon

- Se réunir en communauté afin de faciliter l'accueil et l'orientation des nouveaux venus ;
- Organiser des campagnes de sensibilisation pour la protection et la promotion de santé ;
- Informer les praticiens sur leur parcours thérapeutique pour une meilleure prise en compte de leurs problèmes de santé.

REFERENCES

REFERENCES

1. UNESCO. Migrations et sociétés inclusives [Internet]. UNESCO. 2019 [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://fr.unesco.org/themes/promouvoir-droits-inclusion/migration>
2. Expatriés maliens par âge France [Internet]. Statista. [cité 19 nov 2020]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/633709/immigres-maliens-france-age/>
3. Federici PL. La prise en charge des patients migrants en médecine générale : soigner mieux en connaissant plus ». [N°PA0G072]; 2013.
4. Vignier. N N. Barrières et facteurs favorisant l'accès aux soins des migrants originaires d'Afrique subsaharienne en France : une comparaison en fonction de leur statut vis-à-vis du VIH et de l'hépatite B chronique. [Internet]. [FRANCE]: École doctorale Pierre Louis de Santé Publique à Paris : Épidémiologie et Sciences de l'Information Biomédicale (ED 393) Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique / Équipe de Recherche en Épidémiologie Sociale; 2018 [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.16268.16006>
5. GONIN, KOTLOK P et N. Migrations et pauvreté : essai sur la situation malienne. CERISCOPE PAUVRETE 2012 [Internet]. 23 janv 2012 [cité 20 nov 2020]; Disponible sur: <http://ceriscope.sciences-po.fr/node/247>
6. d'Albis H, Boubtane E. L'admission au séjour des demandeurs d'asile en France depuis 2000. Population Societes [Internet]. 2018 [cité 17 juin 2021];N° 552(2):1-4. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-population-et-societes-2018-2-page-1.htm>
7. L'OMS se penche sur la santé des migrants en Europe. La Croix [Internet]. 21 janv 2019 [cité 19 nov 2020]; Disponible sur: <https://www.la-croix.com/Monde/Europe/LOMS-penche-sante-migrants-Europe-2019-01-21-1200996958>
8. Klausser N. Le droit au séjour pour soins en Belgique et en France : Des restrictions certaines, un avenir incertain. Droits des étrangers. La Revue des droits de l'homme Revue du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux [Internet]. 11 déc 2015 [cité 22 nov 2020]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/revdh/1751>

9. Berchet C, Jusot F. Inégalités de santé liées à l’immigration et capital social : une analyse en décomposition. *Économie publique/Public economics* [Internet]. 15 nov 2012 [cité 22 nov 2020];(24-25):73-100. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/economiepublique/8484>
10. Medecin du Monde-FRANCE. RAPPORT-OBSERVATOIRE-2018-Synthese 2017 LES PERSONNES RENCONTRÉES AU SEIN DES CENTRES D’ACCUEIL, DE SOINS ET D’ORIENTATIONS (CASO) pdf. FRANCE; 2018 p. 6.
11. Pierre Aïach. Les inégalités sociales de santé - Pierre Aïach - Librairie Eyrolles [Internet]. [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.eyrolles.com/Entreprise/Livre/les-inegalites-sociales-de-sante-9782717858341/>
12. Desgrees-du-Lou A, Pannetier J, Ravalihasy A, Le Guen M, Gosselin A, Panjo H, et al. Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France: AIDS [Internet]. févr 2016 [cité 28 nov 2020];30(4):645-56. Disponible sur: <http://journals.lww.com/00002030-201602200-00013>
13. Caroline DESPRES. Le renoncement aux soins pour raisons financières - Analyse socio-anthropologique. FRANCE; 2012 p. 187. Report No.: 119.
14. Vignier N. Barrières et facteurs favorisant l’accès aux soins des migrants originaires d’Afrique subsaharienne en France : une comparaison en fonction de leur statut vis-à-vis du VIH et de l’hépatite B chronique. [Internet]. Unpublished; 2018 [cité 18 nov 2020]. Disponible sur: <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.16268.16006>
15. Santelli E. Accès au marché du travail : l’inégale insertion professionnelle des descendants d’immigrés [Internet]. *Migrations et mutations de la société française*. La Découverte; 2014 [cité 17 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/migrations-et-mutations-de-la-societe-francaise--9782707177117-page-167.htm>
16. Lanna F, Marchand A, Thébaud-Mony A. Cancer et travail : des liens et des droits niés. *Plein droit* [Internet]. 2010 [cité 17 déc 2020];86(3):10. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-plein-droit-2010-3-page-10.htm>
17. Cagnet M, Hamel C, Moisy M. Santé des migrants en France : l’effet des discriminations liées à l’origine et au sexe. *Revue européenne des migrations*

