

PROBLÉMATIQUE D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ PAR LES MIGRANTS DE RETOUR EN MILIEU URBAIN DE BAMAKO AU MALI

DIARRA Samba*

Enseignant-chercheur

Représentant régional (Mali) du REFORMAF, sociologue, département d'enseignement et de recherche en santé publique (DERSP), centre universitaire de recherche clinique (UCRC)

Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako (USTTB)

samba.diarra@icermali.org

DIARRA Dansiné

Enseignant-chercheur

Faculté d'Histoire et Géographie

Université de Sciences Sociales et de Gestion de Bamako (USSGB, Bamako, Mali)

dansine.diarra@mesrs.ml ou dansined@gmail.com

DIARRA Ousmane

Président de l'ONG AME (association malienne des expulsés),

expulsemaliensbasta@yahoo.fr

* DIARRA Samba, chargé de recherche au Centre universitaire de recherche clinique (UCRC) de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies

diarrasamba79@yahoo.fr/samba.diarra@icermali.org

Tel +223 75028882

RÉSUMÉ

La migration au Mali est un phénomène multiséculaire et la situation géographique du pays à l'intersection des grands axes marchands entre le Maghreb et l'Afrique subsaharienne fait de lui une plaque tournante de la migration à la fois comme le pays de départ et mais aussi une zone de transit. Dans ce contexte, le district de Bamako est le point nodal des flux migratoires dans le pays en raison de sa centralité économique et de son accessibilité. La problématique migratoire au Mali a été longtemps abordée dans ses dimensions économiques et politiques avec très peu d'accent sur la dimension santé publique. Souvent en situation irrégulière dans les pays d'accueil et par conséquent, victimes de discrimination ou de violences, les migrants ont également des problèmes de santé avec un accès aux soins parfois malaisé à leur retour à Bamako. Dans le but d'apporter une réflexion sur l'accès aux soins de santé des migrants de retour dans la capitale malienne, la présente étude exploratoire se veut descriptive. Au total, 100 migrants de retour dans la ville de Bamako ont été enquêtés. Les données ont été traitées et analysées au logiciel Sphinx. Il ressort de nos résultats que 51% des migrants ont rencontré des difficultés d'accès aux soins. Le manque de moyens financier constitue le principal obstacle aux soins. Les statistiques révèlent que 81,1% des migrants de retour n'ont pas été examinés par un agent de santé. La totalité des migrants enquêtés est unanime sur la nécessité de la création d'un centre spécialisé dans la prise en charge de la santé des migrants. L'inexistence de centre de prise en charge de la santé des migrants de retour à Bamako est confirmée par 98% des enquêtés.

Mots clés : *Accès, Migration, Retour, Santé, Urbain.*

ABSTRACT

Migration in Mali is a multiseccular phenomenon and the country's geographical location at the intersection of the major trade routes between the Maghreb and sub-Saharan Africa makes it a hub of migration both as a country of departure and a transit area. In this context, the district of Bamako is the nodal point for migration flows in the country because of its economic centrality and accessibility. For a long time, the migration issue in Mali has been approached in its economic and political dimensions with very little emphasis on the public health dimension. Often in an irregular situation in the host countries and consequently victims of discrimination or violence, migrants also have health problems with sometimes difficult access to care upon their return to Bamako. To provide a reflection on access to health care for returnees to the Malian capital, this exploratory study is descriptive. A total of 100 returnees to the city of Bamako were surveyed. The data were processed and analyzed using Sphinx software. Our results show that 51% of the migrants encountered difficulties in accessing health care. The lack of financial means is the main obstacle to care. The statistics reveal that 81.1% of the returnees have not been examined by a health worker. All the migrants surveyed were unanimous on the need to create a center specialized in the care of migrants' health. The non-existence of a health care center for returnees to Bamako was confirmed by 98% of the respondents.

Key Words: Access, Migration, Return, Health, Urban.

INTRODUCTION

La migration est un phénomène naturel depuis l'aube de l'histoire du Mali : l'espace occupé actuellement par la République du Mali a subi les dynamiques de mouvement de populations depuis le huitième siècle. Plusieurs entités politiques et socio-culturelles y ont pris naissance, à savoir : l'Empire du Ghana (VIII^e – XIII^e siècle) relayé par l'empire du Mali (XI^e-XVII^e siècle) l'empire du Songhay (XV^e-XVI^e siècle), etc. La circulation des peuples était due aux activités commerciales et/ou aux guerres, créant une dynamique d'échange entre les cultures (A. Sougane, 2014, p80). Le Mali est un pays qui a une longue tradition de migration tant à l'intérieur (exode rural) qu'à l'extérieur du pays, raison pour laquelle la question occupe une place importante dans la vie socioéconomique et politique du pays. Le nombre de maliens à l'extérieur est estimé à 4 millions de personnes dont 3,5 millions en Afrique et le reste dans le monde (OIM, 2009, p11). Le taux net de migration (pour 1 000 personnes) était de -5,7 sur la période 1995-2000 et de -2,4 sur la période 2000-2005 (DPNU, 2008, p27). Au Mali, 20% des ménages ont au moins un membre vivant en dehors de leur localité. Le nombre moyen d'hommes et de femmes vivant en dehors de leurs localités par ménage est estimé à 1,7 et 0,2 respectivement (EMOP, 2017, p33). La migration de la population ainsi que les transferts d'argent sont appréhendées par la mobilité interne ou externe des personnes et les sommes perçues par les ménages en provenance des régions du Mali et des pays étrangers. Selon l'EMOP, 56,4% des ménages maliens ont reçu des transferts d'argent dont au moins un (1) membre vivant en dehors de la localité. Environ 98,3 milliards de FCFA ont été reçus par les ménages via le transfert par les migrants (EMOP, 2021, p17).