- internationales [Internet]. 1 juin 2012 [cité 17 déc 2020];28(vol. 28-n°2):11-34. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/remi/5863>
18. Chappuis M. ACCÈS AUX SOINS : LE PARCOURS DU COMBATTANT DES ÉTRANGERS EN SITUATION PRECAIRE OBSERVATOIRE MdM. juill 2012;NUMERO 23 NF JUILLET 2012:4.
 19. Izambert. C C. 30 ans de régressions dans l'accès aux soins. Plein droit [Internet]. 2010 [cité 18 déc 2020];n° 86(3):5-9. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-plein-droit-2010-3-page-5.htm>
 20. Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins en France 2016 [Internet]. [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2017/10/13/rapport-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-en-france-2016>
 21. What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? a life course approach. 15 août 2011;Spallek et al. Emerging Themes in Epidemiology 2011, 8:6 [http://www.ete-online.com/content/8/1/6\(8\):6](http://www.ete-online.com/content/8/1/6(8):6). Disponible sur: Spallek et al. Emerging Themes in Epidemiology 2011, 8:6 <http://www.ete-online.com/content/8/1/6>
 22. Guessous I, Gaspoz JM, Theler JM, Wolff H. High prevalence of forgoing healthcare for economic reasons in Switzerland: A population-based study in a region with universal health insurance coverage. Preventive Medicine [Internet]. 1 nov 2012 [cité 17 juin 2021];55(5):521-7. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743512003787>
 23. PRÉFECTURE DU RHONE 106 rue Pierre Corneille. Plan_départemental_dintégration_Rhone_PDI.pdf [Internet]. FRANCE / Lyon; 2011 2012 p. 48. Disponible sur: Site internet : www.rhone.gouv.fr
 24. Beauchemin C, Hamel C, Simon P. Trajectoires et origines: Enquête sur la diversité des populations en France. INED Editions; 2016. 626 p.
 25. Précarité dans le Grand Lyon : vers une réduction mais plus de concentration - Insee Analyses Rhône-Alpes - 22 [Internet]. [cité 19 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285700>
 26. Berchet C, Jusot F. État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français [Internet]. Post-Print. HAL; 2012 [cité 17 juin 2021]. (Post-Print). Report No.: hal-01593737. Disponible sur: <https://ideas.repec.org/p/hal/journal/hal-01593737.html>

27. Ravalihasy A, Lert F, Vignier N. Santé, besoins de prévention et de soins [Internet]. Parcours. La Découverte; 2017 [cité 17 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/parcours-de-vie-et-sante-des-africains-immigres--9782707196453-page-265.htm>
28. Pannetier J. Liens transnationaux et santé mentale : de la nécessité du lien entre ici et là-bas ? Le cas des migrations africaines en Île-de-France. Revue européenne des migrations internationales [Internet]. 1 oct 2018 [cité 17 juin 2021];34(vol. 34-n°2 et 3):79-99. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/remi/10817>
29. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health [Internet]. 11 mars 2013 [cité 17 juin 2021];12(1):18. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
30. Carte détaillée Lyon - plan Lyon - ViaMichelin [Internet]. [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: https://www.viamichelin.fr/web/Cartes-plans/Carte_plan-Lyon-69000-Rhone-France
31. http://www.economie.grandlyon.com/fileadmin/user_upload/fichiers/site_eco/20090602_onlylyon_campagne_dp_fr.pdf.
32. INSEE Rhône-Alpes. Population immigrée par sexe, âge et pays de naissance en 2016 – Département du Rhône (69) –Étrangers - Immigrés en 2016 | Insee [Internet]. 2016 [cité 28 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4177162?sommaire=4177618&geo=DEP-69>
33. INSEE. Répartition des étrangers par nationalité en 2009. Recensement 2009, exploitation principale.
34. Borel C. Enquêtes annuelles de recensements 2004 et 2005 : Près de 5 millions d'immigrés à la-mi 2004. INSEE Première, 2006, n°1098, 4p.
35. COMEDE. Le Guide Comede, guide pratique de prise en charge médico-psycho-sociale des exilés et migrants/étrangers en situation précaire. Édition 2008, 568 p.
36. DARRIER A. Recours aux soins primaires des Africains d'origine subsaharienne en Ile de France (Freins et Motivations). 2013.

37. Gosselin A, Desgrées du Loû A, Lelièvre E, Lert F, Dray-Spira R, Lydié N. Migrants subsahariens : combien de temps leur faut-il pour s'installer en France ? = How long do sub-Saharan migrants take to settle in France ? 1 janv 2016;
38. Renaut S. D'un recensement à l'autre : 1990-1999, la population immigrée en foyers de travailleurs. *Retraite et société*, 2006/1 ; 47 : 170-192.
39. Daum C. Les associations de Maliens en France, migration, développement et citoyenneté. Paris : Karthala, 1998. 253 p.
40. Ichou M, Goujon A, DiPAS LDL. Le niveau d'instruction des immigrés : varié et souvent plus élevé que dans les pays d'origine. *Population Societes* [Internet]. 2017 [cité 17 juin 2021];N° 541(2):1-3. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-population-et-societes-2017-2-page-1.htm?ref=doi>
41. Brinbaum Y, Primon J-L, Meurs D. Situation sur le marché du travail : statuts d'activité, accès à l'emploi et discrimination (Chapitre 7). In: Beauchemin C. dir., Hamel C. dir., Simon P. dir., éditeurs. *Trajectoires et origines : Enquête sur la diversité des populations en France* [Internet]. INED; 2016 [cité 17 juin 2021]. p. 203-32. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01282791>
42. Guen ML. Genre, conditions de vie et conjugalité autour de deux ruptures biographiques : migration et diagnostic d'infection au VIH chez les immigré·e·s d'Afrique subsaharienne vivant en Île-de-France [Internet] [phdthesis]. Université Paris Saclay (COMUE); 2018 [cité 17 juin 2021]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01959595>
43. Mahut D. LES BAMAKOIS DIPLÔMÉS DE PARIS. :421.
44. Montlahuc C, Guiguet M, Abgrall S, Daneluzzi V, Salvador F de, Launay O, et al. Impact of Late Presentation on the Risk of Death Among HIV-Infected People in France (2003–2009). *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* [Internet]. 1 oct 2013 [cité 17 juin 2021];64(2):197-203. Disponible sur: https://journals.lww.com/jaids/fulltext/2013/10010/impact_of_late_presentation_on_the_risk_of_death.13.aspx
45. Boeke, A.J., et al., Effectiveness of GPs in accident and emergency departments. *Br J Gen Pract*, 2010. 60(579): p. e378-84.

46. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. Inégalités de santé liées à l'immigration en France. *Revue économique* [Internet]. 30 mars 2009 [cité 17 juin 2021];Vol. 60(2):385-411. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-economique-2009-2-page-385.htm>
47. Organisation mondiale de la santé (OMS). Les soins de santé primaire : maintenant plus que jamais. *Rapport sur la santé dans le monde*. Genève : OMS ; Avril 2008. 127p.
48. http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_2_en.htm.
49. Coirier E. L'état de santé des nouveaux migrants. *Infos migrations*. 2014;(70):1-4.
50. Chaud P, Haeghebaert S, Leduc G, Merlin B, Janssens M, Denoual A, et al. Surveillance des maladies infectieuses dans les populations migrantes accueillies à Calais et à Grande- Synthe, novembre 2015 – octobre 2016. *Bull Epidémiol Hebd*. 2017;(19-20):374-81. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_1.html.
51. Médecin du monde. Observatoire de l'accès aux soins de la mission France. *Rapport sur l'activité 2010*. Oct 2011.
52. Chappuis M ; Corty J F. Accès aux soins : le parcours du combattant des étrangers en situation précaire. *Après demain*. Juillet 2012/3 N ° 23, pages 24 à 26.
53. Monso O., Gleizes F., Division emploi. Langues, diplômes : des enjeux pour l'accès des immigrés au marché du travail. *INSEE Première*, 2009, n°1262.
54. CPAM. CMU de base : une assurance maladie pour tous. (en ligne). In : Ameli. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmu-et-complementaires-sante/cmu-de-base-une-assurance-maladie-pour-tous/cotisation-et-prise-en-charge-de-vos-soins.php> (Consultée le 01 Mai 2021).
55. Ministère de la santé et des sports. Conférence nationale de santé, droit et accueil des usagers. *Résoudre les refus de soins*. 2010, 48p.
56. Galinski M. Evaluation de la sante des migrants en situation de retour force à Bamako : histoire de vie des « sans-papiers » maliens expulsés d'Europe.