Les migrants sont parmi les personnes vulnérables des populations au Mali, dans les pays de transit et dans les pays d'accueil. Le migrant est entre deux mondes : son État d'origine, dont il a les codes socioculturels et dont il connaît la plupart des ressorts politiques, et l'État d'accueil, dans lequel il souhaite le plus souvent prendre une place. Or l'un des effets de la migration est qu'elle fait perdre les repères dans l'État d'origine, sans pour autant permettre une intégration automatique dans la société de l'État d'accueil. Cette situation aboutit à une double rupture : sociale et juridique (Catherine-Amélie, 2020, p58). Souvent en situation irrégulière dans les pays d'accueil, victimes de discrimination ou de violences, de retour à Bamako après des voyages difficiles, ils ont également des problèmes de santé avec un accès aux soins parfois difficile. Les actions du gouvernement, des acteurs de la société civile doivent être améliorées pour développer l'aide qui leur est apportée, en particulier aux plus vulnérables : victimes de traite, femmes migrantes, mères célibataires, mineurs isolés... (OIM, 2017, p43). L'étude des relations entre la migration et les comportements de santé s'insère dans un domaine de recherche plus vaste que recouvrent la migration et la santé (Chimienti, M, 2001, p50). À notre connaissance, il y a peu d'étude sur l'analyse du recours aux soins des migrants selon leurs diverses expériences migratoires. Cette étude se veut à la fois une alerte et une réflexion sur les conditions d'accès aux soins des migrants dans le contexte malien. Vu l'apport des migrants dans l'économie locale à travers les transferts de fonds, l'accès aux soins de santé de qualité et de proximité doit être une priorité par l'Etat et les organisations à base communautaire. Les résultats de notre étude peuvent servir d'élément de plaidoyer.

Les problèmes de santé des migrants paraissent semblables à ceux du reste de la population. Chez les migrants nouvellement arrivés, les problèmes de santé les plus fréquents sont les blessures accidentelles, l'hypothermie, les brûlures, les problèmes cardiovasculaires, les complications de la grossesse ou de l'accouchement, le diabète et l'hypertension. Les femmes migrantes sont, pour leur part, confrontées à des difficultés particulières touchant notamment à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, à la santé sexuelle et reproductive et aux violences (sexuelles et psychologiques). L'exposition des migrants aux risques associés aux mouvements de population – troubles psychosociaux, problèmes de santé reproductive, mortalité néonatale plus élevée, abus de drogues, troubles nutritionnels, alcoolisme et exposition à la violence – accroît leur vulnérabilité face aux maladies non transmissibles (MNT). Les déplacements entraînent l'interruption du traitement continu, ce dernier étant particulièrement important en cas de maladies

et d'affections chroniques. En raison des mauvaises conditions de vie et des privations subies pendant les migrations, les enfants vulnérables sont sujets à des infections aiguës (Mechali, 1990).

L'Organisation Mondiale de la Santé recommande vivement de proposer et d'effectuer des bilans médicaux afin de garantir que tous les réfugiés et migrants ayant besoin d'une protection sanitaire aient accès aux soins de santé en respectant les droits fondamentaux des migrants et leur dignité (OMS, 2017). Or, le couple migration et santé peut prendre un autre sens lorsque les contextes environnementaux et les conditions de vie sont favorables à une prévalence plus importante des risques d'épidémie comme chez les groupes de personnes en mouvement. Le cas de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014 en est un exemple. L'accès rapide aux soins peut entraîner la guérison et éviter la propagation des maladies ; il est donc dans l'intérêt des migrants et du pays d'accueil de veiller à ce que la population résidente ne soit pas exposée à l'importation d'agents infectieux. De même, le diagnostic et le traitement de MNT telles que le diabète et l'hypertension peuvent empêcher ces maladies de s'aggraver et de mettre la vie des personnes en danger.

Deux hypothèses sous-tendent cette étude exploratoire : 1) les migrants de retour ont un accès difficile aux soins adaptés à leurs problèmes de santé ; 2) Il n'existe pas une prise en charge de la santé des migrants de retour dans les centres de santé communautaire.

La question de recherche principale est la suivante : Les migrants maliens de retour ne bénéficient pas de soins dans les centres de santé dans le district de Bamako ?

Ici, nous présentons une étude exploratoire qui est descriptive à visée quantitative avec une focalisation sur les difficultés d'accès aux soins de santé. Cet article structuré selon le plan IMRaD : introduction, méthodes, résultats et discussion.

METHODES

Il s'est agi d'une étude exploratoire et essentiellement quantitative. Les participants provenaient de l'association malienne des expulsés et du haut conseil des Maliens de l'extérieur. L'échantillonnage par convenance a été adopté. Au total, l'étude a concerné 100 migrants de retour, répertoriés, accessibles et consentant dans les deux lieux ci-dessus dans la ville de Bamako qui reste d'ailleurs une zone de première destination des migrants de retour. Les données ont été traitées et analysées au logiciel Sphinx. L'analyse statistique a été essentiellement descriptive.

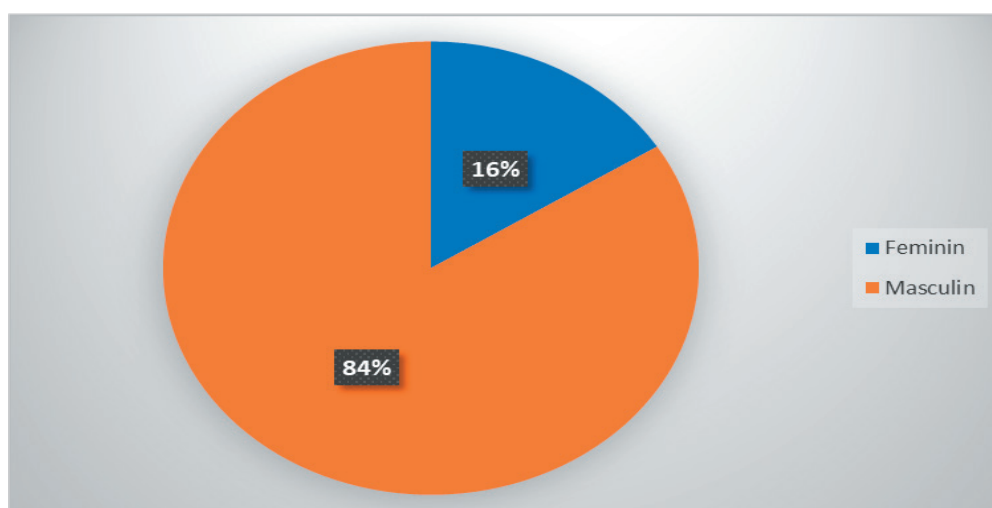
L'étude s'est réalisée sur deux sites de prédilections des migrants de retour à Bamako, à savoir l'association malienne des expulsés (AME) et le haut conseil des Maliens de l'extérieur. À l'AME, les migrants participant aux groupes de paroles ont été interviewés. Pour rappel, le groupe de parole est une initiative de l'AME qui vise à donner la parole aux migrants sur leurs parcours migratoires, ladite association a été créée en 1996 à la suite d'expulsions massives de maliens en provenance de plusieurs pays : européens, africains et arabes. Au haut conseil des Maliens de l'extérieur, l'interview a concerné les migrants de retour de passage dans le dit centre pour diverses raisons. Créé pendant la Conférence Nationale en 1991, le haut conseil des Maliens de l'extérieur est un organe consultatif à caractère associatif, laïc, apolitique ; c'est une structure fédérative des conseils de base des Maliens de l'extérieur (HCME, 2020). L'enquête a été menée à l'aide d'un questionnaire conçu et soumis à un prétest. La collecte des données a eu lieu en mars 2019. Les migrants ayant participé à cette étude viennent de l'Algérie, de la Libye, de la Belgique et de la France. Mais il faut signaler que le Mali est à la fois un pays d'accueil, de transit et de départ pour les migrants, il est un pays carrefour de flux migratoire.