Université paris Diderot - Paris 7. Faculté de médecine. Thèse de médecine 2012 ; p116.

57. Christelle P. Automédication et effets indésirables : Étude transversale descriptive auprès de 666 personnes consultant dans le quart Nord-Ouest de l'île de la Réunion entre septembre 2013 et mai 2014. [Thèse de Doctorat Université, Médecine et Pathologie]. Bordeaux : Université Victor Segalen Bordeaux II Faculté de Médecine ; 2014.

ANNEXES

ANNEXES

Diagramme de Gantt

Périodes Activités	Jan 2020	Févr.	Avr.	Déc.	Jan. 2021	Févr.	Avril	Juin	Juillet
Recherche Bibliographique									
Rédaction protocole									
Enquête									
Analyse et traitement des données									
Rédaction thèse									
Correction									
Soutenance									

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : KONATE

Prénom : Moussadian

Titre de la Thèse : Etude de la morbidité et le recours aux soins chez la population immigrée malienne de Lyon (France)

Année Universitaire : 2020-2021

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Lieu de Dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)
BP : 1805 Bamako – Mali

Secteurs d'intérêt : Santé publique

Les immigrants maliens de la métropole lyonnaise constituent un groupe hétérogène dont l'état de santé et le recours aux soins au jour d'aujourd'hui dépendent largement des conditions socioculturelles, économiques et administratives dans les lesquels elles sont arrivées puis ont vécu en France.

Dans cette étude transversale descriptive a visé analytique que nous avons mené, voici les résultats de ce travail de recherche que nous vous présentons ici

Résumé

Cette étude avait pour objectif d'étudier la morbidité et le recours aux soins des immigrants Maliens de Lyon.

Notre étude a été réalisée auprès des immigrants maliens de la métropole de Lyon dans la zone Auvergne Rhône Alpes. Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive, et analytique portant sur 158 personnes, étaient inclus dans l'étude tous migrants maliens quel qu'en soit son âge installé dans la métropole de Lyon depuis plus de 6 mois et tous migrants maliens de Lyon ayant accepté de faire partir de l'étude.

Dans notre échantillon 63,3% étaient de sexe masculin, les célibataires avaient représenté 52,5%, la tranche d'âge de 18 à 35 ans a représenté 57% des cas, 46,8% des sujets vivaient dans les logements sociaux. Les étrangers avec titre de séjour étaient les plus représentés dans 68,4% des cas, 45,6% avaient un niveau d'étude supérieur, 51,3% étaient des employés. Pour la vaccination obligatoires 65,2% était à jour. Parmi les 53 patients tombés malade ces 6 derniers mois, 67,9 % soit 36 des interrogés se sont soignés par automédication, 82,9% sujets interrogés avaient un médecin traitant. La prise de rendez-vous était la principale modalité d'accéder à un professionnel de santé (89,2%), durant les 6 derniers mois 24,7% avaient consulté aux urgences. La majorité des interrogés avait une couverture sociale + mutuelle dans 58,8%, l'ulcère gastroduodéal était l'antécédent le plus représenté dans 20,1% des cas. Les infections respiratoires et ORL étaient les plus représentés avec 38,9% des cas. Le manque de temps lié au

travail, les problèmes financiers, l'absence de couverture sanitaire et le problème de prise de rendez-vous étaient les principales difficultés d'accès aux soins avec respectivement 11,4% ; 9,5% ; 9,5% et 8,9%. Durant les 6 derniers mois 24 sujets interrogés avaient dit avoir renoncé aux soins soit 15,2%, la peur de détection, irrégularité des documents ou problèmes de papiers étaient les raisons évoquées par 37,5%. 14,6% des sujets avaient consulté 14 jours après l'apparition des symptômes.

Les migrants présentent souvent des problèmes de santé difficiles à diagnostiquer faute de suivi et des infections favorisées par leur condition de vie.

Mots clés : Lyon, immigré malien, recours, santé, soins, difficultés.

REPORT CARD**Name:** KONATE**First name:** Moussadian**Title of the Thesis:** Study of morbidity and the use of care among the Malian immigrant population of Lyon (France)**Academic Year:** 2020-2021**City of Defense:** Bamako**Country of origin:** MALI**Place of Deposit:** Library of the Faculty of Medicine and Odonto-Stomatology (FMOS)**BP:** 1805 Bamako – Mali**Focus Areas:** Public Health**Abstract**

The objective of this study was to study the morbidity and the use of health care among Malian immigrants in Lyon.

Our study was carried out among Malian immigrants from the metropolis of Lyon in the Auvergne Rhône Alpes area. This was a cross-sectional, descriptive and analytical study involving 158 people, were included in the study all Malian migrants regardless of their age living in the metropolis of Lyon for more than 6 months and all Malian migrants. de Lyon having agreed to be part of the study.

In our sample 63.3% were male, single people represented 52.5%, the age group 18 to 35 years represented 57% of cases, 46.8% of the subjects lived in social housing. Foreigners with a residence permit were the most represented in 68.4% of cases, 45.6% reached a higher level of education, 51.3% were employees. For compulsory vaccination 65.2% was up to date. Among the 53 patients who fell ill in the last 6 months, 67.9% of those questioned took care of themselves by self-medication, 82.9% of those questioned had an attending physician. Making an appointment was the main method of accessing a health professional (89.2%), during the last 6 months 24.7% had consulted the emergency room. The majority of respondents had social + mutual coverage in 58.8%, peptic ulcer disease was the most common antecedent in 20.1% of cases. Respiratory and ENT infections were the most represented with 38.9% of cases. Lack of work-related time, financial problems, lack of health coverage and problem scheduling appointments were the main difficulties in accessing care with 11.4% respectively; 9.5%; 9.5% and 8.9%. During the last 6 months 24 interviewed subjects said they had given

up on care, ie 15.2%, fear of detection, irregular documents or paper problems were the reasons mentioned by 37.5%. 14.6% of subjects consulted 14 days after onset of symptoms.

Migrants often present health problems that are difficult to diagnose due to lack of follow-up and infections favored by their living conditions.

Keywords: Lyon, immigrant, Malian, Health, use of care, difficulties.

**PROMOTEUR DE L'ETUDE : UNIVERSITÉ DES SCIENCES DES TECHNIQUES
ET TECHNOLOGIES DE BAMAKO**

FACULTÉ DE MÉDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique

Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie (FMOS)

BP : 1805, Tél. : (223) 20 22 52 77- Fax : (223) 20 22 96 58- Bamako- Mali

**Formulaire de Consentement
Eclairé**

Titre de l'étude :

**ETUDE DE LA MORBIDITE ET LE RECOURS AUX SOINS CHEZ LA
POPULATION MIGRANTE MALIENNE DE LA METROPOLE DE LYON
(FRANCE)**

Initiales du participant : _____

Genre : M F

Age : [__I__] *année*.

- L'original du document de consentement éclairé à archiver par l'investigateur
- Le duplicata du document de consentement éclairé à donner au participant

****Dans le cas où un participant n'est pas capable de lire, nous obtiendrons un consentement oral accompagné de témoignage, dans une langue comprise par le participant, en présence d'un témoin impartial c'est-à-dire une personne qui peut lire et comprendre le formulaire de consentement éclairé mais qui n'a rien avoir avec l'étude**

Je confirme que j'ai lu et compris /reçu des explications sur le document du participant à la date du-----/-----/----- pour l'étude ci-dessus et ai eu l'occasion de poser des questions.

Je comprends que ma participation dans l'étude est volontaire et que je suis libre de me retirer ou de taire à tout moment, sans donner des raisons, sans que mes droits légaux ne soient affectés.

Je comprends que les chercheurs associés, le Comité d'éthique et les autorités régulatrices n'ont pas besoin de ma permission pour accéder à mon dossier médical dans le cadre de cette étude et de toute autre recherche pouvant être conduite en rapport avec elle, même si je me retire de cette étude. J'accepte cet accès au dossier. Je comprends également que les informations que je donne peuvent être publiées.

J'accepte de ne pas restreindre l'usage des données ou résultats qui proviendront de cette étude pourvu qu'une telle utilisation soit seulement pour un (des) but(s) scientifique (s)

J'accepte de participer à l'étude ci-dessus.

Signature (ou Empreinte du pouce) du participant : _____

Nom du participant : _____

Signature (ou Empreinte du pouce) du **Représentant légalement accepté** :

“Les informations se trouvant dans les documents de consentement ont été correctement expliquées, et selon toute apparence, comprises par le participant ou le représentant légalement accepté du participant. Le consentement éclairé a été librement donné par le participant ou son représentant légalement accepté”.