RESULTATS

2.1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES MIGRANTS DE RETOUR

L'enquête a concerné 100 migrants de retour à Bamako. La majeure partie des migrants a été rencontrée à l'AME en commune I du district de Bamako. La quasi-totalité des migrants rencontrés (84%) était de sexe masculin, l'âge moyen était de 30 ans avec un minimum de 18 ans (20%) et un maximum de 68 ans (3%).

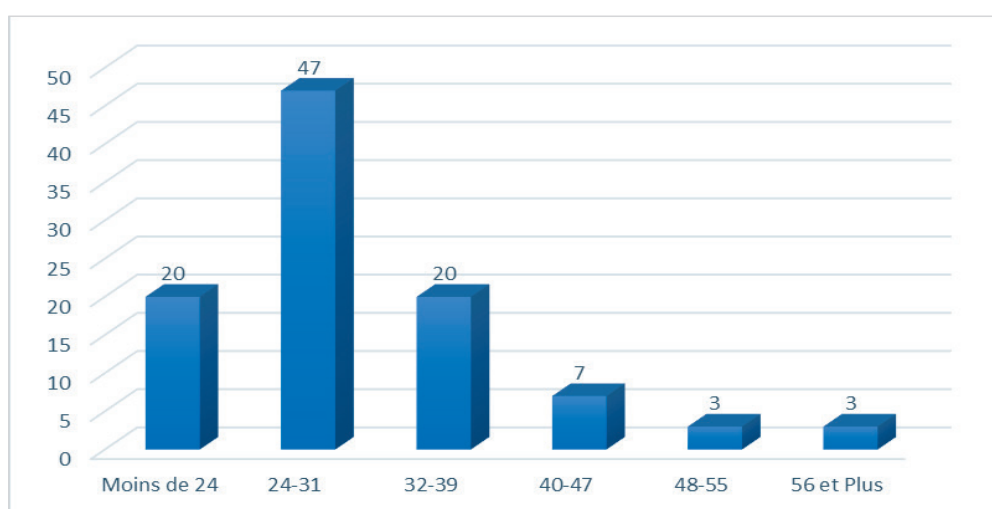
Graphique 1: répartition des enquêtés selon le sexe



Source : enquête personnelle, Bamako, 2019.

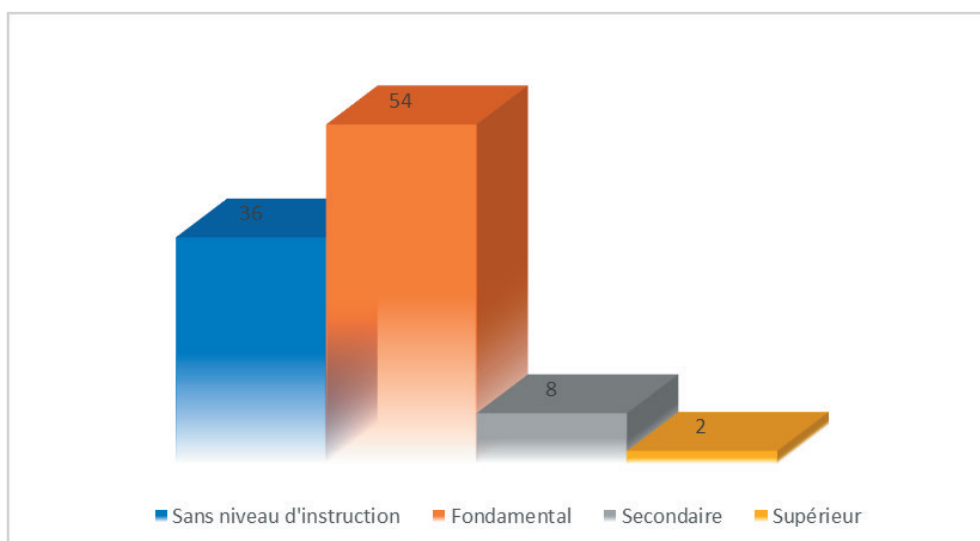
Les hommes constituent la majorité des migrants de retour interrogés avec 84% contre seulement 16% de femmes. Ici, il ressort que les hommes sont nombreux dans la migration. Cela réconforte l'image de l'homme seul, migrant pour des raisons économiques et politiques tout en marginalisant la migration féminine au second rang. Or, la migration féminine ne cesse de croître dans ces dernières années et révèle ainsi une modification conséquente dans le profil de l'immigration dans le monde.

Graphique 2: Répartition selon l'âge



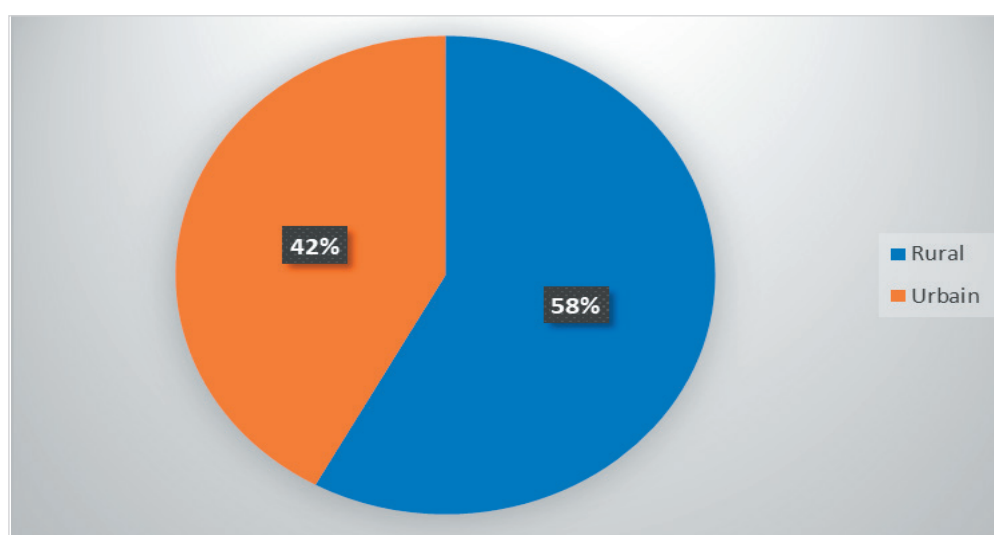
Source : enquête personnelle, Bamako, 2019.

L'âge moyen des migrants est de 30 ans, les extrêmes étant de 18 ans et 68 ans. La tranche de 24 à 31 ans constituait la majorité des migrants enquêtés soit 47%. Les moins de 24 ans constituaient 20% de la population d'étude.

Graphique 3: Répartition selon le niveau d'instruction

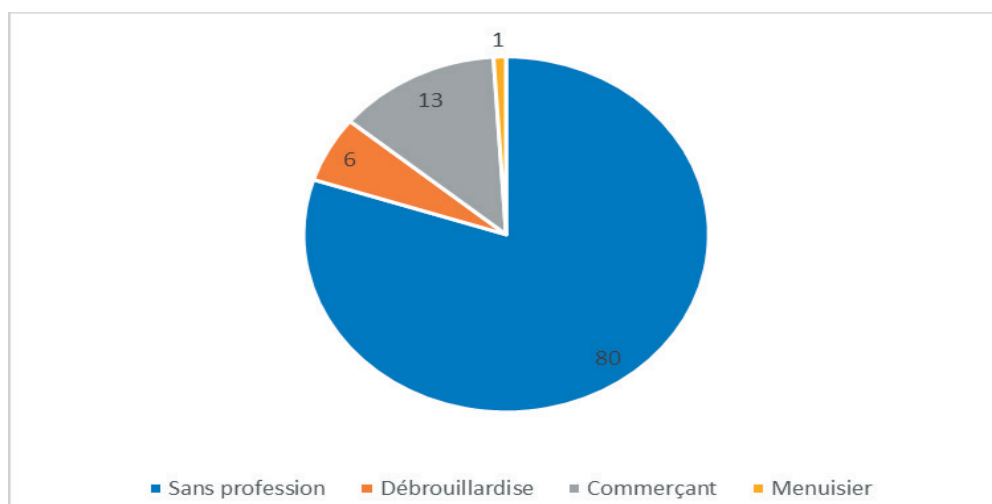
Source : enquête personnelle, Bamako, 2019.

Au point de vue de l'éducation et de la formation, 54 % des migrants enquêtés avaient le niveau d'études primaires. Par ailleurs, 36% de la population d'étude n'avaient jamais bénéficié d'une forme structurée d'enseignement et ne savaient ni lire ni écrire dans une quelconque langue. Cependant, seulement 2% des enquêtés avaient le niveau supérieur. Ces chiffres témoignent à suffisance l'influence du niveau d'éducation sur la migration de façon générale mais principalement sur la migration irrégulière. D'où la nécessité du renforcement de l'information, l'éducation et la communication pour un changement social sur la migration. Cela démontre aussi la nécessité d'investir également dans le programme d'éducation.

Graphique 4: Répartition des enquêtes selon le lieu de naissance

Source : enquête personnelle, Bamako, 2019.

En regardant le milieu de naissance des migrants enquêtés, plus de la moitié soit 57,6% sont nés en milieu rural. En effet, la raréfaction des ressources naturelles disponibles et la précarité en milieu rural expliqueraient cette prédominance des migrants venant du monde rural. Une ouverture de perspectives et des investissements durables dans le domaine agricole en milieu rural contribuerait à fixer la jeunesse rurale.

Graphique 5: Répartition des enquêtes selon la profession

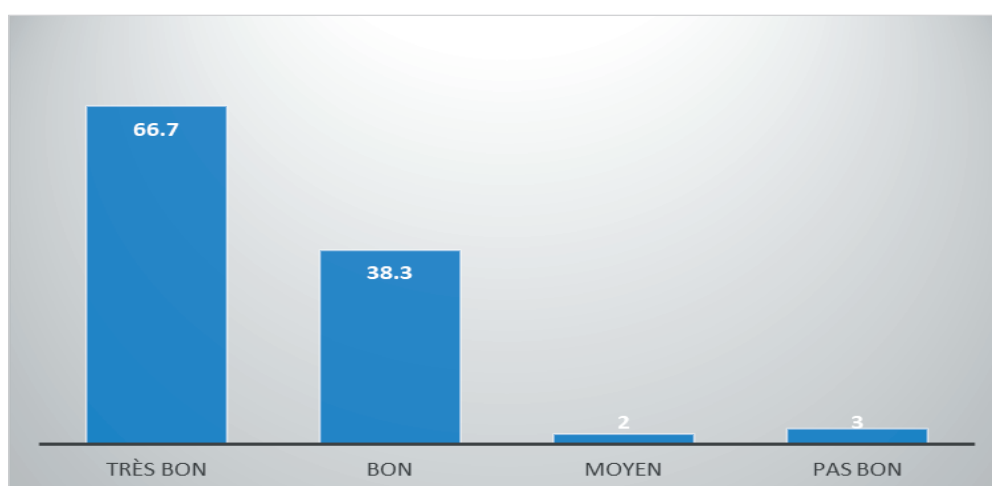
Source : enquête personnelle, Bamako, 2019.

L'analyse descriptive montre que 80% des migrants enquêtés sont sans profession, 13% font le commerce, 6% se débrouillent dans des petits boulots informels et seulement 1% pratique les activités de menuiserie.

2. ETAT DE SANTÉ DES MIGRANTS DE RETOUR

2.2.1 APPRÉCIATIONS DES MIGRANTS SUR LEUR ÉTAT DE SANTÉ

La majeure partie des migrants de retour trouve que son état de santé est très bon.