Déclaration de l'Investigateur (doctorant) : “J'ai appliqué le processus de consentement éclairé en expliquant la nature, le but, de l'étude et les informations écrites fournies, au participant ”.

Signature de l'**Investigateur** : _____

Nom de l'Investigateur : _M_KONATE MOUSSADIAN_____

Fiche d'enquête

Thème : L'étude de la morbidité et du recours aux soins chez la population immigrante malienne à Lyon.

***Obligatoire**

NOTER BIEN : *Ce questionnaire est strictement anonyme aucune de ces informations ne seront communiquées à d'autre fin que celle de mon étude.*

Données sociodémographiques

1. Nom de famille *

2. Quelle est votre civilité ? *

Une seule réponse possible.

Masculin

Féminin

3. Quel est votre tranche d'âge ?

**Une seule réponse possible.*

0 - 17ans

18-35ans

35-55ans

55 et plus

4. Où habitez-vous ? **Une seule réponse possible.*

- LYON 1
- LYON 2
- LYON 3
- LYON 4
- LYON 5
- LYON 6
- LYON 7
- LYON 8
- LYON 9
- Pierre-Bénite
- Rillieux-la-Pape
- Saint-Cyr-au-Mont-d'Or
- Saint-Didier-au-Mont-d'Or
- Saint-Fons
- Saint-Genis-Laval
- Saint-Germain-au-Mont-d'Or
- Saint-Priest
- Saint-Romain-au-Mont-d'Or
- Sainte-Foy-lès-Lyon
- Vaulx-en-Velin
- Vénissieux
- Villeurbanne
- Oullins
- Bron
- Autre :

5. **Où logez-vous ? ***

Une seule réponse possible.

- Appartement dans un logement social
- Centre d'accueil pour mineur
- Appartement en privé résidence étudiante
- Maison
- Hôtel
- Foyer pour travailleurs migrants ou autres Structures collectives
- Sans domicile fixe autre

6. **Nombre de personnes vivant avec vous ? ***

Une seule réponse possible.

- 0
- 1-2
- 3 ou +

7. **Situation matrimoniale ***

Une seule réponse possible.

- Célibataire
- Marié(e)
- Séparé(e)
- Divorcé(e)
- Autre

8. **Quel est votre situation sur le sol Français ?**

* *Une seule réponse possible.*

- 1 Etranger avec titre de séjour
2. Naturalisé
3. Etranger sans titre de séjour
4. Procédure de régularisation en cours
5. Autre :

9. **Depuis quand êtes-vous sur la métropole de Lyon ?**

* *Une seule réponse possible.*

- Plus de 6 mois
- 1-2ans
- 3-5ans
- 6 ans et plus

10. **Quel est votre niveau d'étude ? ***

Une seule réponse possible.

- 1.Aucun
2. Primaire
3. Secondaire (collège, lycée)
4. Supérieur5.
5. Ecole coranique
- Autre :

11. **Quel est votre secteur d'emploi ? ***

Une seule réponse possible.

- Cadre fonctionnaire
- Etudiant(e)
- Auto entrepreneur(e)
- Employé
- Chômage
- Retraité(e)
- Ouvrier(e)
- Sans emploi
- Autre :

II. Accès Identification du besoin de soins ,nécessité du recours

Recours connaissance du parcours de soins et processus du droit
sant

Soins

12. **Pensez-vous être à jour dans vos vaccinations obligatoires : Rougeole Oreillons Rubéole (ROR), tétanos, Diphtérie/Polio, Hépatite B, Coqueluche, BCG**

** Une seule réponse possible.*

- Oui (à jour)
- Non
- Je ne sais pas

13. **Savez-vous où aller pour vous faire vacciner ? ***

Une seule réponse possible.

Oui

Non

14. **Pensez-vous que votre accès aux services de santé est moins bon que celui des populations natives ?**

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Je ne sais pas

15. **Avez-vous durant ces 6 derniers mois renoncé à des soins ?**

Une seule réponse possible.

Oui

Non

16. **Si oui quels sont les raisons ?**

Plusieurs réponses possibles.

peur de détection, irrégularité des documents ou problèmes de papiers

obstacles de la langue

peur du réjet

peur d'être discriminé

manque de moyens financiers

défaut d'information

insuffisance d'informations sur la maladie

pas droit

Autre _____

17. **Durant ces 6 derniers mois y a-t-il eu des situations où vous vous êtes sentis malade, souffrant et ne consultez pas ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

18. **Si oui comment avez-vous fait pour retrouver une bonne santé ?**

Une seule réponse possible.

- Automédication
 Soins traditionnels ou alternatifs
 Autre :

Accès des migrants aux services de santé et interaction avec eux.

19. **Avez-vous un médecin traitant ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

20. **L'avez-vous déclaré à la sécurité sociale ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

21. **Combien de fois durant ces 6 derniers mois avez-vous consulté votre médecin traitant ?**

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6

22. **Vos modalités d'accéder à un professionnel de santé.**

Plusieurs réponses possibles.

1. Avec rendez-vous
 2. Sans rendez-vous

23. **Dans le cas où vous auriez besoin de soins, auprès de qui vous rendriez-vous ? Quelle structure fréquentez-vous pour vos soins ? ***

Une seule réponse possible.

- Hôpital publique(consultation)
 Cabinet privé
 Officine de pharmacie
 Hôpital publique (Urgence)
 Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)
 Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation des médecins du monde (CASO)
 Soins alternatifs ou traditionnels
 Automédication
 Autre :

24. **Quelle est votre assurance maladie (couverture santé maladie) ?**

Une seule réponse possible.

1. •Sécurité sociale régime générale
 2. •Sécurité sociale + mutuelle
 3. •AME
 4. •CMU
 5. •CSS ou CMU-C
 6. Aucune
 7. Autre :

III. Facteurs associés à la morbidité (état de santé physique et mental) et fréquences des maladies.

25. **Avez-vous fait des accidents durant ces 6 derniers mois ? Cochez le nombre de fois.**

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6

26. **Si oui quel type d'accident.**

Plusieurs réponses possibles.

- de travail
- de la route
- domestique
- au sport

Autre : _____

27. **Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :**

Une seule réponse possible.

- 1 Excellente
- 2 Très bonne
- 3 Bonne
- 4 Médiocre
- 5 Mauvaise
- 6 Je ne sais pas

28. **Antécédent médical personnels ?**

29. **Pratiquez-vous du sport de manière régulière ? ***

Une seule réponse possible.

Oui

Non

30. **Etes-vous tombé malade durant ces 6 derniers mois ?**

Une seule réponse possible.

Oui

Non

31. **Cochez-la ou les maladie(s)ou motifs vous ayant conduit à une consultation médicale durant ces 6 derniers mois.**

Plusieurs réponses possibles.

- La toux sèche, la fièvre, la fatigue
- Maux de tête / migraines
- maux de gorge, difficultés respiratoires
- une perte brutale de l'odorat et du goût; la diarrhée
- Les troubles du sommeil
- Maladie liée aux os et aux muscles
- Maladie gastro-intestinale
- Maladie respiratoire
- Diabète
- Hypertension
- Problèmes chroniques dus à des blessures / Accidents/ traumatisme
- Cardiopathie
- hépatite
- Tuberculose
- Cancer
- Accident vasculaire cérébral
- Etiez-vous stressé, anxieux ? i ni toro lè kung do
- des problèmes d'appétit ?
- Avez-vous des flash back ? Yi be sogo djougou kè
- Inappétence et/ou perte de poids ;
- attitude morose, pessimiste face à l'avenir ;
- sentiment de culpabilité/dévalorisation ;
- baisse de la concentration/attention ;
- humeur dépressive ;
- perte d'intérêt ou de plaisir ;
- fatigue ou perte d'énergie.
- drépanocytose
- Autre _____

32. **Combien de temps s'était écoulé entre l'apparition de la maladie et votre consultation ?**

Une seule réponse possible.

- (24h- 48h)
- (2-7jours)
- (8-14 jours)

14 jours et +

33. **Pourquoi ce délai pour consulter ?**

IV. Difficultés d'accès aux soins. Contraintes, renoncements ou non

34. **Y'a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrer des difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentaires, loyer, EDF etc...) durant ses 6 derniers mois ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

35. **En cas de difficultés y'a-t-il dans votre entourage des personnes ou des organismes sur qui vous puissiez compter pour vous aider (héberger, financière ou matérielle) en cas de besoin ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

36. **Avez-vous des liens sociaux ?**

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non
Avec la communauté malienne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En dehors de la communauté malienne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les deux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37. **Quelles sont vos difficultés d'accès aux soins ? ***