Graphique 6 : Etat de santé des migrants avant le départ à la migration

Source : enquête personnelle, Bamako, 2019

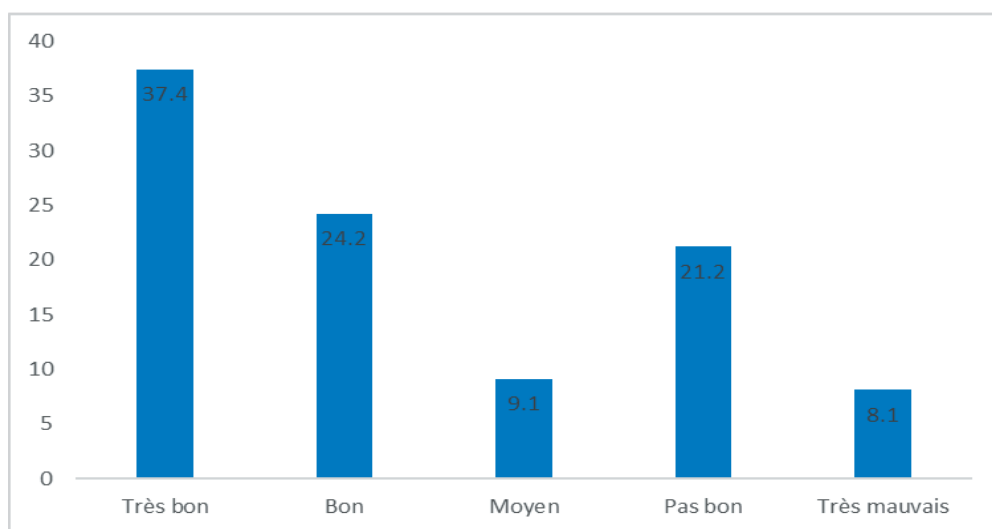
Avant leur départ, 66,7% des migrants enquêtés jugeaient leur état de santé *très bon* contre 3% qui trouvaient leur état de santé *pas bon*. Il faut rappeler que ces jugements ne découlent ni d'un contrôle médical ni de l'avis d'un agent de santé. Ce sont des appréciations faites par des enquêtés eux-mêmes.

2.2.2 APPRÉCIATIONS DES MIGRANTS SUR LEUR ÉTAT DE SANTÉ AU RETOUR DE LA MIGRATION

En raison des événements qui ont provoqué leur retour et des conditions de vie dans les pays d'accueil (complexité du parcours d'insertion, précarisation du statut administratif, discriminations dans l'accès aux

droits), l'expérience de la migration affecte profondément la santé. L'état de santé des migrants de retour est associé à de multiples facteurs de vulnérabilité et dont les effets conduisent à la détérioration de leur état de santé. Nous avons voulu savoir l'appréciation des migrants de retour sur leur état de santé.

Graphique 7 : Appréciations des migrants sur leur état de santé au retour



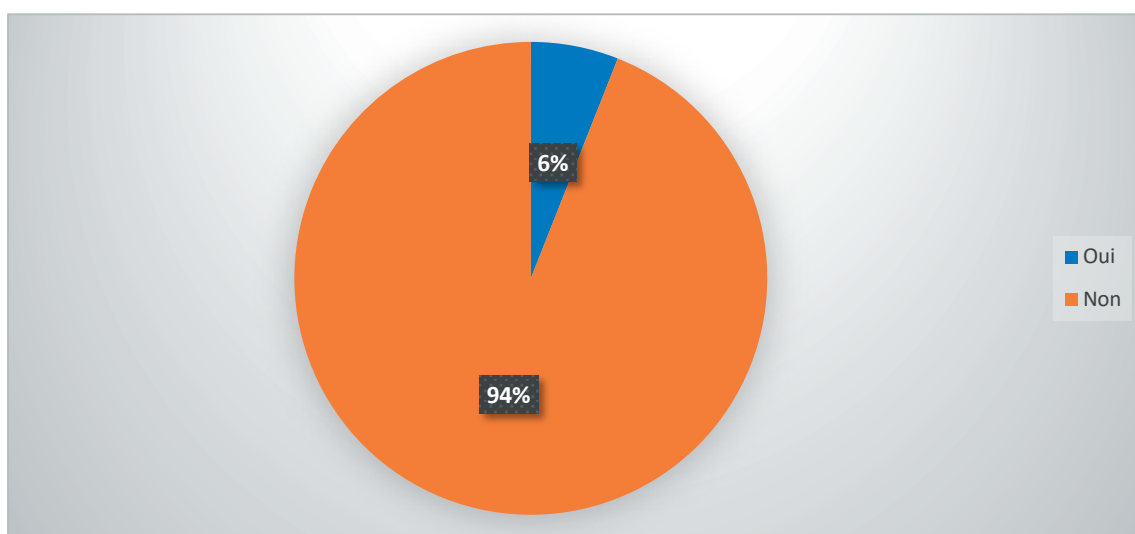
Source : enquête personnelle, Bamako, 2019.

Il ressort de nos statistiques que 37,4% des migrants déclaraient très bon leur état de santé à leur retour au pays et 8,1% déclaraient leur état de santé très mauvais. En comparant ces chiffres avec ceux relatifs avec le départ, il se dégage le constat que les migrants de retour ont un état de santé dégradé. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cela, en l'occurrence les mauvaises conditions du parcours migratoire, les mauvaises conditions de vie pendant la migration. Il y a aussi la crainte de recourir aux structures de santé dans les pays d'accueil ou de transit, par peur d'être identifié et expulsé. La résolution des difficultés d'ordre administratif, économique et social est prioritaire par rapport à la nécessité de prendre soin de sa santé.

2.2.3 PROBLÈMES DE SANTÉ SPÉCIFIQUES AVANT LE DÉPART À LA MIGRATION

Pendant l'enquête, les migrants se sont exprimés sur leurs problèmes de santé spécifiques avant le départ à la migration, il ressort que très peu (6%) de migrants avaient un problème de santé spécifique.

Graphique 8 : problème de santé avant le départ des migrants



Source : enquête personnelle, Bamako, 2019.

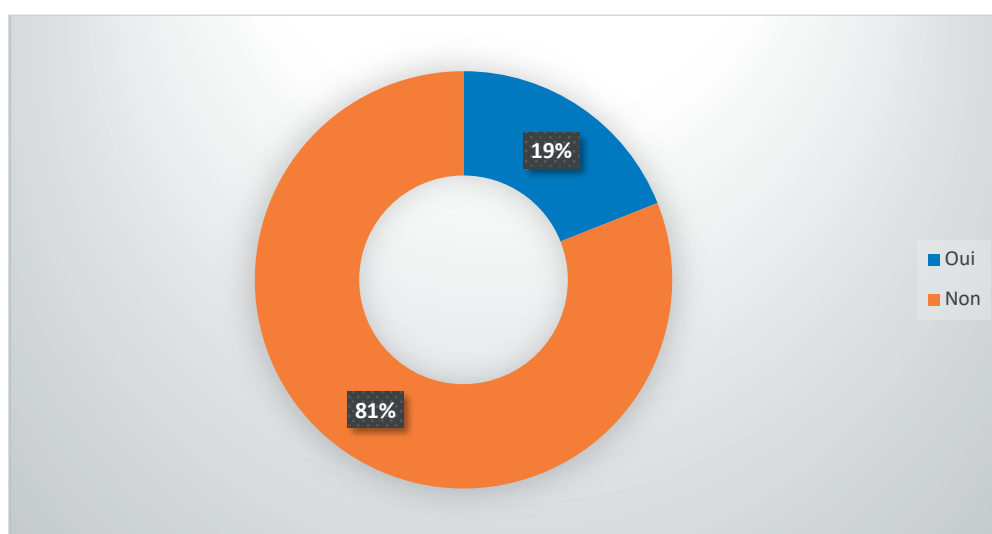
Dans le même ordre de question, 93,9% des migrants déclaraient ne pas avoir de problèmes de santé avant leur départ. Ceci explique leur capacité physique et mentale à migrer, notamment par la voie irrégulière par la traversée du Sahara, sinon avec un problème de santé avéré il serait quasi impossible d'entreprendre des démarches pour une migration par voie maritime via les embarcations de fortune.

2.3. PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ DES MIGRANTS DE RETOUR

2.3.1. EXAMEN DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES MIGRANTS DE RETOUR PAR UN AGENT DE SANTÉ

Les migrants de retour, dans leur grande majorité soit 81%, ne bénéficient pas d'une assistance médicale. Certes lors des grands refoulements massifs, les agents de la protection civile offrent une assistance d'urgence mais sans suivi.

Graphique 9 : Examen effectué par un agent de santé au retour de la migration



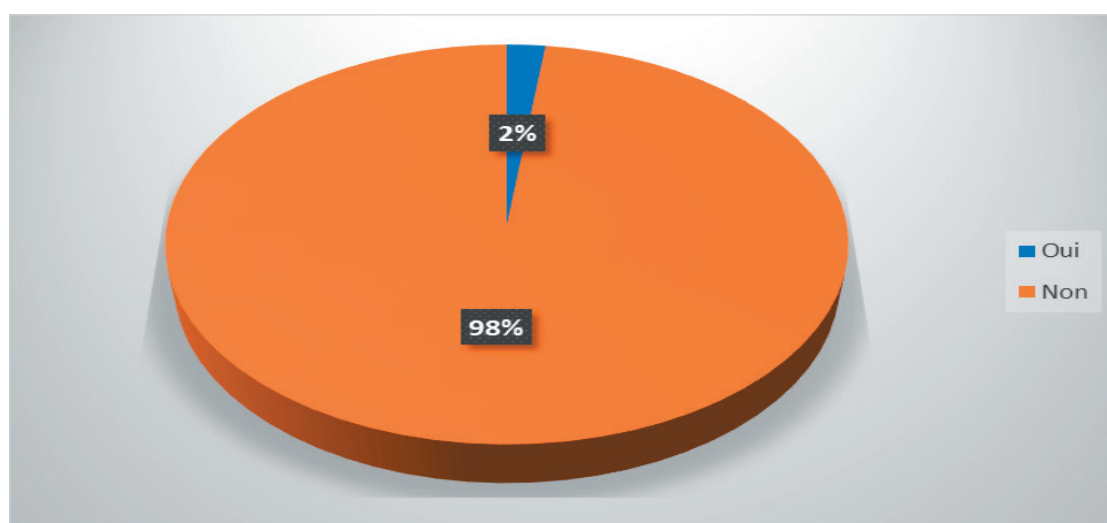
Source : enquête personnelle, Bamako, 2019.

Ces statistiques révèlent que 81,1% des migrants de retour n'ont pas été examinés par un agent de santé. Il faut rappeler à ce niveau que les services de la protection civile offrent une assistance circonscrite lors des retours massifs, comme l'exemple des 275 maliens rapatriés d'Algérie le 13 décembre 2016. En 2002, les mêmes services ont offert une assistance au rapatriement massif des deux cent mille Maliens sur les deux millions de résidents estimés en Côte d'Ivoire (Traoré, 2012, p9).

2.3.2 MANQUE DE CENTRE DE PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ DES MIGRANTS DE RETOUR

Dans le district de Bamako, il n'existe pas de centre de santé ou encore un dispositif pour la prise en charge de la santé physique et mentale des migrants de retour.

Graphique 10 : Existence de centre de prise en charge de la santé des migrants de retour à Bamako



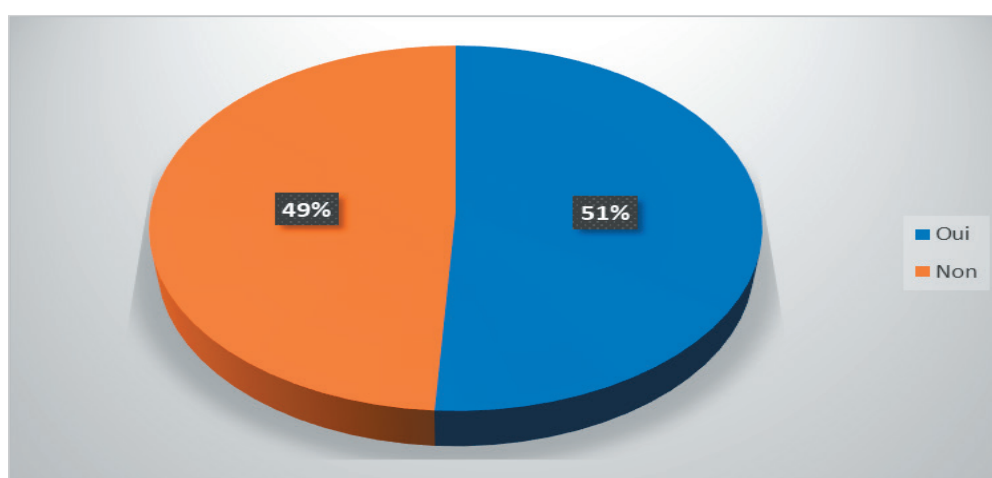
Source : enquête personnelle, Bamako, 2019.

Selon les migrants interrogés, 98% déclaraient la non-existence de centre de prise en charge de la santé des migrants de retour à Bamako. Les questions de santé des migrants sont traitées au même plan que celles de la population générale en dépit des différences liées aux contextes de détérioration de leur état de santé et du risque de contamination qu'ils pourraient représenter. La totalité des migrants enquêtés est unanime sur la nécessité de la création ou de la mise en œuvre d'un centre spécialisé dans la prise en charge de la santé des migrants. Aucun migrant n'a connaissance d'un centre de santé à Bamako qui s'occupe de la prise en charge des soins des migrants à leur retour. Cet état de fait peut-être appréhendé par le manque de différenciation entre la santé d'un migrant de retour et la population sédentaire générale. Or, la vulnérabilité liée à la migration est renforcée par une exposition particulière à la précarité sociale. Les migrants sont plus en situation précaire que le reste de la population générale du pays d'accueil

2.3.3. DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS PAR LES MIGRANTS DE RETOUR

Il ressort que les migrants de retour éprouvent plusieurs difficultés dans l'accès aux soins de santé. Ces difficultés sont dominées par le manque de moyens financiers combinés à l'inexistence d'un centre de soins pour les migrants.

Graphique 11 : Difficultés d'accès aux soins de santé par les migrants au retour



Source : enquête personnelle, Bamako, 2019.

Beaucoup de migrants rencontrent des difficultés d'accès aux soins à leur retour au pays comme en témoignent 51% des enquêtés. Le manque de moyens financiers représenterait le plus grand obstacle qu'ils rencontrent dans cette situation.

DISCUSSION

L'utilisation différentielle des services de santé entre migrants et non-migrants est une question moins traitée dans la littérature que celle des morbidités et mortalité différentielles. Selon, M. Gentilini (2020, p460), « les étrangers malades sont d'abord des malades avant d'être des étrangers ». Les Permanences d'accès aux soins de santé, (les PASS), créées dans certains hôpitaux dans le cadre de la loi de lutte contre les exclusions en 1998, ont vu le profil de leurs usagers évoluer vers une majorité de personnes migrantes (M. Adolphe, 2020). Au Mali aucune directive n'existe sur le parcours santé des migrants. Pour bénéficier d'une prise en charge spécifique aux migrants, il faut se rendre dans les services psychiatriques au niveau des hôpitaux. Or ces hôpitaux, en regardant la pyramide sanitaire du Mali, se trouvent au troisième niveau à savoir le niveau le plus élevé et du coup difficilement accessible pour les migrants. Les deux premiers niveaux de la pyramide sanitaire dont les centres de santé de référence et les centres de santé communautaires ne disposent pas d'unités de soins dédiées aux migrants dans un pays où l'Etat a élaboré une politique nationale de migration (HCME, 2020). Il s'avère utile et impératif d'élaborer une directive sur le parcours santé des migrants de retour au Mali. Chez un même patient migrant, les pathologies sont multiples, tout à la fois infectieuses, chroniques, mentales, tropicales (Bull Acad Natl Med, 2022). Poursuivre la recherche sur la santé des personnes migrantes de retour, en élargir le spectre, sont des impératifs éthiques et déontologiques au regard de leur contribution élevée dans le développement du pays.

Le régime des soins primaires ne comprend pas les aides psychologiques qui sont considérées comme des soins secondaires chers auxquels même la population non-migrante a difficilement accès. En effet au Mali, en termes de morbidité et de mortalité, les données épidémiologiques caractérisant les migrants sont rares ou n'existent presque pas. Cette nécessité est d'autant cruciale que le nombre de migrants est en croissance et que c'est une question de santé publique. D'où la nécessité d'investir ce champ de la santé des migrants.

L'épidémiologie sociale des migrants de retour n'est pas étudiée. Or le recours aux soins des migrants est influencé par des déterminants à l'échelle de l'individu ou du contexte. Le niveau d'instruction, l'âge et le lieu de naissance peuvent être des indicateurs de l'expérience des migrants dans l'accès aux soins de santé. Le niveau d'instruction qui détermine le niveau d'émancipation de l'individu influence le recours et l'accès aux soins. Le lieu de naissance, en l'occurrence le milieu rural, l'âge tout comme le niveau socio-économique sont des caractéristiques susceptibles d'être associées aux comportements de retour et d'accès aux soins.

Les résultats ont montré qu'au retour les migrants trouvent leur état de santé mauvais. Plusieurs facteurs expliquent cet état de fait. Selon T. Baubet (2003), le système de soins paraît opaque aux primo-arrivants (2) et la communication avec les professionnels de santé est rendue difficile par la confrontation de représentations et d'expressions différentes de la maladie. Le comportement relié à la santé est aussi un phénomène social, c'est-à-dire qu'il s'effectue en fonction d'autres personnes (Godin, 1988) mais aussi à l'existence et à la fonctionnalité quantitative et qualitative des structures de santé. À Bamako, la question de la santé des migrants n'est pas dissociée de celle de la population générale. Cet amalgame dans la problématique de l'accès aux soins des migrants mérite une correction. À Bamako, il a été observé une moindre utilisation des services modernes de santé par les migrants (BA, 1995) qui conservent des comportements sanitaires traditionnels lorsqu'ils séjournent en milieu urbain qu'ils soient migrants récents ou anciens. Le système de santé joue un rôle capital par le truchement de la pluralité des systèmes médicaux, de la disponibilité et de l'accessibilité des structures, de la qualité des services et des coûts d'utilisation (Waitzenegger-Lalou, 2000).

La vulnérabilité liée à la migration est renforcée par une exposition particulière à la précarité sociale. Il ressort de cette étude que la majorité des migrants de retour est sans profession autrement sans source de revenu.

Cette situation expose les migrants à des phénomènes de précarisation spécifiques et de discriminations notamment dans l'accès aux soins de santé (Fassin, 2001). Il ressort qu'un ensemble de facteurs hétérogènes et d'interaction sont à l'origine de ce phénomène : les conditions socio-économiques délétères (bas salaires, chômage et sous-emploi, pauvreté, manque d'opportunité et absence de protection sociale) figurent en tête de peloton.

Ces facteurs résultent souvent de l'inadéquation entre une croissance économique et un taux démographique élevé, de la capacité insuffisante des économies du pays (Mali) à générer des emplois décents et durables en nombre suffisant. Outre les facteurs économiques, plusieurs déterminants politiques et sociaux ainsi que les enjeux environnementaux créent un terreau fertile à la migration. Au nombre de ceux-ci figurent : l'instabilité politique et les conflits armés. En effet depuis 2012, le Mali traverse une crise politico sécuritaire avec son corollaire de conflits communautaires, qui augmente le désir de migrer. L'opportunité réelle ou supposée de pouvoir bénéficier d'une meilleure vie, de revenus élevés, d'une plus grande sécurité, d'une meilleure qualité d'éducation et de soins de santé dans les pays d'accueil, influence la décision de migrer.

En conclusion, la migration est considérée comme un des enjeux mondiaux importants. Dans les médias, les débats s'articulent pour l'essentiel autour des thèmes tels que la fuite des cerveaux, les transferts d'argent, la migration irrégulière, le trafic d'êtres humains, le chavirement des bateaux transportant des migrants ou encore des images atroces des noyades etc. L'essentiel des données statistiques à disposition porte sur les aspects économiques (transfert d'argent), démographiques. En ce qui concerne la réintégration des migrants de retour, elle est au cœur des débats politiques. Le retour des migrants est considéré comme le stade ultime d'un cycle migratoire. Certains auteurs notent que les politiques d'intégration sont moins fréquentes dans les pays africains. Par ailleurs, la documentation sur la réinsertion est davantage portée sur les aspects économiques du retour des migrants en termes de moyens de subsistance plutôt que sur les relations sociales et culturelles et de santé. Il n'existe pas une politique d'accès aux soins de santé pour les migrants de retour dans bon nombre de pays africains, y compris le Mali. Seules quelques ONG essayent d'apporter une assistance.

Au sein de la population migrante, il existe nombre de situations sociales, administratives, politiques et économiques différentes. Ce travail a été centré sur l'accès aux soins de façon générale chez les migrants de retour.

Ce premier travail permettrait non seulement de réfléchir à la mise en place d'un système d'information, de sensibilisation et d'orientation et de surveillance épidémiologique pour le suivi de l'état de santé des migrants. Mais également de réfléchir aux réponses à apporter aux formations du personnel et l'implication des structures de soins, dans la prise en charge de la santé des migrants.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ADOLPHE Monique, Albert FAYE, Marc GENTILINI, Dominique KEROUEDAN, Jacques MILLIEZ, Pierre-François PLOUIN, Alfred SPIRA (2020) « L'immigration en France : situation sanitaire et sociale » Rapport, Académie Nationale de Médecine
- BA (A.) 1995, *Migration et santé des populations à Bamako (Mali)*, Thèse présentée à la Faculté des études supérieures, Université de Montréal, Canada, 166 p.
- BAUBET T., Moro M.-R. (2003) « Psychiatrie et migrations ». Paris : Masson, coll. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française 236 p.3-5.
- BECKER (S.), PETERS (D.H.), GRAY (R.H.), GULTIANO (C.) et BLACK (R.), 1993, «The Determinants of Use of Maternal and Child Health Services in Metro Cebu, the Philippines», Health Transition Review, vol. 3, no1, pp. 77-89.

- Bulletin Académie Nationale de Médecine (2022) « Migrations, gouvernance et santé en Afrique et dans l'Union européenne » France, Vol1, N° 206, pp 146-150.
- CATHERINE-Amélie Chassin (2020), « *La vulnérabilité des migrants* », Edt Presses universitaires de Caen, France.
- CHESNEY (A.P.), CHAVIRA (J.A.), HALL (R.P.) et GARY JR (H.E.), 1982, «Barriers to Medical Care of Mexican-Americans: The Role of social Class, Acculturation and Social Isolation », Medical Care, vol. XX, No9, pp. 883-891.
- CHIMIANTI, Milena, SANDRO Cattacin (2001). *Migration et santé : priorités d'une stratégie d'intervention. Rapport de base d'une étude Delphi. Rapport de recherche 2001 du Forum suisse pour l'étude des migrations*. Neuchâtel : SFM / FSM.
- DIARRA, Mamadou, FEILDMAN, Nehara et DOUMBIA, Fatoumata (2006). *Etude de capitalisation sur les projets de réinsertion au Mali. Bamako : Le Damier Mali : 2006*.
- EMOP (2017), accessibilité aux soins de santé, appréciation de la population sur les actions prioritaires à entreprendre et dépenses de consommation des ménages, Institut National de la Statistique du Mali.
- Haut Conseil des Maliens de l'Extérieur (HCME), 2020.
- HULL (D.), 1979, «Migration, Adaptation and Illness: A review», Social Science and Medecine, vol. BA, pp. 25-36.
- HYMAN (I.), 1992, *The Effet of Migrant Adaptation on Périnatal Health in Montréal*, thèse de doctorat en santé communautaire, Université de Montréal, p124.
- JALLOH MF (2017), «Assessments of Ebola knowledge, attitudes, and practices in Forécariah, Guinea and Kambia, Sierra Leone», July–August 2015”. Phil.
- JANES (C.R.) et PAWSON (I.G.), 1986, «Migration and Biocultural adaptation: Samoans in California », Social Science and Medecine, vol. 22, No 8, pp. 821-834.
- KAPLAN (M.S.) et MARKs (G.), 1990, «Adverse effects of acculturation: Psychological Distress among Mexican American Young Adults », Social Science and Medecine, vol. 31, No 12, pp. 13131319.
- LALOU (R.) et LEGRAND (T.), 1996, « La mortalité des enfants du Sahel en ville et au village », Population, 2, pp. 329-352.
- LESSAULT, D. et BEAUCHEMIN, C. (2009). «Les migrations d'Afrique subsaharienne en Europe : un essor encore limité.» Population et Sociétés.
- LOMBRAIL, P. (1999). «A propos des liens entre santé et migration.» Sciences Sociales et Santé Vol. 12, N°2, p2000
- MCKINLAY (J.B.), 1975, «Some issues Associated with Migration, Health status and the Use of Health Services », Journal of Chronical Diseases, 28, pp. 579-592.
- MECHALI Denis (1990) « Pathologie des étrangers ou des migrants. Problèmes cliniques et thérapeutiques, enjeux de santé publique », Revue Européenne des Migrations Internationales Volume 6 - N° 3 1990.
- OIM, 2009, « Migration au Mali : Document thématique 2009 La diaspora malienne : un acteur transnational du développement
- OMS (2010) Health of Migrants – The Way Forward, Report of a Global Consultation, Madrid Espagne.
- OMS (2022), Réunion de haut niveau sur la santé et la migration dans la Région européenne de l'OMS : définir conjointement la vision de la santé des réfugiés et des migrants.
- SOUGANE Arouna (2014), *Migrations et transferts : un état des lieux*, Edt IRD.

- TELLER (C.H.), 1972, Internal Migration, Socio-economic Statut and Health: Access to Medical Care in Honduran City, A thesis presented to the Faculty of the graduate School of Cornell University for the degree of Doctor of Philosophy.
- TRAORE B F (2012), « La migration malienne entre crises et rapatriement en Côte d'Ivoire » Revue Indisciplinaire de Sciences sociales.
- UYANGA (J.), 1983, «Rural-Urban Migration and Sickness Health Care Behavior: A Study of Eastern Nigeria », Social Science and Medecine, vol. 17, No 9, pp. 579-583.
- VANDER STUYFT. P, DE MUYNCKA., SCHLLEMANS L. et TIMMERMAN C., (1989), «Migration, Acculturation and Utilization of Primary Health Care », Social Science and Medecine, vol. 29, No 1, pp. 53-60.