Plusieurs réponses

- Problèmes
 - Absence de couverture sanitaire
 - Inaccessibilité géographique et manque de moyen de déplacement
 - Manque d'information précise et d'orientation
 - Manque de temps lié au travail
 - Problème de langue (linguistique)
 - Problème culturelle
 - La méconnaissance des droits et des structures délivrant des soins
 - Difficultés administratives liées à la complexité des
 - Vous avez été refusé car vous avez la CSS ou
 - Problème de prise de rendez-vous.
 - Autre
 - Aucun
- Autre _____

**V. Moyen et itinéraire
Thérapeutique**

**Ensemble suivi thérapeutique, structure de soins,
traitement et état de satisfaction**

38. **Avez-vous été hospitalisé durant ces 6 derniers mois ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

39. **Si oui de quelle maladie s'agit-il ?**

40. **Si oui de quel(s) traitement(s) s'agit-il ?**

Plusieurs réponses possibles.

- contre des douleurs généralisés
- contre l'hyper tension artérielle
- contre le diabète
- préventif d'AVC
- contre un problème de vision
- contre un problème digestif (estomac)
- contre un problème de gynécologique ou urologique
- contre un problème de l'appareil respiratoire
- contre un problème de cœur
- contre un problème d'ORL
- contre un problème de dents et ou de la cavité buccale
- contre un problème neurologique
- contre un problème de peau
- contre un problème articulaire
- Des antibiotiques
- Pour avoir des forces (vitamine)
- contre le covid
- contre trouble psychiatrique
- traitement psychotique

Autre : _____

41. **Cette maladie est-elle actuellement guérie ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

42. **Etes-vous satisfait(e) de vos consultations médicales ?**

Une seule réponse possible.

- Assez (satisfait)
 Peu (satisfait)
 Pas du tout (satisfait)

Je n'ai jamais été aux urgences

43. **Etes-vous suivi par un médecin spécialiste ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

44. **Avez-vous déjà été consultez aux urgences ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

45. **Pourquoi avez-vous préféré consulter aux urgences ?**

Plusieurs réponses possibles.

- Vous n'avancez pas d'argent
 Présence de l'assistante sociale
 Les urgences sont près de chez vous
 Ouvertes 24h/24
 Pas besoin de prendre rendez-vous

Autre : _____

46. **Avez-vous été satisfait lors de vos consultations aux urgences ?**

Une seule réponse possible.

- Assez (satisfait)
 Peu (satisfait)
 Pas du tout (satisfait)

Je n'ai jamais été aux urgences

47. **Accepteriez-vous que je vous rappelle pour discuter avec vous ?**

Si oui votre numéro de téléphone s'il vous plait ?

**MERCI POUR
VOTRE
PARTICIPATION**

NOTER BIEN : Ce questionnaire est strictement anonyme aucune information ne sera communiquées à d'autre fin que celle de mon étude.

• La Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948(1948), Article 25 :

« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires. »

• Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1976(1976), Article 12 : « 1. Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. 2. Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer : (...) d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie. »

• Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé 2011(2011), Article 11.2 ii) « [Nous nous engageons...] à élaborer des politiques qui n'excluent personne et tiennent compte des besoins de l'ensemble de la population en accordant une attention particulière aux groupes vulnérables... »

• Le Préambule de la Constitution française du 27 octobre 1946(1946), Article 11. « [La Nation] garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé »

• Le Code de la Santé Publique (2002), dans son premier article, l'Article L1110-1: « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à [...] garantir

Encadré 1 : Testes nationaux et internationaux

Le système de protection social français repose sur plusieurs textes historiques

<p>• Article 1er de la Constitution de 1946 : « <i>Il est institué une organisation de la Sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les Risques de toutes natures susceptibles de réduire ou de supprimer leurs Capacités de gain, à couvrir les charges de maternité ou les charges de famille Qu'ils supportent</i> ».</p>
27
<p>• Préambule de la Constitution de 1958 concernant la Sécurité sociale. « <i>La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur Développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux Vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et Les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou Mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a Le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence</i> ».</p>
<p>• Article 1er de la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie. « <i>La Nation Affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de L'Assurance Maladie. Indépendamment de son âge et de son état de santé, Chaque assuré social bénéficie, contre le risque et les conséquences de la Maladie, d'une protection qu'il finance selon ses ressources</i> ».</p>

Encadré 2 : Textes de référence du système de protection social français

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, **je promets et je jure, au nom de l'Être suprême**, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

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.

Admis 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.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leur père.

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE