

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



U.S.T.T-B

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

N°

THESE

**DETERMINANTS DE L'ETAT DE SANTE DES
POPULATIONS DEPLACEES DE CONFLIT
RESIDANT DANS LA COMMUNE VI DU
DISTRICT DE BAMAKO EN 2020**

Présentée et soutenue publiquement le 28/06/2022 devant
le jury de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par M. Mohamed Ibrahim DRAME

**Pour l'obtention de grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'état)**

JURY

Président du jury : Pr Samba DIOP

Membres du jury : Dr Samba DIARRA

Co-directeur de thèse : Dr Moctar TOUNKARA

Directeur de thèse : Pr Kassoum KAYENTAO

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNE UNIVERSITAIRE 2020-2021

ADMINISTRATION

DOYEN : **M. Seydou DOUMBIA** - Professeur

VICE-DOYENNE : **Mme Mariam SYLLA** - Professeur

SECRÉTAIRE PRINCIPAL : **M. Mozon TRAORÉ** - Maitre-assistant

AGENT COMPTABLE : **M. Yaya CISSE** - Inspecteur de trésor

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

1. Mr. Yaya FOFANA	Hématologie
2. Mr. Mamadou L. TRAORÉ	Chirurgie Générale
3. Mr. Mamadou KOUMARÉ	Pharmacologie
4. Mr. Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
5. Mr. Aly GUINDO	Gastro-entérologie
6. Mr. Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
7. Mr. Sinè BAYO	Anatomie-pathologie et Histo-Embryologie
8. Mr. Sidi Yaya SIMAGA	Santé-Publique
9. Mr. Abdoulay Ag RHALY	Medicine interne
10. Mr. Boukassoum HAIDARA	Legislation
11. Mr. Boubacar Sidiki CISSÉ	Toxicologie
12. Mr. Massa SANOGO	Chimie Analytique
13. Mr. Sambou SOUMARÉ	Chirurgie Générale
14. Mr. Abdou Alassane TOURÉ	Orthopedie-Traumatologie
15. Mr. Daouda DIALLO	Chimie-générale et Minérale
16. Mr. Issa TRAORÉ	Radiologie
17. Mr. Mamadou K. TOURÉ	Cardiologie
18. Mme. Sy Assitan TOURÉ	Gynéco-Obstétrique
19. Mr. Salif DIAKITÉ	Gynéco-Obstétrique
20. Mr. Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologue
21. Mr. Abdel Karim KOUMARÉ	Chirurgie générale
22. Mr. Amadou DIALLO	Zoologie-biologiste
23. Mr. Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
24. Mr. Kalilou OUATTARA	Urologie
25. Mr. Mahamdou DOLO	Gynéco-Obstétrique
26. Mr. Baba KOUMARÉ	Psychiatrie
27. Mr. Boubou DIARRA	Bactériologie
28. Mr. Brehima KONARÉ	Bactériologie-Virologie
29. Mr. Toumani SIDIBÉ	Pédiatrie
30. Mr. Souleymane DIALLO	Pneumologie
31. Mr. Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
32. Mr. Seydou DIAKITÉ	Cardiologie

**DETERMINANTS DE L'ETAT DE SANTE DES POPULATIONS DEPLACEES DE CONFLIT
RESIDANT DANS LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO EN 2020**

33. Mr. Amadou TOURÉ	Histo-Embryologie
34. Mr. Mahamane Kalil MAIGA	Néphrologue
35. Mr. Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
36. Mr. Djibril SANGARÉ	Chirurgie générale
37. Mr. Somita KEITA	Dermato-Léprologie
38. Mr. Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologue
39. Mr. Alhousseini AG MOHAMED	O.R.L
40. Mme. Traoré J. THOMAS	Ophtalmologie
41. Mr. Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
42. Mme. Habibatou DIAWARA	Dermatologie
43. Mr. Yéya Tiémoko TOURÉ	Entomologie-Médicale Biologie Cellulaire
44. Mr Sekou SIDIBÉ	Orthopédie-Traumatologie
45. Mr Adama SANGARÉ	Orthopédie-Traumatologie
46. Mr. Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
47. Mme. SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
48. Mr. Adama DIAWARA	Santé Publique
49. Mme Fatoumata Sambou DIABATE	Gynéco-Obstétrique
50. Mr. Bokary Y SACKO	Biochimie
51. Mr. Moustapha TOURÉ	Gynéco-Obstétrique
52. Mr. Dapa Aly DIALLO	Hématologie
53. Mr. Boubakar DIALLO	Cardiologie
54. Mr. Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
55. Mr. Hamar A TRAORE	Médecine Interne
56. Mr. Mamadou TRAORÉ	Gynéco-Obstétrique
57. Mr. Mamadou Soun calo TRAORE	Santé Publique
58. Mr. Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
59. Mr Moussa I. DIARRA	Biophysique
60. Mr. Kassoum SANOGO	Cardiologie
61. Mr. Arouna TOGORA	Psychiatrie
62. Mr. Souleymane TOGORA	Stomatologie
63. Mr. Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
64. Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
65. Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
66. Mr. Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie
67. Mr. Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
68. Mr. Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
69. Mr. Aly TEMBELY	Urologie
70. Mr. Tièman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
71. Mr. Zanafon OUATTARA	Urologie
72. Mr. Abdel Kader TRAORE	Médecine interne
73. Mr. Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie

LES ENSEIGNANTS DÉCÉDÉS

1. Mr. Mohamed TOURÉ Pédiatrie
2. Mr. Alou BAH Ophtalmologie

**DETERMINANTS DE L'ETAT DE SANTE DES POPULATIONS DEPLACEES DE CONFLIT
RESIDANT DANS LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO EN 2020**

3. Mr. Bocar SALL	Orthopédie-Traumatologie-Secourisme
4. Mr. Balla COULIBALY	Pédiatrie
5. Mr. Abdel Kader TRAORÉ DIT DIOP	Chirurgie générale
6. Mr. Moussa TRAORÉ	Neurologie
7. Mr Yéminégué Albert DEMBÉLÉ	Chimie Organique
8. Mr. Anatole TOUNKARA	Immunologie
9. Mr. Bou DIAKITÉ	Psychiatrie
10. Mr. Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
11. Mr. Modibo SISSOKO	Psychiatrie
12. Mr. Ibrahim ALWATA	Orthopédie-Traumatologie
13. Mme. TOGOLA Fanta KONIPO	O.R.L
14. Mr. Bouraima MAIGA	Gynéco-Obstétrique
15. Mr. Mady MACALOU	Orthopédie-Traumatologie
16. Mr. Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
17. Mr. Mahamadou TOURÉ	Radiologie
18. Mr. Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
19. Mr. Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
20. Mr. Mamadou DEMBÉLÉ	Chirurgie-générale
21. Mr. Sanoussi KONATÉ	Santé Publique
22. Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
23. Mr Ibrahim ONGOIBA	Gynéco-Obstétrique
24. Mr Adama DIARRA	Physiologie
25. Mr Massambou SACKO	Santé Publique
26. Mr. Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique

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

D.E.R CHIRURGIE ET SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr. Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie générale
2. Mr. Youssouf COULIBALY	Anesthésie et Réanimation
3. Mr. Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie et Réanimation
4. Mr. Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation
5. Mr. Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie générale
6. Mr. Adégné TOGO	Chirurgie générale
7. Mr. Bakary Tientigui DEMBÉLÉ	Chirurgie générale
8. Mr. Alhassane TRAORÉ	Chirurgie générale
9. Mr. Drissa TRAORÉ	Chirurgie générale
10. Mr. Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
11. Mr. Mohamed Amadou KEITA	O.R. L
12. Mr. Samba Karim TIMBO	O.R. L Chirurgie cervico-faciale chef de DER
13. Mr. Sadio YÉNA	Chirurgie cardio-Thoracique
14. Mr. Niani MOUNKORO	Gynéco-Obstétrique
15. Mr. Youssouf TRAORÉ	Gynéco-obstétrique
16. Mr. Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
17. Mr. Oumar DIALLO	Neurochirurgie
18. Mr. Hamady TRAORÉ	Stomatologie

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS/ MAITRES DE RECHERCHE

**DETERMINANTS DE L'ETAT DE SANTE DES POPULATIONS DEPLACEES DE CONFLIT
RESIDANT DANS LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO EN 2020**

1. Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie-Réanimation
2. Mr. Broulaye Massaoulé SAMAKÉ	Anesthésie-Réanimation
3. Mr. Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
4. Mr. Aladji Seidou DEMBÉLÉ	Anesthésie-Réanimation
5. Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
6. Mr. Birama TOGOLA	Chirurgie générale
7. Mr. Adama Konoba KOITA	Chirurgie générale
8. Mr. Bréhima COULIBALY	Chirurgie générale
9. Mr. Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
10. Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie cardio-thoracique
11. Mr. Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
12. Mr. Ibrahim TÉGUÉTÉ	Gynéco-Obstétrique
13. Mr. Tioukani THERA	Gynéco-Obstétrique
14. Mr. Boubacar BAH	Odontostomatologie
15. Mr Lamine TRAORÉ	Ophtalmologie
16. Mme. Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
17. Mme. Dombia Kadiatou SINGARÉ	O.R. L
18. Hamidou Baba SACKO	O.R. L
19. Mr. Siaka SOUMAORO	O.R. L
20. Mr. Mamadou Lamine DIAKITÉ	Urologie
21. Mr. Honoré Jean Gabriel BERTHÉ	Urologie

MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHES

1. Mr. Youssouf SOW	Chirurgie Générale
2. Mr. Koniba KEITA	Chirurgie Générale
3. Mr. Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
4. Mr. Amadou TRAORÉ	Chirurgie Générale
5. Mr. Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
6. Mr. Madiassa KONATÉ	Chirurgie Générale
7. Mr. Sékou Bréhima KOUMARÉ	Chirurgie Générale
8. Mr. Boubacar KAREMBÉ	Chirurgie Générale
9. Mr. Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
10. Mr. Idriss TOUNKARA	Chirurgie Générale
11. Mr. Ibrahim SANKARÉ	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
12. Mr. Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
13. Mr. Amed BAH	Chirurgie-Dentaire
14. Mr. Seydou GUEYE	Chirurgie-Buccale
15. Mr. Issa AMADOU	Chirurgie-Pédiatrique
16. Mr. Mohamed Kassoum DJIRÉ	Chirurgie-Pédiatrique
17. Mr. Boubacary GUINDO	O.R. L-C.C.F
18. Mr. Youssouf SIDIBÉ	O.R. L
19. Mr. Fatogoma Issa KONÉ	O.R. L
20. Mme. Fadima Koreissy TALL	Anesthésie-Réanimation
21. Mr. Seydina Alioune BEYE	Anesthésie-Réanimation
22. Mr. Hamadoun DICKO	Anesthésie-Réanimation
23. Mr. Moustapha Issa MANGANÉ	Anesthésie-Réanimation
24. Mr. Thierno Madane DIOP	Anesthésie-Réanimation

**DETERMINANTS DE L'ETAT DE SANTE DES POPULATIONS DEPLACEES DE CONFLIT
RESIDANT DANS LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO EN 2020**

25. Mr. Mamadou Karim TOURÉ	Anesthésie-Réanimation
26. Mr. Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie-Réanimation
27. Mr. Daouda DIALLO	Anesthésie-Réanimation
28. Mr. Abdoulaye TRAORE	Anesthésie-Réanimation
29. Mr. Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie-Réanimation
30. Mr. Mahamadou COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
31. Mr. Aboulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
32. Mr. Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
33. Mme. Aissatou SIMAGA	Ophtalmologie
34. Mr. Seydou BAGAYOGO	Ophtalmologie
35. Mr. Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
36. Mr. Adama GUINDO	Ophtalmologie
37. Mme. Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
38. Mr. Addoulaye NAPO	Ophtalmologie
39. Mr. Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
40. Mr. Bougadary COULIBALY	Prothèse Scellée
41. Mme. Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie-Dento-Faciale
42. Mr. Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
43. Mr. Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
44. Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
45. Mr. Mamadou Salia DIARRE	Neurochirurgie
46. Mr. Moussa DIALLO	Neurochirurgie
47. Mr. Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie-Traumatologie
48. Mr. Layes TOURE	Orthopédie-Traumatologie
49. Mr. Mahamdou DIALLO	Orthopédie-Traumatologie
50. Mr. Louis TRAORE	Orthopédie-Traumatologie
51. Mme. Hapssa KOITA	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
52. Mr. Alfousseiny TOURE	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
53. Mr. Amady COULIBALY	Stomatologie/ Chirurgie maxillo-faciale
54. Mr. Amadou KASSOGUE	Urologie
55. Mr. Dramane Nafo CISSE	Urologie
56. Mr. Mamadou Tidiane COULIBALY	Urologie
57. Mr. Moussa Salifou DIALLO	Urologie
58. Mr. Alkadri DIARRA	Urologie
59. Mr. Soumana Oumar TRAORE	Gynéco-Obstétrique
60. Mr. Abdoulaye SISSOKO	Gynéco-Obstétrique
61. Mr. Mamadou SIMA	Gynéco-Obstétrique
62. Mme. Aminata KOUMA	Gynéco-Obstétrique
63. Mr. Seydou FANÉ	Gynéco-Obstétrique
64. Mr. Amadou BOCOUM	Gynéco-Obstétrique
65. Mr. Ibrahima Ousmane KANTE	Gynéco-Obstétrique
66. Mr. Alassane TRAORE	Gynéco-Obstétrique

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mme. Lydia B. SITA Stomatologie

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. Mr. Bakarou KAMATE | Anatomie-Pathologie |
| 2. Mr. Cheick Bougadari TRAORE | Anatomie-Pathologie, chef de DER |
| 3. Mr. Mamadou A. THERA | Physiologie |

MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRES DE RECHERCHES

- | | |
|------------------------|----------------------------------|
| 1. Mr. Djibril SANGARE | Entomologie Moléculaire |
| 2. Mr. Guimogo DOLO | Entomologie Moléculaire Médicale |
| 3. Mr. Bakary MAIGA | Immunologie |
| 4. Mme. Safiatou NIARE | Parasitologie-Mycologie |
| 5. Mr. Karim TRAORE | Parasitologie-Mycologie |
| 6. Mr. Abdoulaye KONE | Parasitologie-Mycologie |
| 7. Mr. Moussa FANE | Parasitologie Entomologie |

MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. Mr. Bourama COULIBALY | Anatomie Pathologie |
| 2. Mr. Mamadou MAIGA | Bactériologie-Virologie |
| 3. Mr. Aminata MAIGA | Bactériologie-Virologie |
| 4. Mme. Djeneba Bocar MAIGA | Bactériologie-Virologie |
| 5. Mme Arhamatoulaye MAIGA | Biochimie |
| 6. Mr. Mamadou BA | Biologie/Parasitologie Entomologie-Médicale |
| 7. Mr. Boubacar Sidiki I. DIAKITE | Biologie-Médicale Biochimie Clinique |
| 8. Mr. Bréhima DIAKITE | Génétique et Pathologie Moléculaire |
| 9. Mr. Yaya KASSOGUE | Génétique et Pathologie Moléculaire |
| 10. Mr. Oumar SAMASSEKOU | Génétique/Génomique |
| 11. Mr. Nouhoum SACKO | Hématologie/Oncologie/Cancérologie |
| 12. Mr. Sidi Boula SISSOKO | Histologie Embryologie Cytogénétique |
| 13. Mr. Saidou BALAM | Immunologie |
| 14. Mr. Hama Abdoulaye DIALLO | Immunologie |
| 15. Mr. Aboubacar Alassane OUMAR | Pharmacologie |
| 16. Mme. Mariam TRAORE | Pharmacologie |
| 17. Bamodi SIMAGA | Physiologie |
| 18. Mr. Modibo SANGARE | Pédagogie en Anglais adapté à la |

**DETERMINANTS DE L'ETAT DE SANTE DES POPULATIONS DEPLACEES DE CONFLIT
RESIDANT DANS LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO EN 2020**

Recherche

Biomédicale

19. Mr. Bassirou DIARRA

Recherche-biomédicales

20. Mr. Sanou Kho COULIBALY

Toxicologie

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| 1. Mr. Harouna BAMBA | Anatomie Pathologie |
| 2. Mme Assitan DIAKITE | Biologie |
| 3. Mr Ibrahim KEITA | Biologie moléculaire |
| 4. Mr. Moussa KEITA | Entomologie-Parasitologie |

D.E.R DE MÉDECINE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES

PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHE

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. Mr. Adama Diaman Keita | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 2. Mr. Sounkalo DAO | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 3. Mr. Daouda K. MINTA | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 4. Mr. Boubacar TOGO | Pédiatrie |
| 5. Mr. Moussa T. DIARRA | Hépto-Gastro-Entérologie |
| 6. Mr. Cheick Oumar GUINTO | Neurologie |
| 7. Mr. Ousmane FAYE | Dermatologie |
| 8. Mr. Youssoufa Mamadou MAIGA | Neurologie |
| 9. Mr. Yacouba TOLOBA | Pneumo-Phtisiologie, chef de DER |
| 10. Mme. Mariam SYLLA | Pédiatrie |
| 11. Mme. Fatoumata DICKO | Pédiatrie |
| 12. Mr. Souleymane COULIBALY | Psychiatrie |
| 13. Mr. Mahamadou DIALLO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 14. Mr. Ichiaka MENTA | Cardiologie |

MAITRES DE CONFÉRENCES / MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. Mme. KAYA Assetou SOUCKO | Médecine Interne |
| 2. Mr. Abdoul Aziz DIAKITE | Pédiatrie |
| 3. Mr. Idrissa Ah. CISSE | Rhumatologie |
| 4. Mr. Mamadou B. DIARRA | Cardiologie |
| 5. Mr. Ilo Bella DIALL | Cardiologie |
| 6. Mr. Souleymane COULIBALY | Cardiologie |
| 7. Mr. Anselme KONATE | Hépto-Gastro-Entérologie |
| 8. Mr. Japhet Pobanou THERA | Médecine Légale/ Ophtalmologie |
| 9. Mr. Adama Aguisa DICKO | Dermatologie |

MAITRE ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| 1. Mr. Mahamadoun GUINDO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 2. Mr. Salia COULIBALY | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 3. Mr. Konimba DIABATE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 4. Mr. Adama DIAKITE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 5. Mr. Aphou Sallé KONE | Radiologie et Imagerie Médicale |

**DETERMINANTS DE L'ETAT DE SANTE DES POPULATIONS DEPLACEES DE CONFLIT
RESIDANT DANS LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO EN 2020**

6. Mr. Mory 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 CISSÉ	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. Djéneba 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. Ibrahim SANGARE	Cardiologie
27. Mr. Youssouf 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. Mme. Kadiatou DOUMBIA	Hépto-Gastro-entérologie
36. Mme. Hourouna SOW	Hépto-Gastro-entérologie
37. Mme. Sanra Débora SANOGO	Hépto-Gastro-entérologie
38. Mr. Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicale
39. Mr. Abdoulaye M. TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicale
40. Mr. Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicale
41. Mr. Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicale
42. Mr. Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicale
43. Mr. Mamadou AC. CISSE	Médecine d'Urgence
44. Mr. Seydou HASSANE	Neurologie

**DETERMINANTS DE L'ETAT DE SANTE DES POPULATIONS DEPLACEES DE CONFLIT
RESIDENT DANS LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO EN 2020**

45. Mr. Guida LANDOURE	Neurologie		
46. Mr. Thomas COULIBALY	Neurologie		
47. Mr. Adama S SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie		
48. Mr. Diangina dit Nouh SOUMARE	Pneumologie		
49. Mme. Khadidia OUATTARA	Pneumologie		
50. Mr. Pakuy Pierre MOUNKORO	Psychiatrie		
51. Mr. Souleymane dit P COULIBALY	Psychiatrie		
52. Mme. Siritio BERTHE	Dermatologie		
53. Mme. N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie		
54. Mme. Yamoussa KARABINTA	Dermatologie		
55. Mme. Mamadou GASSAMA	Dermatologie		
56. Mr. Belco MAIGA	Pédiatrie		
57. Mme. Djeneba KONATE	Pédiatrie		
58. Mr. Fousseyni TRAORE	Pédiatrie		
59. Mr. Karamoko SANOGO	Pédiatrie		
60. Mme. Fatoumata Léoni DIAKITE	Pédiatrie		
61. Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie		
62. Mme Djénéba SYLLA	Pédiatrie		
63. Mr. Djigui KEITA	Rhumatologie		
64. Mr. Souleymane SIDIBE	Médecine de Famille/Communautaire	de	la
65. Mr. Drissa Massa SIDIBE	Médecine de Famille/Communautaire	de	la
66. Mr. Salia KEITA	Médecine de Famille/Communautaire	de	la
67. Mr. Issa Souleymane GOITA	Médecine de Famille/Communautaire	de	la

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr. Boubacari Ali TOURE Hématologie Clinique
2. Mr. Yacouba FOFANA Hématologie
3. Mr. Diakalia Siaka BERTHE Hématologie

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

1. Mr. Seydou DOUMBIA Épidémiologie
2. Mr. Hamadoun SANGHO Santé Publique
3. Mr. Samba DIOP Anthropologie Médicale et Éthique en Santé

MAITRES DE CONFÉRENCES/ MAITRE DE RECHERCHE

1. Mr. Cheick Oumar BAGAYOKO Information Médicale

MAÎTRES 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 THIERO | Bio statistique/Bio-informatique |
| 5. Mr. Cheick Abou COULIBALY | Épidémiologie |
| 6. Mr. Abdrahamane COULIBALY | Anthropologie Médicale |
| 7. Mr. Moctar TOUNKARA | Épidémiologie |
| 8. Mr. Nouhoum TELLY | Épidémiologie |
| 9. Mme Lalla Fatouma TRAORE | Santé Publique |
| 10. Mr Sory Ibrahim DIAWARA | Epidémiologie |

ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. Mr. Seydou DIARRA | Anthropologie Médicale |
| 2. Mr. Abdrahamane ANNE | Bibliothéconomie-Bibliographie |
| 3. Mr. Mohamed Moumine TRAORE | Santé Communautaire |
| 4. Mr. Housseini DOLO | Épidémiologie |
| 5. Mr. Souleymane Sékou DIARRA | Épidémiologie |
| 6. Mr. Yaya dit Sadio SARRO | Épidémiologie |
| 7. Mme. Fatoumata KONATE | Nutrition-Diététique |
| 8. Mr. Bakary DIARRA | Santé-Publique |

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Mr Ousseynou DIAWARA | Parodontologie |
| 2. Mr. Amsalah NIANG | Odonto-préventive-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. Abdoulay KALLE | Gastroentérologie |
| 9. Mr. Mamadou KARAMBE | 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. Doulata 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 | Pneumo-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 |

**DETERMINANTS DE L'ETAT DE SANTE DES POPULATIONS DEPLACEES DE CONFLIT
RESIDANT DANS LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO EN 2020**

26. Mr Benoît Y KOUMARE	Chimie Générale
27. Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
28. Mr Mamadou BAH	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 KAYENTAO	Méthodologie de la recherche
34. Mr Babou BAH	Anatomie

ENSEIGNANTS EN MISSION

1. Mr. Lamine GAYE	Physiologie
--------------------	-------------

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

A la mémoire de mon défunt père DRAME Ibrahim :

Cher père le bon Dieu m'a pas donné la chance de vous connaître, vous êtes partir très tôt mais j'ai toujours appris à travers à ma mère mes oncles et vos amis que vous étiez un homme de principe et de loyauté, de tolérance, un homme généreux que nous pouvons être fier de vous.

Nous avons appris votre sens élève de la responsabilité, de devoir et de travail bien fait. Tu as été pour moi un modèle de courage. Je ne te remercierai assez jamais de voir donnée la vie. Ma mère me dit souvent que l'un de tes rêves était que je sois médecin.

Aujourd'hui je suis très fier d'accomplir ton rêve, mais j'ai des larmes aux yeux **PAPA**, car j'aurais tellement aimé que tu sois présent pour vivre ce moment solennel avec moi à fin de me donner assez de courage et de force pour tenir.

Je promets, avec l'accord de Dieu, de ne jamais faillir à mon devoir de fils malgré ton absence. Très cher père, les mots me manquent en ce moment solennel pour te remercier, trouves ici dans ce témoignage les manifestations de mon affection profonde et de ma reconnaissance indéfectible à ton égard. Dans ton repos éternel tes enfants ont toujours besoin de tes bénédictions. Je prie Dieu

A ma Mère SQUARE Atoumata :

Femme courageuse, infatigable, très patiente, tu as guidé mes premiers pas, tu es la source de ma vie, tu as été pour nous une mère et un père tu es pionnière de mon éducation, je suis très fier d'être issu de toi. Tu

es pour moi un modèle de courage, de tolérance, de patience et de bonté.

J'ai toujours bénéficié de ton affection qui m'a beaucoup consolé dans la vie, surtout dans les moments difficiles. Ton dévouement pour la réussite de tes enfants est certain. Sans ta patience, tes sacrifices, tes prières et bénédictions, tes inoubliables conseils et encouragements auxquels je me souviens chaque jours « **Mon fils, patiente toi avant d'atteindre ton objectif, après la difficulté il y a le bonheur** » » je n'aurais jamais arrivé à ce niveau.

Très chère mère, ma réussite d'aujourd'hui est le fruit de tes larmes, je ne te remercierai jamais assez, trouves ici dans ce témoignage les manifestations de mon affection la plus profonde et de ma reconnaissance indéfectible à ton égard.

Il n'existe pas de mots **Maman** pour te dire ce que je ressens en ce moment. Que le tout puissant t'accorde longue vie avec beaucoup de santé pour que tu puisses bénéficier les fruits de ce travail.

A mes oncles et mes tantes : Je vous dédie ce travail en guise de mon grand respect pour vous avec tous mes souhaits de bonheur et de santé.

Parce qu'il est impossible de trouver les mots qui peuvent exprimer mon amour, et ma reconnaissance pour vous m'avez offert. En particulier à mon oncle **ABOUBACAR DRAME** tous les sacrifices que vous vous êtes imposés pour assurer notre vie et notre bien-être, de votre tolérance, et de votre bonté exceptionnelle. Vous restez pour moi le symbole d'un amour original et d'une parenté idéale. J'espère toujours être à la hauteur de ce que vous attendez de moi, et ne jamais vous décevoir. Puisse DIEU le tout puissant vous donner santé, bonheur et longue vie afin que je

puisse un jour vous rendre ne serait-ce qu'un peu de ce que vous avez fait pour nous.

**A mes grand frères : Abdoul Aziz DRAME Cheickna hamallah
DRAME et Mohamed DRAME**

A vos côtés j'ai appris qu'est-ce que la famille.

Vous n'aviez jamais cessé de vous soucier constamment de mon avenir.

Des cadeaux d'encouragement tout au long de mes études ne m'ont pas fait défaut.

Vos attentions et vos conseils à tous ceux que j'entreprenais m'ont animé d'un sentiment de protection.

Merci pour tous ceux que vous aviez fait et continuerez à faire pour moi et pour notre famille. Ce travail est aussi le résultat de votre courage et de votre soutien. Que Dieux vous donne longue vie dans la bonne santé et beaucoup de prospérité.

A mes grandes sœurs : Badiallo DRAME et Koumbaty DRAME :

vous avez été plus qu'une sœur pour moi. Vos conseils et votre attachement m'ont toujours animé de joie et de conviction. Toujours engagé pour ce combat de la vie. En reconnaissance du soutien fraternel, courage et persévérance dans la voie tracée par les parents. Soyons et restons unis dans la vie. Que Dieux le créateur des univers te donne encore des bons enfants et beaucoup de douceurs et de bonheurs dans ton foyer. Ce travail est aussi le tien.

REMERCIEMENTS :

A tous mes frères et sœurs : Ce travail sans doute est le vôtre, que l'amour de la fraternité qui nous unit depuis la naissance règne toujours dans nos cœurs.

A mes cousins et cousines : merci pour votre soutien, qu'Allah renforce le lien sanguin qui nous unit .Amen.

A la Famille fofana au point G :

Le chef du village Bourama Fofana et ses deux épouses tante Mafila et tante Kadiatiou ainsi que tous les membres de sa famille les mots me manquent pour vous remercier assez pour tout ce que vous avez pour moi que le bon Dieu vous récompense le jour du jugement dernier.

A mes collègue et ami de tous les jours :

Issaika sacko, Dr sidiki Diawara, Dr cheick oumar Coulibaly, ELhadj Mahamane Maiga merci du plus profonds de mon cœur **A mes amis :** merci pour votre bonne collaboration.

A mes frères et sœurs de la FMOS : merci pour votre soutien et considération à mon égard.

A AESM : Association des étudiants soninké du Mali merci à vous tous.

A AEESCDS : Association des élèves et étudiants en sante de la commune de Dinandougou et sympathisants merci pour votre soutien et votre considération à mon égard.

A monsieur tiemoko représenter du service social aux des déplacées interne

A Ensemble des populations déplacées internes pour leur accessibilité et leur compréhension.

A Dr Tapily, Dr Abdoulaye Maiga et à Dr Mountaga Diallo pour leur soutien.

Aux aînés du service : **Dr Moussa Dabo, Dr Maiga, Dr Brehima**

Bereté, Dr Mama Nioumata, Dr Makadji , Dr Abdoulaye DAFFE, ce travail est le fruit de votre soutien soyez rassurés de ma profonde reconnaissance.

A tout le personnel du CS Réf CVI : grand merci à vous ; plus particulièrement à **Dr Mama Sy KONAKE, à Dr SAMAKÉ Alou, à Dr KEITA Mamadou, à Dr HAIDARA Dramane, à Dr DIASSANA Mama, à DIASSANA Boubacar :** ce travail est le fruit de votre disponibilité, votre caractère social fait de vous des hommes de classe exceptionnelle. Merci pour l'encadrement et la formation que vous m'avez offerts.

Au médecin chef du cabinet medical sorila Dr Cheickna Amallah DIAKITE, et a son chef du personelle Dr Aboudou CAMARA et à tout le personnel en particulier **Dr MAIGA Souleymane** et stagiaires : un grand merci pour votre soutien et respect à mon égard.

A toutes les personnes qui m'ont aidé de près ou de loin. Merci !

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY,

Professeur DIOP Samba

- **Professeur d'anthropologie médicale et d'éthique en santé à la FMOS**
- **Enseignant-chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique en santé au DER-SP de la FMOS**
- **Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales et éthique du SEREFO FMOS**
- **Membre du comité d'éthique institutionnel et national du Mali.**

Plus qu'un maitre, vous êtes pour nous un père.

Vous nous avez confié ce travail et éclairé sa réalisation par votre savoir et votre rigueur scientifique.

Nous espérons être dignes du rang de vos élèves. Veuillez accepter le témoignage de notre haute déférence.

A NOTRE MAITRE ET Membre JUGE

Docteur Samba Diarra

- **Sociologue de la santé**
- **Chargé de rechercher au département d'enseignement et de recherche en santé publique à l'USTTB**
- **Coordinateur des activités d'engagement communautaire au centre universitaire de recherche clinique UCRC/NIH/USTTB**
- **Chargé du module Qualitative reseach in Research Ethic au département d'enseignement et de recherche en santé publique à l'USTTB**
- **Représentant régionale (Mali) du Réseau de formation, de Recherche et d'action sur les Migrations Africaines (REFORMAF), suisse**

Cher Maître,

Nous avons été touchés par la convivialité avec laquelle vous nous avez reçu et la spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'être membre de cet honorable jury. Nous vous en somme très reconnaissant et nous **vous exprimons** nos plus sincères remerciements.

Veillez trouver ici, cher maitre, l'expression de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE
Docteur TOUNKARA Moctar

- **Docteur en Médecine**
- **Spécialiste en épidémiologie**
- **Maitre-Assistant au Département Enseignement et Recherche en Santé Publique de la Faculté de Médecine et D'Odontostomatologie(FMOS)**

Cher maître,

Nous tenons à vous exprimer toute notre gratitude pour avoir accepté de codiriger notre travail. Vous nous avez consacré votre temps précieux. Que votre rigueur scientifique, votre sens critique et vos nobles qualités humaines soient pour nous le meilleur exemple à suivre. Veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression de nos vifs remerciements et de notre estime.

A notre Maitre et Directeur de thèse,

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur **KAYENTA O Kassoum**

- **Maitre de Recherche en Santé Publique Option épidémiologie**
- **Responsable adjoint d'unité paludisme-grossesse au MRTC**
 - **Enseignant-Chercheur**

Cher maître,

Nous sommes reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail.

La probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le sens social élevé et la rigueur sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand maître.

Maître incontesté, ouvert, scrupuleux, et rigoureux, vous ne vous êtes jamais lassé de nous réprimander quand le travail était mal ou non fait.

Votre simplicité et votre disponibilité font de vous un modèle de maître tant souhaité par nous.

Travailler à vos côtés a été une expérience enrichissante pour nous.

Veillez accepter le témoignage de notre considération la plus respectueuse.

LA LISTE DES SIGNES ET ABREVIATIONS

AQMI : d'Al-Qaïda aux pays du Maghreb Islamique

CEDEAO : Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest

CMA : Coordination des Mouvements de l'Azawad

GATIA : Groupe Autodéfense Touareg Imghad et Alliés. **HCR**

: Haut-commissariat des Nation Unies pour les réfugiés

HCUA : Haut Conseil pour l'Unité de l'Azawad.

IAWG: Agency working group on reproductive health in crises

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MISMA : Mission Internationale de Soutien au Mali

MINUSMA : Mission Multidimensionnelle Intégrée des Nations unies pour la Stabilisation au Mali.

MAA : Mouvement Arabe de l'Azawad.

MPE: malnutrition Proteino- Energétique

MNLA : Mouvement National de Libération de l'Azawad

MUJAO : Mouvement pour l'Unité et le Jihad en Afrique de l'Ouest

OCHA ou BCAH : Bureau de Coordination des Affaires Humanitaires

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nation Unies

ONG : Organisation Non Gouvernementale

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

TDR : Test Diagnostic Rapide

VIH: Virus Immunodéficience Humaine

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : virus de l'Hépatite C

TABLE DES MATIERES

LA LISTE DES SIGNES ET ABREVIATIONS	I
LA LISTE DES TABLEAUX	XVI
LISTE DES FIGURES	XVII
INTRODUCTION	1
I. INTRODUCTION	2
II. OBJECTIFS	6
III. GENERALILTES	8
1. Définition des quelques concepts	8
○ 1-2- Conflit :	8
○ 1-3-Resident :	8
○ 1-4- la guerre:	8
○ 1-5- la précarité :	9
○ 1-6- Exode :	9
○ 1-7- population:	9
○ 1-8- Santé:.....	9
○ 1-9-Facteurs de risque :	10
○ 1-10-La sécurité :	10
○ 1-11-L'insécurité :	10
○ 1-12-Aides aux déplacés :	10
2). Les conflits entrainant de crise humanitaire : santé, morbidité et mortalité..	11
3) L'effet de la migration forcée sur l'état de santé	Erreur ! Signet non défini.
4). Histoire sanitaire chez les migrants et les déplacés	16
a). Choléra	16
b). Virus de l'Immunodéficience Humaine	17

c). Tuberculose	18
d). Hépatites virales	19
e). Santé de la reproduction dans les conflits	20
5) .Problèmes sanitaires des déplacés et des réfugiés :	21
6) . Besoins sanitaires des déplacés et des réfugiés :	23
a) Hébergement :	23
b) Approvisionnement en eau potable	24
c) Assainissement :	25
d) Approvisionnement en nourriture	26
7) Pertes en vie humaine :	26
IV METHODOLOGIE.....	24
1. Cadre et lieu d'étude :	29
2. Présentation de la commune VI :	29
a. Une fonction de santé publique :	31
1. Types d'étude :.....	32
2. Période d'étude :	32
a. Population ciblée :.....	32
b. Population source :	32
3. Critères d'inclusion :	32
4. Critères de non inclusion :	33
5. Les techniques de collecte des données :	33
6. Echantillonnage :	34
7. Colleté des données des registres de consultation :	35
8. Variables :	35
9. Matériels :	35

10. Plan d'analyse des données :	36
11. Considérations ethniques :	37
IV. Résultats :	39
VI . DISCUSSIONS	492
VII : CONCLUSION	569
VIII. RECOMMANDATIONS	579
Reference	59
ANNEXES	659
Serment d'Hippocrate	745

LA LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I: RÉPARTITION DES DÉPLACÉS EN FONCTION DU STATUT MATRIMONIAL, DE L'ALPHABÉTISATION DE L'ETHNIE, ET DE LA PROFESSION.	339
TABLEAU II : RÉPARTITION DES DÉPLACÉS EN FONCTIONS DE L'ORIENTATION ET DE L'INSTALLATION	39
TABLEAU III : RÉPARTITION EN FONCTION DE DÉPLACEMENT ET DE LA DURÉE DU SÉJOUR.	445
TABLEAU IV : REPARTITION DES DEPLACES EN FONCTION AIDE SANITAIRE	35
TABLEAU V: RÉPARTITION DES DÉPLACÉS EN FONCTION EN FONCTION DE LA SCOLARITÉ ET LE STATUT VACCINAL DES ENFANTS.	456
TABLEAU VI : RÉPARTITION DES DÉPLACES EN FONCTION DES APPUIS	466
TABLEAU VII : RÉPARTITION DES DÉPLACÉS EN FONCTION DE L'ACCÈS À L'EAU, HYGIÈNE ET ASSAINIEMENT... ..	37
TABLEAU VIII : RELATION AIDES SANITAIRE ET SITES D'HÉBERGEMENT	47
TABLEAU IX : RELATION ENTRE LE STATUT MATRIMONIAL ET AIDES SANITAIRES	40
TABLEAU X : RÉPARTITION DES DÉPLACÉS EN FONCTION DES CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES DE 23 JUILLET 2020 À 24 OCTOBRE 2020 DANS LES 3 SITES D'ACCUEIL À BAMAKO.	41
TABLEAU XI : RELATION ENTRE LA RÉALISATION DU TDR EN FONCTION DE LA FIÈVRE À L'EXAMEN CHEZ LES DÉPLACÉS DANS LES TROIS SITES D'ACCUEILS À BAMAKO.....	41

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES STRUCTURES DE SANTÉ DE LA COMMUNE VI	30
FIGURE 2: RÉPARTITION DES PARTICIPANTS EN FONCTION DU SEXE.	34
FIGURE 3 : RÉPARTITION DES DÉPLACÉS EN FONCTION DU TRANCHE D'ÂGE.	424
FIGURE 4 :. RÉPARTITION DES PARTICIPANTS EN FONCTION DE LA PROVENANCE	405
FIGURE 5 :. RÉPARTITION DES DÉPLACÉS EN FONCTION DES SITES D'HÉBERGEMENTS	416



INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (PDI) sont "des personnes ou des groupes de personnes qui ont été forcés ou contraints de fuir ou de quitter leur foyer ou leur lieu de résidence habituel, notamment en raison d'un conflit armé, de situations de violence généralisée, de violation de droit de l'homme, ou de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme, ou pour en éviter les effets, et qui n'ont pas franchi les frontières internationalement reconnues d'un Etat "(1). Le soutien au PDI est beaucoup plus difficile que le soutien aux réfugiés en raison de leur situation géographique (c'est-à-dire dans le même pays où ils peuvent être poursuivis par leur gouvernement ou autre), elles font donc parties des populations les plus vulnérables au monde (2). Les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays connaissent souvent des problèmes de santé physique (malnutrition, infection.....) et ou mentale (par exemple, stress posttraumatique, dépression) (2).

En fin de l'année 2018 , environ 41,3 millions de déplacées internes se trouvaient dans le monde (3). Les déplacements internes en Afrique subsaharienne étaient plus élevés que dans toute autre région en 2018, avec environ 7,4 millions de personnes déplacées en raison de conflits et de violences (3).

Bien que le nombre total de déplacées internes dans le monde ait dépassé le nombre total de réfugiés en 2018 (25 millions), la recherche et les ressources se sont largement concentrées sur les réfugiés plutôt que sur les déplacées internes (3).

Les principes directeurs des Nation Unies relatifs au déplacement des personnes à l'intérieur de leur propre pays définissent les droits des personnes déplacées, notamment en matière de protection et de soins de santé, en accordant une attention particulière aux femmes, aux enfants et à la prévention des maladies

transmissibles. Pour y parvenir, il existe plusieurs lignes de directives permettant de hiérarchiser les interventions mises en œuvre dans des conditions humanitaires(4).

Depuis 2012, le Mali connaît une crise politico-sécuritaire et ethnique qui a occasionné des déplacements internes.

A cause de cette crise, des milliers des personnes ont dû quitter leurs villages, leurs zones de culture pour fuir l'insécurité des zones de conflits. Regroupées en différents sites d'hébergement pour beaucoup situées aux abords des zones urbaines pour ainsi faciliter leur approvisionnement et leur accessibilité aux soins de santé primaires ; elles vivent dans des conditions de précarité et de dépendances qu'elles n'avaient sans doute jamais connues.

Selon le rapport du bureau de la coordination des affaires humanitaires de l'organisation des nations Unies (OCHA), le nombre de déplacées au Mali ne cesse d'augmenter depuis 2017 avec une augmentation importante au cours de cette dernière année (5). Le nombre de déplacés est en effet passé de 187 139 en octobre 2019 à 311 193 en 2020 : soit une augmentation de près de 40%. Ceci peut s'expliquer par l'insécurité grandissante dans les régions de Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Ménaka. Les régions de Ségou et Mopti restent cependant les régions qui enregistrent le plus grand nombre de déplacées(5).

Bon nombre de ces déplacés sont arrivés à Bamako au niveau des sites d'accueil sans avoir le temps nécessaire d'emporter leurs biens avec eux.

Ces déplacements peuvent être également considérés d'un point de vue plus distant comme une accélération d'exode rural sur le continent africain depuis plusieurs décennies(6).

Au Mali depuis presque neuf ans, l'épicentre de cette crise s'est déplacé au centre du pays entraînant des déplacements massifs des populations du centre vers la capitale Bamako et d'autres localités du pays.

La commune VI regorge les principaux sites d'accueil des déplacés internes dans le district de Bamako et ses sites sont : le centre MABILE ; le site de NIAMANA le site de FALADIE et le site de SENOU.

Ces déplacements massifs provoquent de grands problèmes d'ordre humanitaires, sécuritaires et surtout sanitaires avec des conditions d'hygiène et de vie insoutenables des personnes déplacées internes (7). Le risque de survenue de certaines maladies d'origine hydrique ou même une épidémie pourrait être élevé si des mesures idoines et rapides ne sont pas mises en œuvre. C'est dans le but de proposer des interventions de santé visant à prévenir la survenue de ces maladies ou épidémie que nous nous sommes posé la question suivante : quels sont les déterminants de l'état de santé des populations déplacées internes dans la commune VI du district de Bamako.

Les événements que les populations déplacées internes ont subi v des impacts négatifs sur leur état de santé et d'hébergement.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

Objectif principal

Etudier les caractéristiques liées à l'installation des personnes déplacées internes suite aux conflits au Mali.

Objectifs spécifiques :

- Décrire les processus d'accueil et d'installation des personnes déplacées internes sur les différents sites d'hébergement dans le district de Bamako en 2020.
- Déterminer les types de prises en charge sanitaires qui existent sur les différents sites d'hébergement dans le district de Bamako en 2020.
- Déterminer la fréquence d'utilisation du test de diagnostic rapide (TDR) pour le paludisme dans le centre de prise en charge des personnes déplacées interne dans le district de Bamako en 2020.

GENERALITE

S

III. GENERALITES

1. Définition des quelques concepts

○ **1-1- Déplacés internes** : Elles sont appelées aussi « personnes déplacées dans leur propre pays » sont des personnes qui fuient des persécutions, ou sont victimes d'un conflit, d'une catastrophe naturelle ou de la traite qui n'ont pas franchi les frontières. Elles demeurent des citoyens de leur pays.(7)

○ **1-2- Conflit** : Un conflit, ou situation conflictuelle, est un état d'opposition entre des personnes ou des entités. Le conflit est chargé d'émotions telles que la colère, la frustration, la peur, la tristesse, la rancune, le dégoût. Parfois, il peut être fait d'agressivité et de violence.

Le terme conflit est également utilisé pour décrire un état de contradiction (par exemple contradiction de textes juridiques ou conflit de loi) ou de contreindications (par exemple l'usage de médicaments par des patients présentant des pathologies particulières) ou d'incompatibilité (systèmes en place mais dont la coexistence dans un même contexte ou dans une même vision n'est pas garantie). Il existe plusieurs types de conflits : les conflits intra-personnels, les conflits inter personnels, le conflit intra-groupe, le conflit inter groupe...(8)

○ **1-3-Resident** : toute Personne qui réside dans un autre endroit que son endroit origine.

○ **1-4- la guerre:**

La guerre se définit comme un état de conflit armé entre plusieurs groupes politiques constitués comme des Etats. Par opposition aux guerres entre Etats ; une guerre peut aussi désigner un conflit armé entre deux factions de

populations opposées à l'intérieur d'un même Etat : on parle alors de guerre civile : de guerre ethnique, de guerre révolutionnaire ou encore de sécession(9).

○ 1-5- la précarité :

La précarité est une forte incertitude de conserver ou de récupérer une situation acceptable dans un avenir proche. « L'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assurer leur responsabilité élémentaire et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives(10).

Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante ; qu'elle compromette gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible(11).

○ 1-6- Exode :

Un exode est le nom donné à un mouvement massif de population civile ; souvent lors d'une guerre ou d'une catastrophe naturelle mais aussi lors d'autres phénomènes étudiés en géographie (exode rural : départ de population vers les environs proches car les logements sont remplacés par des bureaux) ○

1-7- population:

Une population est un ensemble d'individus ou d'éléments partageant une ou plusieurs caractéristiques qui servent à les regrouper. On parle ainsi de population humaine ; de population biologique ; de population civile etc.....

○ 1-8- Santé:

Le concept de santé est largement compris dans le sens de la définition classique proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ; qui stipule

que la santé est « un état complet de bien-être physique mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » et représente « l'un des droits fondamentaux de tout être humain quel que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » cette définition inchangée depuis 1948 a été souvent critiquée.

Evans et Stoddart trouvent qu'elle présente la santé de façon dichotomique, en la situant sur un continuum où on retrouve aux deux extrémités le bien-être au sens idéalisé et l'absence d'états biologiques négatifs (maladies, douleurs, infirmités, morts)(12). A leur avis, « des états où on ne souffre pas de quelque chose de déplaisant ne peuvent pas entièrement rendre compte de ce qu'est la santé »(12). La classification internationale des handicaps de l'organisation mondiale de la santé (OMS, 1988) définit l'incapacité comme une réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité d'une façon et dans les limites considérées comme normales pour un être humain. Elle est la conséquence d'une déficience.

○ 1-9-Facteurs de risque :

Est tout attribut, caractéristiques ou exposition d'un sujet qui a la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme

○ 1-10-La sécurité :

Physiquement, la sécurité est l'état d'une situation présentant le minimum de risque. Psychiquement, la sécurité est l'état d'esprit d'une personne qui se sent tranquille et confiante. Pour l'individu ou un groupe, c'est le sentiment d'être à l'abri de tout danger et risque.

○ 1-11-L'insécurité :

Etat d'un lieu qui n'est pas sûr, qui est soumis à la délinquance ou à la criminalité : l'insécurité qui règne dans certaines banlieues. Sentiment de vivre dans un environnement physique ou social favorisant les atteintes aux

personnes et aux biens. Depuis 2012 le Mali est abrité par une insécurité qui ne cesse de prendre d'ampleur qui a conduit à une crise multidimensionnelle

○ 1-12-Aides aux déplacés :

Une aide est définie comme une action d'intervenir en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens.

Elles sont de plusieurs ordres (octroyées par l'Etat, les ONG et les personnes de bonnes volontés) :

ANAM : l'Agence Nationale d'Assistance Médicale est un établissement public national à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, créé par la N° 09-031/AN-RM du 27 juillet 2009, le décret N°09-

554/P-RM du 12 octobre 2009 fixe les modalités de l'organisation et les modalités de fonctionnement de l'ANAM. Elle est placée sous la tutelle du Ministère de la solidarité, et de l'action. ANAM a pour mission d'assurer la prise en charge médicale des personnes dépourvues de ressources ; appelées les indigents et

d'autres catégories de personnes en situation d'assistance sociale qui en sont les Admis de droit (les personnes déplacées ; les personnes ayant subi des inondations). L'accès est conditionné à la présentation d'un certificat d'indigence délivré par la mairie après une enquête. Des difficultés ont souvent entravé l'octroi de l'ANAM pour certains usagers déplacés de guerre. Lenteur dans l'enrôlement et la délivrance de certificats.

2). Les conflits entraînant la crise humanitaire : santé, morbidité et mortalité

La santé des populations, plus particulièrement des migrants, des réfugiés et des personnes déplacées interne est préoccupante dans un contexte de crise

humanitaire. Si les catastrophes naturelles et humaines ont des conséquences souvent similaire sur la santé, par ailleurs les situations engendrées par l'action humaine résultent parfois d'une volonté délibérée d'affaiblir une population et sont beaucoup plus dévastatrices(13).

Beaucoup de problèmes de santé sont fréquemment observés lors des crises humanitaires : blessures, rougeole, maladies diarrhéiques (choléra, dysenterie...), infections respiratoires sévères, paludisme. Des épidémies telles que la méningite, la fièvre jaune, l'hépatite virale et la typhoïde se manifestent dans ces situations qui par ailleurs favorisent l'apparition de problèmes psychiatriques et psychosociaux. Dans certains camps de réfugiés, les maladies diarrhéiques constituent plus de 40 % des décès, dont plus de 80 % des cas concernent des enfants âgés de moins de deux ans(14). La mauvaise qualité de l'eau, le manque d'hygiène et la surpopulation seraient en grande partie responsables de cette situation.

Les conditions alimentaires renforcent l'effet de ces morbidités, alors que la malnutrition et les carences nutritionnelles sont fortement associées aux risques d'infection et corrélées avec la mortalité. Le dysfonctionnement des systèmes de santé, forcés d'interrompre les programmes de lutte contre la tuberculose, provoque la recrudescence soudaine de la maladie, également renforcées par la malnutrition, les mauvaises conditions d'hébergement, mais aussi par la densité et la mobilité de la population(14).

Lors des crises humanitaires, outre les blessures et les morts violentes résultant des combats armés, de la pratique de la torture et du recours au génocide, l'absence de contrôle social, les comportements à risque tels que ceux des militaires, les viols et le recours à la prostitution, favorisent le développement des épidémies, en particulier du VIH/sida, le tout dans des situations

caractérisées par le manque de préservatifs, l'usage de sang infecté lors de transfusions sanguines, l'absence d'examen sanguins et de services en matière de sexualité et de santé périnatale. Si on suppose généralement que le niveau atteint par le VIH/sida est plus élevé dans de tels contextes, il dépend par ailleurs du taux de prévalence avant la crise. Ainsi, en Sierra Leone, le taux d'infection est plus bas que dans certains pays non marqués par un conflit(14). le taux de prévalence du VIH dans les armées angolaise et zimbabwéenne était estimé à 50 %, comparativement à 10 % chez la population civile, alors que l'armée ougandaise avait une séroprévalence de 35-45 %, et que le taux de mortalité dû au VIH/sida était de 34

% dans l'armée congolaise(15). Des Rwandaises ayant survécu à un viol ont affiché un taux de séroprévalence de 17 % comparativement à 11 % pour la population générale(16) . Alors que le taux de prévalence avant la guerre au Rwanda était de 1 % dans les zones rurales et de 10 % dans les zones urbaines, après la guerre il atteignait 11 % dans les deux cas(17).

Dans le cas de conflits armés cependant, pour des raisons d'ordre politique l'intervention humanitaire ne s'exerce pas dans les mêmes conditions pour les réfugiés et les personnes déplacées. En particulier, l'accès à l'aide humanitaire est souvent compromis par les combats et les pressions exercées par les États ; elle fait l'objet de négociations n'aboutissant pas toujours à la préservation des intérêts de ces populations vulnérables. Les populations civiles sont d'ailleurs systématiquement utilisées à la fois comme enjeu et objectif militaire (18). Lors d'une catastrophe d'origine naturelle ou humaine, l'aide humanitaire vise à prévenir et à diminuer la morbidité et la mortalité excessive et à promouvoir un retour à la normale (19). Elle est adaptée à la nature de la situation et elle évolue en fonction des diverses phases traversées, de l'émergence de la crise à sa résolution. Ainsi, les guerres, les tremblements de terre et les inondations,

pour ne nommer que ceux-là, engendrent des types de morbidité et de mortalité d'intensité et de tendances variables.

3) L'effet de la migration forcée sur l'état de santé :

Le contexte sociodémographique et de santé est susceptible d'affecter différemment les réfugiés, les personnes déplacées et les populations restées sur place. Ainsi, il a été démontré au Tchad que les personnes déplacées constituent un groupe à risque sur le plan démographique.

En particulier, le risque de divorce des chefs de ménage ayant déjà été des personnes déplacées à l'intérieur du Tchad était près de trois fois plus élevé que celui des non migrants, contrairement aux réfugiés ayant connu l'exil (13). Les personnes restées sur place subissent le contexte général de détérioration du système de santé du pays où intervient la crise humanitaire, du fait de leur résilience ou de l'impossibilité pour elles de migrer. Quant à celles qui fuient dans une zone à l'intérieur du même pays, elles espèrent améliorer leur situation, mais leur mobilité entrave la réception d'une assistance humanitaire et rend difficile le contrôle des épidémies, surtout dans le cas de mouvements de masse à l'intérieur d'une vaste zone géographique; Elles constituent un groupe à risque en tant que cible et enjeu militaire(20).

La mobilité entrave le dépistage, le traitement et le suivi des maladies et des vaccinations, tout en augmentant les risques de non-observance thérapeutique. Un mauvais usage et un manque de contrôle des protocoles médicaux peuvent engendrer une résistance aux médicaments. L'habitat souvent précaire des personnes durant leur déplacement a aussi un impact sur leur santé. Le taux brut de mortalité des personnes déplacées serait même significativement plus élevé que celui des personnes restées sur place, entre autres à cause d'un accès réduit aux services de santé, à l'eau potable, à l'hygiène et à un abri convenable, mais aussi en raison du manque d'information sur le nouvel environnement et de la perte des biens et réseaux sociaux(20). L'assistance à des personnes regroupées

dans des camps est plus aisée que celle destinée à des réfugiés ou des personnes déplacées dispersés sur un grand territoire. Par contre, la forte densité de la population dans les camps favorise la propagation des maladies transmissibles et pose des défis sur les plans de l'hygiène et de l'assainissement. Ainsi, dans les camps de réfugiés, la mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans semble être corrélée à la taille de la population(21).

L'état de santé des réfugiés établis dans les populations d'accueil est tributaire de leur capacité d'accès à un système local performant et en mesure de répondre à la fois à la demande des nationaux et des réfugiés. L'emplacement des camps a un effet significatif sur l'état de santé : un espace/temps trop faible entre le site et la zone de conflit augmente les risques d'exposition à la violence. En effet, une étude réalisée dans 51 camps de réfugiés situés dans sept pays dont trois en Afrique (Éthiopie, Tanzanie et Ouganda) a démontré que le taux brut de mortalité dans les sites situés à moins de dix kilomètres de la zone de conflit était dix fois plus élevé que pour les camps éloignés d'au moins cinquante kilomètres(21).

La distance entre le camp et la structure sanitaire de référence aurait aussi un effet significatif sur le taux de mortalité. Les problèmes de malnutrition et d'eau potable sont susceptibles de varier selon le statut migratoire et la nature de l'insertion dans la zone d'accueil en effet, des difficultés d'approvisionnement risquent de se manifester dans le cas des personnes déplacées, alors que les réfugiés dans les camps ont un accès plus facile à l'eau potable, à des rations alimentaires et à plus long terme à des programmes d'autosuffisance alimentaire, Par contre, la situation des réfugiés hors camps est tributaire de la disponibilité et de l'accès aux aliments dans le pays d'accueil, et à long terme aux modalités d'insertion dans l'économie locale. L'apparition de maladies

diarrhéiques est reliée à la qualité de l'eau, à l'hygiène et à la disponibilité d'équipements sanitaires adéquats dans la zone d'accueil(13).

L'accès aux préservatifs et à des programmes de prévention, de diagnostic et de soins est plus grand pour les réfugiés dans les camps que pour les personnes déplacées ou les réfugiés hors camps. Cependant, ces migrants et les travailleurs humanitaires seraient moins réceptifs aux programmes de sensibilisation et d'éducation au VIH/sida, le risque de subir la violence ou de mourir d'autres maladies plus immédiates étant prédominant (22). La nature même de la crise humanitaire joue un rôle déterminant sur la transmission du virus. Ainsi, les violations des droits humains, la violence et la persécution basée sur le genre augmentent durant les guerres et les conflits armés(23). Paradoxalement, alors que les femmes se réfugient pour fuir la persécution et violence, le facteur de risque est précisément plus élevé durant la fuite et l'exil(24). Des femmes sont agressées sexuellement par des individus qui utilisent leur position de pouvoir dans les zones de conflit, aux frontières et dans des camps (23).

4). Histoire sanitaire chez les migrants et les déplacés

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

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

a). Choléra

Lors de la fin de la guerre de Napoléon en 1815, un grand nombre de migrants de Grande Bretagne et d'Irlande traversent l'Océan Atlantique dans le but de venir refaire leur vie en Amérique du Nord. La principale porte d'entrée du Canada étant le Québec, un grand nombre de migrants empruntent le fleuve

Saint-Laurent afin d'y parvenir. Vers 1830, le nombre de migrants était de 30 000 en moyenne par année. Pendant ce temps, l'Europe est touchée par de grandes épidémies de choléra entre autres(7).

Le choléra était souvent transporté en Amérique du Nord par les Irlandais qui se sont embarqués dans les ports anglais. Les autorités coloniales, voyant l'arrivée probable au Canada de ce fléau décident de mettre sur pied une station de quarantaine. Pour ce faire, ils ont choisi une île portant le nom de Grosse-Île car elle est située au milieu du fleuve Saint-Laurent. En 1854, une nouvelle épidémie de choléra marque la fin de ces années d'épidémies virulentes. Ces premières années d'existence étant gérées par les Britanniques, les Canadiens n'avaient que très peu de droit de regard sur le fonctionnement de la migration au Canada et de la quarantaine(25).

Des épidémies meurtrières ont aussi été observées lors de certaines crises humanitaires, dans un pays, plus précisément appelées urgence complexes, définies comme des crises humanitaires dans un pays, une région ou une société dans lequel existe une dégradation absolue ou considérable de l'autorité, à cause d'un conflit interne ou externe, qui requièrent une réponse internationale dépassant le mandat ou les capacités des programmes nationaux ponctuels et ou au long cours des Nations Unies(26).

b). Virus de l'Immunodéficience Humaine

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

autour des «4 H » (Hémophiles, Homosexuels, Héroïnomanes et Haïtiens)(7).

Ces groupes épidémiologiques particulièrement contaminés, ont été désignés comme étant à l'origine du virus, et tenus pour les vecteurs de sa diffusion.

Leur « mise en accusation » s'est accompagnée d'une mise en « quarantaine symbolique » permettant de protéger le groupe « sain », autrement dit les « hétérosexuels blancs », puisque à l'époque, la transmission du virus était encore relativement méconnue. Tant aux USA qu'en Europe, tandis que les homo/bisexuels masculins se sont mobilisés dans la lutte contre la discrimination dont ils étaient l'objet et se sont engagés activement dans la prévention du VIH/sida, les Africains se sont toutefois nettement moins rassemblés contre cette nouvelle forme de racisme. En 1985-1986, la stigmatisation des migrant/es africain/es s'est ensuite renouvelée avec les développements scientifiques qui mettaient au jour la transmission hétérosexuelle du virus (VIH/Migrant).

L'évolution de l'épidémie de VIH en Afrique du Sud a commencé dans les années

1980, principalement chez les hommes gays. Dans les années

1990, le virus s'est rapidement propagé par la transmission hétérosexuelle, favorisée par le système de travailleurs migrants. L'épidémie a atteint son plus haut niveau en 2005, avec un taux de prévalence de 30,2 % chez les femmes enceintes

(27).

c). Tuberculose

À travers l'histoire, la migration humaine a toujours exercé un impact majeur sur la propagation de la tuberculose. Au tout début du XIXème siècle, 25 % des décès constatés en Europe occidentale étaient imputables à

cette maladie. Les Européens ont ensuite emporté avec eux la tuberculose en Afrique centrale, en Asie du Sud et du Sud est ainsi qu'aux Amériques, provoquant d'importantes épidémies dans ces régions. Si l'incidence de la tuberculose accuse un très net recul en Europe occidentale depuis les années 50, elle est restée particulièrement inquiétante dans la plupart des pays à faible revenu

(28).

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

Les réfugiés et les demandeurs d'asile peuvent avoir une charge importante de la maladie infectieuse, telles que la tuberculose le paludisme, l'hépatite virale et les infections parasitaires, en raison de la prévalence de ces malades dans leur pays d'origine et de l'exposition à des conditions défavorables pendant la migration et après l'arrivée dans les hôtes (29).

Les réfugiés et les demandeurs d'asile et les migrants déplacés internes vivent dans des conditions socio-économiques hétérogènes et ont des origines, des motifs de fuites et un statut juridique divers.

Pourtant, dans le l'ensemble, par rapport à d'autres catégories d'immigrants, ils peuvent être plus à risque de contracter la tuberculose, soit parce qu'ils sont arrivés avec une tuberculose actives dans le pays de destination, soit qu'ils développent une tuberculose active à la suite d'une LBTI antérieur ou qu'ils contractent la maladie à leur arrivée(30).

Les sujets en provenance d'Asie (1120/100000) et d'Afrique (650) avaient le taux le plus élevé (31).

d). Hépatites virales

Plusieurs études ont été menées sur le virus de l'hépatite B et le virus de l'hépatite C chez les migrants, mais peu d'entre elles retracent l'histoire de ces 2 maladies.

La prévalence de sérologie positive pour l'hépatite B est élevée dans la majorité des populations migrantes, avec une transmission importante chez les enfants. Une évaluation de la santé des réfugiés aux Etats-Unis entre 1993 et 1995 met en évidence 6,1 % de porteurs de l'hépatite B (AgHBs positif). On retrouve une ancienne hépatite B chez 46,5 % des migrants et une hépatite B active chez 7,6 % d'entre eux, en Espagne. Des études de prévalence des maladies infectieuses chez les réfugiés en Grande-Bretagne révèlent une prévalence pour l'hépatite B variant de 57 à 118 pour 1000. Le taux de prévalence dans une étude de cohorte rétrospective au Canada est de 5,4 % pour la présence d'antigènes de surface de l'hépatite B chronique. Un autre travail met en évidence 23 % d'antigène HBs positif chez 74 réfugiés aux Etats-Unis (32).

Une méta-analyse sur la prévalence de HBV chez les migrants a montré que le taux de prévalence était identique de celui des pays d'origines, avec une prédominance (>10%) chez les migrants de l'Asie de l'Est et du Sud du Sahara (33).

e). Santé de la reproduction dans les conflits

Le développement de la santé de la reproduction se situe au milieu des années 90. La santé reproductive des femmes migrantes a fait l'objet de nombreuses études récemment, qui montrent clairement un niveau de santé déficitaire par rapport à celui des natives. Parmi les facteurs expliquant cette situation, on peut mentionner l'accès limité contraceptif, les ruptures

fréquentes dans la vie familiale suite à la migration, des pratiques sexuelles et contraceptives mal adaptées en raison des coutumes importées du pays d'origine, et une barrière concernant l'accès aux messages préventifs, aux soins et aux examens prénataux.

Années d'arrivée Prévalence AgHBs

Total des réfugiés

2005	7,20%	53738
2006	8,10%	41053
2007	7,80%	48281
2008	7,00%	60193
2009	5,90%	74654
2010	6,40%	73311

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

(34).

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

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

Agency Working Group on reproductive health in crises (IAWG). Elle a mis en place le 1er manuel sur la santé de la reproduction chez les réfugiés où sont détaillées les notions de : maternité sans risque, violence sexuelle et sexiste, IST, ainsi que la planification familiale(35).

5) .Problèmes sanitaires des déplacés et des réfugiés :

Puisque les gens se déplacent et « migrent » depuis l'aube des temps, on s'intéresse depuis longtemps déjà aux liens entre la migration et la santé. Les déplacées et les réfugiés peuvent présenter à la fois des pathologies d'importation de leur pays d'origine (principalement dans le cas de pays tropicaux), des conditions du voyage et de la durée de séjour dans les pays de transit, des conditions dans le pays d'accueil notamment en termes de condition d'hébergement (promiscuité, hygiène, assainissement, nutrition...) ainsi que des pathologies acquises liées à la transplantation et aux conditions socioéconomiques défavorables. Le fardeau de la maladie dépend du pays d'origine, des expositions, des conditions de vie antérieures et de l'accès aux soins de santé, des routes de migration, de la santé reproductive parfois médiocre (grossesses à risque et proportion plus élevée de naissances prématurées) et de divers autres facteurs. Les problèmes de santé des réfugiés et des migrants sont semblables à ceux du reste de la population, même s'il arrive que la prévalence en soit plus élevée dans certains groupes.

Chez les déplacées nouvellement arrivées, les problèmes de santé les plus fréquents sont les maladies transmissibles, les stress post traumatiques, les dépressions, les blessures accidentelles, l'hypothermie, les brûlures, les problèmes cardiovasculaires, les complications de la grossesse ou de l'accouchement, le diabète et l'hypertension. Les femmes déplacées sont, pour

leur part, confrontées à des difficultés particulières touchant notamment à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, à la santé sexuelle et reproductive et aux violences.

L'exposition des déplacés aux risques associés aux mouvements de population (troubles psychosociaux, problèmes de santé reproductive, mortalité néonatale plus élevée, abus de drogues, troubles nutritionnels, alcoolisme et exposition à la violence) accroît leur vulnérabilité face aux maladies non transmissibles. À cet égard, l'interruption des soins constitue le principal problème, en raison du manque d'accès aux systèmes de soins de santé et aux prestataires, ou de la décimation de ces services. Les déplacements entraînent l'interruption du traitement continu, ce dernier étant particulièrement important en cas de maladies et d'affections chroniques. En raison des mauvaises conditions de vie et des privations subies pendant les migrations, les enfants vulnérables sont sujets à des infections aiguës, comme les infections respiratoires et la diarrhée, et doivent avoir accès aux soins correspondants. Le manque d'hygiène peut entraîner des infections cutanées.

6). Besoins sanitaires des déplacés et des réfugiés :

Quand les populations se déplacent vers des zones géographiques différentes de celles de leur pays d'origine, elles sont plus susceptibles d'être confrontées à un approvisionnement irrégulier ou incertain en aliments et eau salubre, en particulier lorsque les circonstances sont difficiles et parfois désespérées. En outre, les services publics essentiels, comme l'électricité et les transports, peuvent être défectueux. Dans ces conditions, les risques de consommer des aliments non comestibles, contaminés ou avariés et de ne pas les cuire de manière appropriée peuvent être plus importants. Les réfugiés et les déplacés tombent généralement malades durant leur périple, surtout dans les camps

surpeuplés. Le ravitaillement, le stockage ou la préparation des aliments peuvent s'effectuer dans des conditions insalubres, et le surpeuplement accroît les risques de flambées de maladies d'origine hydrique et alimentaire(36). Selon le British Medical Journal, les migrants forcés actuels présentent une « clinique de la pauvreté » : déshydratation, fatigue extrême, lésions aux pieds, infections cutanées, traumatismes mineurs et atteintes de la santé mentale, ainsi les médecins de famille, pédiatres, gynécologues et psychiatres seraient les acteurs nécessaires pour faire face à ces besoins sanitaires. Par contre, le risque de maladies infectieuses importées est mineur selon l'OMS qui souligne plutôt le risque de soins inéquitables à ces populations vulnérables dans les pays de transit ou d'accueil. Le HCR plaide pour la prise en charge des migrants forcés dans les systèmes sanitaires des pays d'accueil.

a) Hébergement :

Le logement inadéquat et la surpopulation sont des facteurs importants dans la transmission des maladies à potentiel épidémique (rougeole, méningite, le typhus, le choléra, etc.), la tuberculose et des flambées de la maladie sont plus fréquentes et plus graves lorsque la densité de population est élevée. En outre, la protection contre le soleil, la pluie, le froid et le vent est indispensable pour le bien-être des déplacées, de même que la fourniture d'un espace de vie sécuritaire pour les familles. En 1984, en Ethiopie, près de 50 000 déplacées étaient logées dans des tentes, des huttes en branchages, ou en plein air d'où le taux de mortalité très élevé principalement en raison de typhus et le choléra. Il est important de planifier l'installation spatiale des déplacées et d'identifier les matériaux de construction disponible localement et rapidement pour procurer un toit aux déplacées dans les brefs délais (37).

b) Approvisionnement en eau potable

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

La quantité doit donc être augmentée aussi rapidement que possible. Certains des problèmes associés à la fourniture des quantités suffisantes d'eau dans les premiers jours peuvent provenir de la mauvaise gestion et la répartition inégale, avec certains groupes favorisés par rapport à d'autres, et les réfugiés peuvent se battre pour l'obtention d'eau afin de survivre. Dans l'étape suivante de la phase d'urgence, la quantité de la disposition d'eau doit être rapidement augmentée à une quantité suffisante : 15 à 20 litres d'eau par personne et par jour. Cette quantité comprend l'eau pour la boisson, la préparation des aliments, l'hygiène personnelle et le plat/ lessive. Si ce seuil n'est pas atteint très rapidement, les risques de la transmission de maladies d'origine hydrique augmenteront évidemment (38).

L'approvisionnement en eau potable est une priorité absolue. L'approvisionnement se fait à l'aide de camions citernes en attendant le forage des puits. Les moyens de transport, la connaissance de climat et de la

praticabilité des routes conditionnent l'approvisionnement en eau et les pathologies associés(37).

c) Assainissement :

Les programmes d'assainissement et d'hygiène visent à assurer un environnement propre et de réduire l'incidence des maladies liées à l'environnement. Afin d'atteindre ces objectifs, une attention particulière doit être accordée à l'élimination des excréments, l'évacuation et le traitement des eaux usées, ainsi que la collecte et l'élimination des déchets solides. Dans les camps de réfugiés, des perturbations sociales, la concentration de gens habitués à une norme différente de l'hygiène et le manque d'installations sanitaires, peuvent entraîner de graves risques pour la santé. Des excréments et des déchets sont souvent jetés au hasard autour du site de réfugiés ou des déplacés dans les premiers stades d'une situation d'urgence et il y a beaucoup de mécanismes de transmission de maladies transmissibles, à savoir les mains, l'eau, les animaux, la nourriture, etc....Ces agents pathogènes sont transmis beaucoup plus facilement dans ces conditions précaires, et des mesures d'assainissement sont donc nécessaires de toute urgence. Les indicateurs en matière d'approvisionnement et de latrines de l'eau doivent être surveillés de la même manière que l'incidence des maladies et de mortalité (38).

d) Approvisionnement en nourriture

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

(MPE) est connue pour être une cause majeure de décès chez les populations de réfugiés, principalement parce que la malnutrition augmente la vulnérabilité à la maladie et donc sa gravité, en particulier en ce qui concerne la rougeole. L'analyse des données recueillies dans 42 camps en Asie et en Afrique, indique un lien évident entre la prévalence de la malnutrition et des taux de mortalité élevés dans les camps de réfugiés dans la phase d'urgence. En plus de la MPE, les carences en nutriments tels que l'avitaminose A ou le scorbut jouent un rôle clé dans la morbidité et la mortalité liées à la nutrition. Les objectifs généraux sont de répondre aux besoins alimentaires de base de tous les réfugiés et les déplacés de diminuer la mortalité et la morbidité résultant de malnutrition. Il faut assurer une ration alimentaire moyenne minimale de 2.100 Kcal / personne / jour contenant une teneur en éléments nutritifs ; et réduire la prévalence de la malnutrition et de la mortalité de malnutrition par le traitement des personnes souffrant de malnutrition aiguë et la prévention chez les autres groupes à risque(38).

7) Pertes en vie humaine :

un projet de l'Université du Sussex, *Armed Conflict Location and Event Data project* (Aclod), (39), donne un bilan par année du nombre de victimes recensées dans les conflits armés au Mali.

- 2012 : 538 morts au moins, dont 115 civils
- 2013 : 883 morts au moins, dont 170 civils
- 2014 : 381 morts au moins, dont 49 civils
- 2015 : 428 morts au moins, dont 95 civils
- 2016 : 320 morts au moins, dont 75 civils
- 2017 : 947 morts au moins, dont 251 civils
- 2018 : 1 739 morts au moins, dont 871 civils
- 2019 : 1 868 morts au moins, dont 888 civils Total : 7 104 morts au moins, dont 2 514 civils

METHODOLOGI E

VI. Méthodologie :

1. Cadre et lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le district sanitaire de la commune VI de Bamako, précisément dans les centres d'accueil des populations déplacées internes (centre Mabilé, le site de Faladie Garabal, le site de Senou et le site de Niamanan).

Contrairement aux trois sites d'hébergement (faladiè, centre Mabilé et Senou), le site de Niamanan n'était pas aménagé pour héberger les déplacés internes et aussi les quelques déplacés internes qui y résidaient, s'étaient installés d'eux-mêmes.

Ils n'étaient ni répertoriés, ni pris en charge par la coordination d'aide humanitaire (Etat à travers le service social et les ONG). Celles-ci constituent les raisons pour lesquelles le site Niamanan n'a pas été sélectionné pour notre étude.

2. Présentation de la commune VI : la commune VI du district de Bamako est l'aboutissement d'un long processus historique dans le domaine de l'organisation administrative héritée de la période coloniale. Créée par l'ordonnance numéro 78-82/CMLN du 18 Août 1978, la commune VI est limitée :

- A l'Est par le cercle de Kati ;
- Au Nord par la portion du lit du fleuve Niger ;
- A l'Ouest par la limite Est de la commune V ; - Au Sud par le cercle de Kati.

Elle couvre une superficie de 8882 hectares et comporte dix (10) quartiers:

Banankabougou, Diandjiguila, Faladié, Magnambougou,

Missabougou, Niamakoro, Senou, Sogoniko, Sokorodji et Yirimadjo.

En 2009, la population totale de la Commune VI s'élevait à 470 269 habitants, dont 238 506 hommes et 231763 femmes (source RGPH 2009). En application du taux d'accroissement annuel la population a atteint 627 819 habitants en 2018.

Elle est composée de 50,7% d'hommes et 49,3% de femmes.

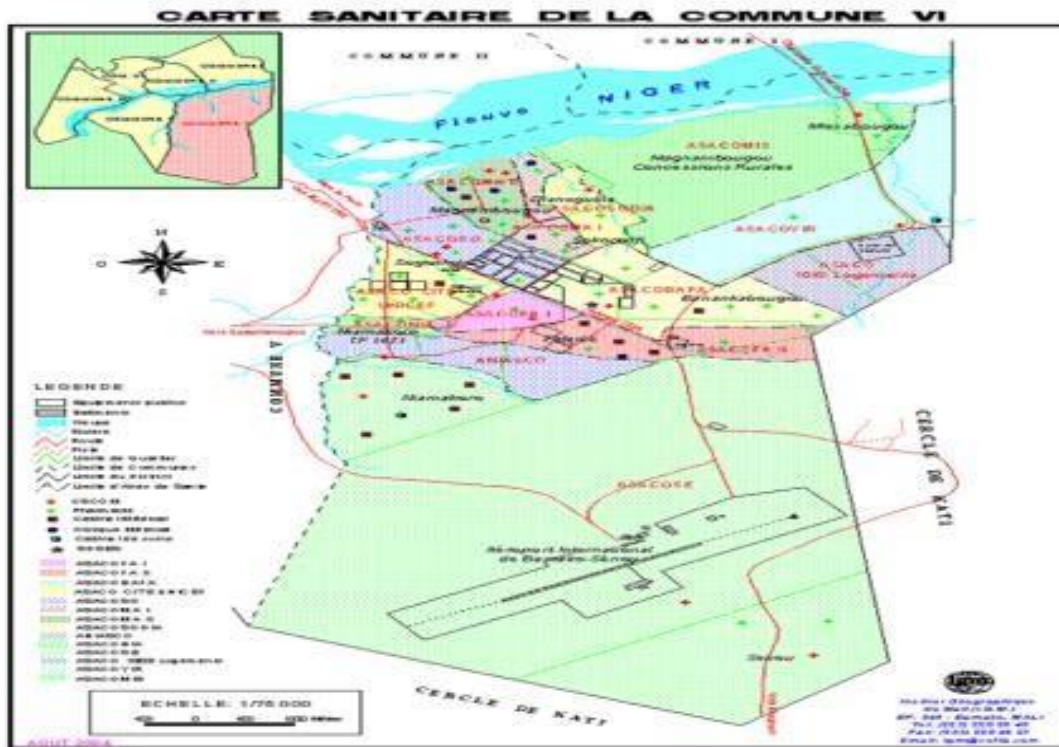


Figure 1 : Organisation et Fonctionnement des structures de santé de la Commune VI

Le district sanitaire de la commune est couvert par un système de santé à deux échelons conformément à la politique sectorielle de santé :

Les CSCOM (Centre de Santé Communautaire) au niveau des aires de santé constituent le premier échelon ;

Le CSRéf (Centre de Santé de Référence) du district sanitaire (DS) représente le deuxième échelon.

Au niveau du 1^{er} échelon (aire de santé), tous les CSCOM sont tenus par un personnel qualifié, nous avons deux médecins et 5 sages-femmes par CSCOM au minimum.

Chaque CSCOM est géré par une Association de Santé Communautaire (ASACO). Les organes de gestion de l'ASACO sont le conseil d'administration mis en place par les délégués et le comité de gestion composé de cinq membres issus du conseil d'administration et l'assemblée générale (instance).

Le CSRéf est le deuxième niveau du district sanitaire. Il remplit essentiellement deux fonctions :

- a. **Une fonction de santé publique** : comportant des tâches de planification, suivi et coordination dans la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire et Social de Cercle (PDSC). A travers cette fonction, le centre de santé de référence assume les tâches de supervision, monitoring et d'appui technique aux structures de premier niveau. Il s'agit de donner des conseils et des orientations au personnel des aires de santé dans le cadre de leurs activités de supervision et de formation des agents relais, mais aussi des prestations relatives à l'hygiène du milieu et au développement communautaire. Il s'agit également de donner des appuis-conseils aux collectivités territoriales.

- b. **Une fonction de référence clinique** lui permettant de prendre en charge les cas dépassant le plateau technique des structures de premier échelon. Il s'agit entre autres de cas nécessitant la chirurgie, les explorations radiologiques, les examens biologiques ou une hospitalisation.

Ce deuxième niveau est dirigé par un Médecin Chef qui assure la coordination d'une équipe pluridisciplinaire ou multisectorielle.

Ce dernier niveau travaille en étroite collaboration avec un service local de développement social et de l'Economie Solidaire dirigé par un administrateur de l'action sociale et un service local de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille dirigé par un Administrateur de l'action sociale.

En outre, les interventions dans le domaine de la santé sont coordonnées et suivies à travers un cadre de concertation initié à cet effet.

Le CSRéf appuie les CSCOM en formation continue du personnel leur permettant d'assurer des soins de qualité.

Les structures privées, parapubliques et confessionnelles recensées disposent du personnel requis pour les activités de leur domaine de prise en charge. Il faut noter que la liste n'est pas exhaustive car seules les structures transmettant les rapports d'activités y figurent.

3. Types d'étude :

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive. Les données des registres de consultation des différents centres de santé des sites d'hébergement du 02 octobre au 01 septembre ont été collectées.

4. Période d'étude :

Les données ont collectées durant la période allant du 23 juillet 2020 au 24 Octobre 2020.

5. Population d'étude :

a. Population cible :

Les déplacés internes résidant dans le district sanitaire de la commune VI

b. Population source :

Elle est représentée par les populations déplacées des sites : centre Mabilé, Sénou et Faladiè Garabal.

L'étude a concerné les sujets âgés de 18 ans et plus et les femmes mariées de 15 ans après obtention du consentement de leurs maris résidents sur les trois sites d'hébergements des déplacés de la commune VI de Bamako sélectionnés pour notre étude.

6. Critères

a Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude :

Les déplacés internes âgés de 18 ans et plus résidants sur les trois sites d'hébergements sélectionnés pour notre étude dans la commune VI du district de Bamako ayant accepté d'être inclus à notre étude et les femmes mariées de 15 ans dont la participation à cette étude a été autorisée par leurs époux.

b. Critères de non inclusion :

N'ont pas été retenus dans notre étude :

Toutes les personnes ayant refusé de donner leur consentement verbal ou écrit

Les personnes déplacées de causes non liées aux conflits, (les inondations les sécheresses la famine).

Les déplacés internes de Niamanan.

Les déplacés internes n'ayant pas résidé dans l'un des 3 sites d'hébergements sélectionnés pour notre étude.

7. Les techniques de collecte des données :

Nous avons défini dans notre étude, un ménage comme un ensemble des occupants d'un même logement sans que ces personnes soient nécessairement unies par des liens de parenté (en cas de colocation par exemple), selon INSEE

Il peut être composé d'une seule personne. Notre unité statistique d'enquête a été le ménage.

Le questionnaire était adressé au chef du ménage ou son représentant.

Nous avons réalisé une collecte des données de la population générale des déplacés internes âgés d'au moins 15 ans, résidant dans les centres d'accueil de la commune VI à travers un entretien face à face par l'utilisation d'un questionnaire papier. Les entretiens ont été menés par des enquêteurs qui ont été formés pendant 2 jours à la technique de collecte des données et à la compréhension standardisée des différentes questions. Le questionnaire a été pré testé et certaines questions ont été reformulées.

Nous avons aussi collecté des données des registres de consultation externe de la période allant du 02 octobre 2019 au 01 septembre 2020 dans les dispensaires des centres d'accueil. Il s'agissait des données de tous les malades vus en consultation externe.

8. Echantillonnage :

○ Taille de l'échantillon :

Nous avons calculé la taille minimale de notre échantillon d'étude à travers la formule de Daniel Schwartz :

$$n = \frac{pq}{i} z^2$$

n= taille de l'échantillon

z = C'est écart-type lié au risque d'erreur ($z=1,96$ pour un risque de 5%) **P**= prévalence attendue sur l'état de santé des populations déplacés internes, Pour notre étude nous avons considéré une proportion moyenne de 50% de déplacement car nous n'avons pas trouvé pu identifier dans la littérature une proportion de déplacement interne des populations.

q= $1-p$; prévalence attendue des personnes ne présentant pas le phénomène étudié,

i est la marge d'erreur tolérée et elle est évaluée à 0,05.

Ainsi la taille minimale de l'échantillonnage pour notre étude est de

$$n = \frac{pq}{i^2} = \frac{z^2 \cdot p \cdot q}{i^2}$$

$n = 369$.

9. Définition opérationnelle :

a) Déterminants de la santé :

Selon l'OMS les déterminants de la santé sont des facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux que l'on peut associer à un problème de santé particulier ou en encore à un état de santé globale des individus ou des populations

Les déterminants ne sont pas toujours des causes directes.

Le fait de vivre en milieu défavorisé, par exemple, constitué un important déterminants de la santé, c'est là un fait reconnu.

D'autres déterminants interviennent selon les circonstances, soit pour les amoindrir l'effet de pauvreté, soit pour le décupler. Ainsi le manque de ressources, économiques et sociales, accroît le risque d'être en mauvaise santé.

b) état de santé :

La définition classique proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ; qui stipule que la santé est « un état complet de bien-être physique mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » et représente « l'un des droits fondamentaux de tout être humain quel que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » cette définition inchangée depuis 1948 a été souvent critiquée.

10. Variables :

a) **Les variables sociodémographiques** : les données sur l'âge, le sexe, l'ethnie, la profession, le niveau d'instruction, le statut matrimonial, la provenance,

b) **Autres variables** :

- **Les variables sur l'accueil et installation**: ces variables ont concerné :

La durée du séjour sur le site, l'orientation vers le site d'hébergement, l'aménagement du site d'hébergement, le moyen de transports vers le site d'hébergement et la construction de l'abri.

- **Les variables sur les aides sociales** : bénéfice d'aide, la nature d'aides (nourriture, argent, scolarité des enfants), la périodicité sur la nature d'aide, appréciation de l'effort des autorités et activités des subsistances.

c) **Les variables qui concernent l'état de sante** :

- Symptômes lors de la consultation, diagnostic examen biologique, le test de diagnostic rapide.

- **Les variables sur aide sanitaire** : bénéfice d'aide sanitaire, la nature d'aide sanitaire (frais de consultation, frais pour examen complémentaires, frais d'ordonnance et le frais d'hospitalisation), la périodicité sur la nature d'aide, la vaccination des enfants, Eau, hygiène, et assainissement.

11. Plan d'analyse des données :

Les données ont été saisies sur Excel 2013 et analysées sur le logiciel SPSS version 20. Des vérifications des données ont été faites sur la base de l'examen

de la distribution des variables. L'analyse statistique descriptive a été faite par des tableaux croisés. Le test de Khi deux a été utilisé pour mesurer l'association entre deux variables quantitatives binaires. Une valeur p obtenue inférieure à 0,05 implique qu'il y'a une relation statistiquement significative entre les valeurs des caractères considérés.

12. Considérations éthiques :

Nous avons recherché et reçu les autorisations administratives et sanitaires de la commune VI. L'adhésion à l'enquête a été libre et sans contrainte et tous les participants interviewés pouvaient volontairement arrêter leur participation à n'importe quel moment de l'étude. L'enquête a été basée uniquement sur l'interrogatoire des participants. Les données du registre de consultation ont été collectées ne comportant pas de danger pour les personnes interviewées. Nous avons attribué un numéro d'identification à chaque observation pour assurer la confidentialité et les données ont été collectées de telle sorte que les noms et prénoms des participants n'apparaissent. Toutes les personnes interviewées avec une notion de fièvre (sensation ou antécédent) ont été orientées vers un centre de santé.

RESULTATS

V. Résultats :

A Caractéristique sociodémographique :

Tableau I: Répartition des déplacés en fonctions du statut matrimonial, de l'alphabétisation de l'ethnie, et de la profession.

Caractéristiques	n	%
Statut Matrimonial (n=450)		
Marié	384	85,3
Divorcé	5	1,1
Célibataire	22	4,9
Veuf (ve)	39	8,7
Alphabétisé	77/450	17,1
Ethnies (n=450)		
Peulh	359	79,8
Bambara	59	13,1
Dogon	26	5,8
Sonrhäi	4	0,9
Autre	2	0,4
Profession (n=450)		
Ménagère	300	66,7
Eleveur	75	16,7
Cultivateur	45	10,0
Elève	14	3,1
Autre	16	3,6

Plus de $\frac{3}{4}$ des déplacés sont des peulhs et la majorité des déplacés était mariée. Moins de $\frac{1}{3}$ des déplacés était alphabétisé.

La profession ménagère était la plus représentée environ deux tiers des déplacés

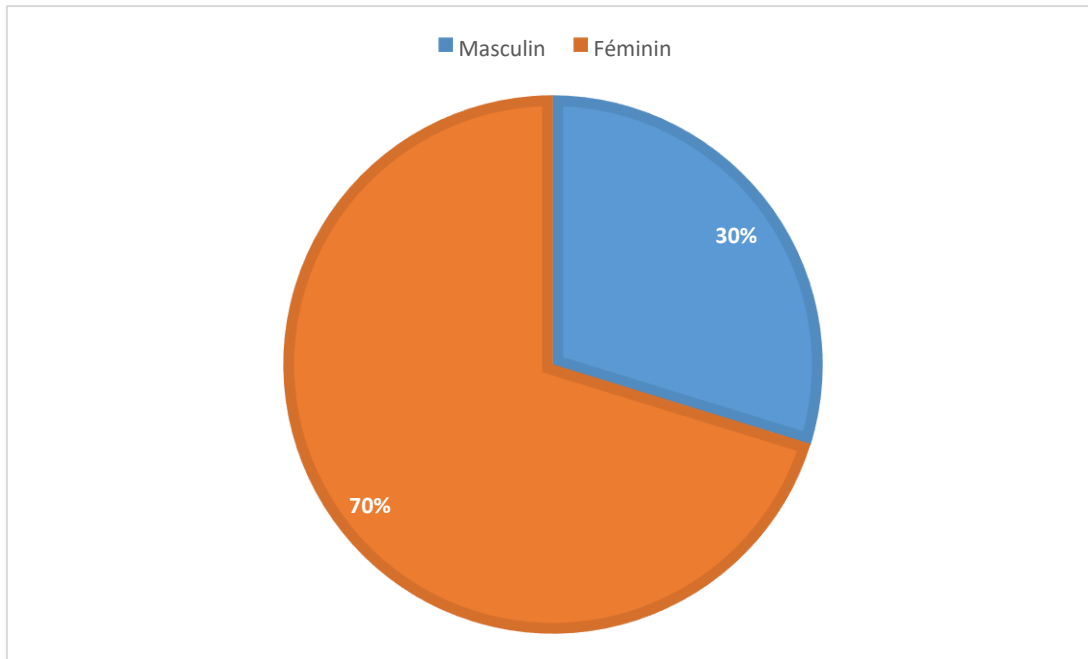


Figure 2: Répartition des participants en fonction du sexe.
Ce graphique nous révèle que Plus de 2/3 des déplacés sont des femmes.

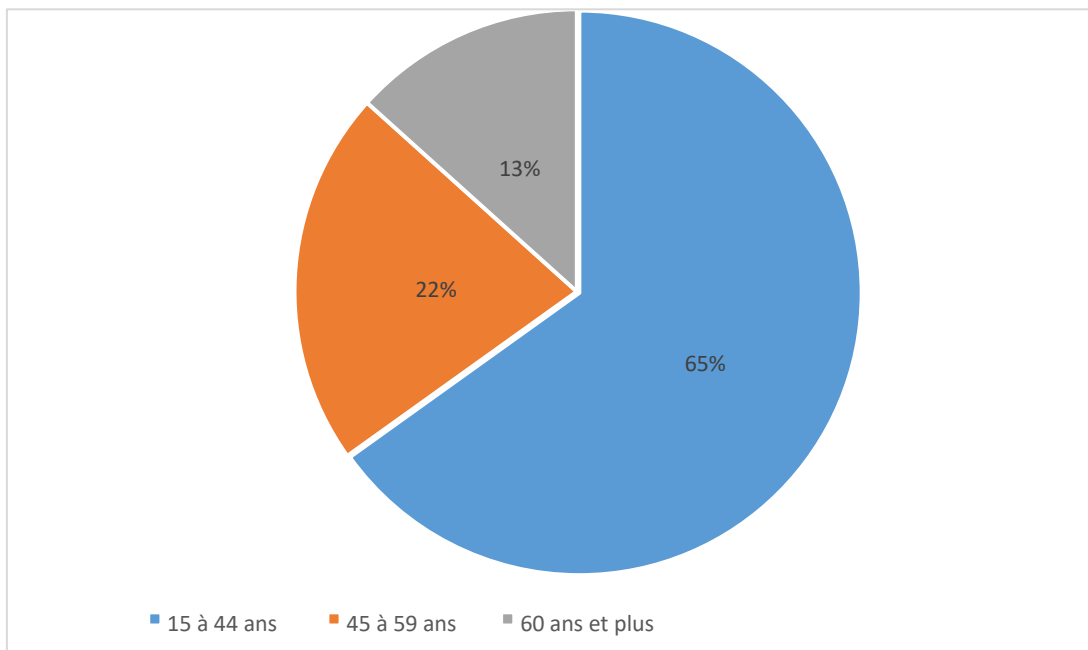


Figure 3: Répartition des déplacés en fonction de la tranche d'âge.
Parmi les déplacés la tranche d'âge de 15 à 44 ans a été la plus représentée.

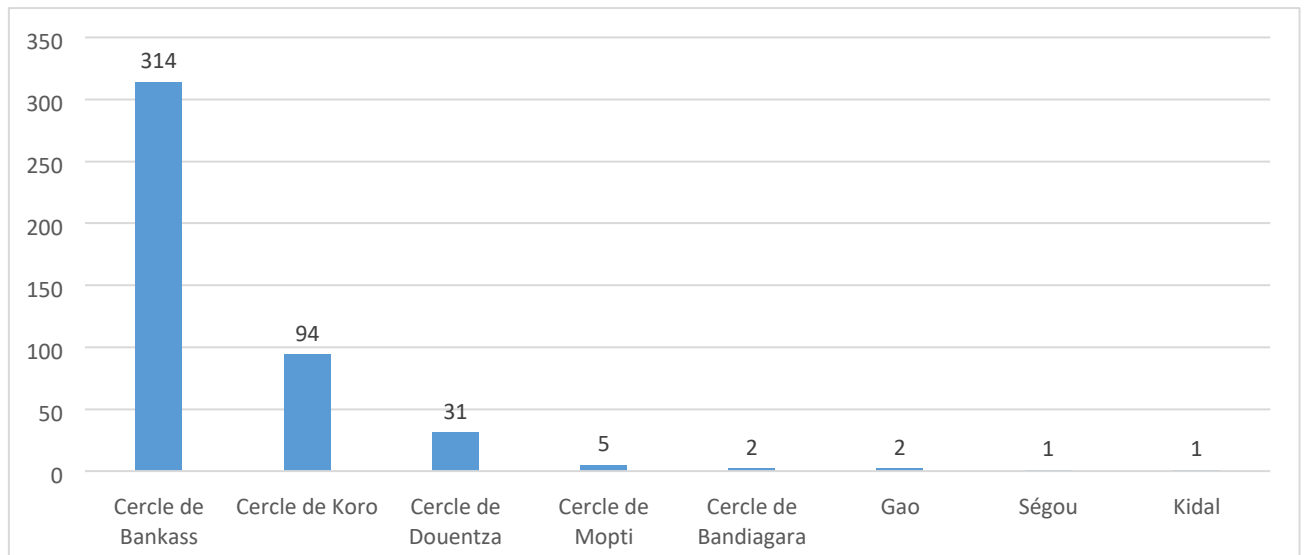


Figure 4 : Répartition des participants en fonction de la provenance.

La majorité de nos participants provenaient du cercle de Bankass suivi de Koro.

B) Processus d'accueil et installation des personnes déplacées internes sur les différents sites d'hébergement dans le district de Bamako.

Tableau II: Répartition des déplacés en fonction de l'orientation et de l'installation.

Orientation, installation et durée de séjour.	n	%
Orientation des déplacés (n=450)		
Parents	166	36,9
Etat	156	34,7
Association	79	17,6
ONG	47	10,4
Autres	2	0,4
Aménagement du site (n=450)		
Oui	374	83,1
Non	76	16,9
Construction d'abris par (n=450)		
ONG	273	60,4
Parents	90	20,0
Etat	84	18,7
Associations	3	0,7

Autres

1

0,2

Ces déplacés ont été orientés vers ces sites d'hébergement par les parents dans un peu plus du tiers des cas et par l'état. Plus de 80% de ces sites ont été aménagés et dans plus de la moitié des cas les abris ont été construits par les Organisations non gouvernementales.

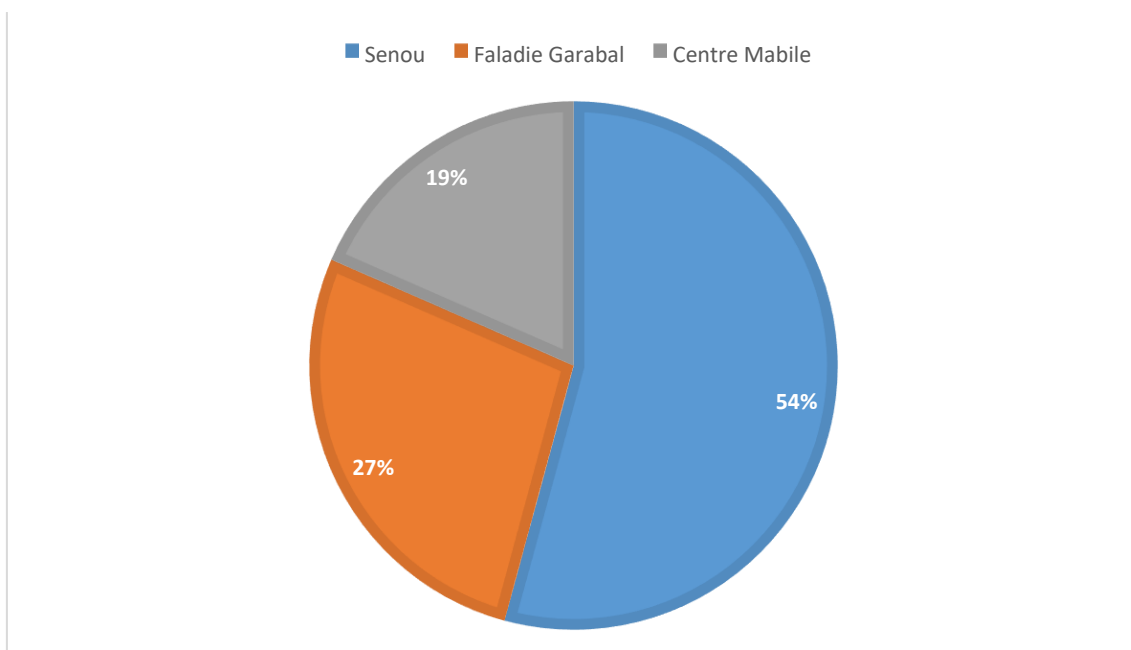


Figure 5 : Répartition des déplacés en fonction des sites d'hébergements. Le graphique V nous révèle que plus de la moitié des déplacés ont été installés à Senou suivi de Faladié Garabal.

III: Répartition en fonction des raisons de déplacement et de la durée de séjour.

Caractéristiques	n	%
Raisons principales du déplacement (n=450)		
Insécurité	402	89,3
Famine	14	3,1
Pauvreté	25	5,6
Autre	9	2,0
Durée du séjour (n=450)		
2 ans et plus	192	42,7
Entre 1 et 2 ans	175	38,9
Moins d'un an	83	18,5

Le tableau III nous indique les principales raisons du déplacement et de la durée de séjour des déplacés dans les sites d'hébergement. L'insécurité a été la principale raison de déplacements des participants dans la majorité des cas suivie de la famine. Dans environ 42% des cas, le séjour dans les sites a duré 2 ans et plus.

C) les types de prise en charge sanitaires qui existent sur les différents sites d'hébergement.

Tableau IV : répartition des déplacés en fonctions des aides sanitaires

Caractéristiques	n	%
Aides sanitaire (n = 450)		
Oui	347	77,1
Non	103	22,9
Frais de consultation (n = 347)		
Oui	341	98,1
Non	6	1,8
Frais d'ordonnance (n = 347)		
Oui	183	52,9
Non	163	47,1
Frais pour les examens complémentaires (n = 347)		
Oui	53	15,3
Non	294	84,7

Ce tableau nous révèle que plus de $\frac{3}{4}$ des déplacés ont bénéficié des aides sanitaires. Parmi les déplacés qui ont bénéficiés de l'aide sanitaire, nous notons que l'aide sanitaire a constitué à la prise en charge des frais de consultation (98%), des frais d'ordonnance, et des frais pour les examens complémentaires.

Tableau V : Répartition des déplacées en fonction de la scolarité des enfants et le statut vaccinal des enfants

Scolarité des enfants (n= 443)	n	%
Oui	154	34,2
Non	289	64,2
Statut vaccinal (n= 370)		
Oui	127	34,3
<u>Non</u>	240	65,7

Près de 1/3 des enfants des déplacés était scolarisé.

Moins d'un 1/3 des enfants des déplacés était vacciné.

Tableau VI: Répartition des déplacés en fonction des appuis.

Appuis	n	%
Bénéficiaire d'appuis	443	98,4
Provenance de l'appui (n=443)		
ONG et Etat	353	79,7
ONG/Partenaire	89	20,1
Etat seul	1	0,2
Périodicité de l'appui pour la		
Périodicité non fixe	377	85,9
Mensuelle	49	11,2
Journalière	12	2,7
Semestrielle	1	0,2

Le tableau VI nous renseigne sur les appuis dont les déplacés ont bénéficié. Les déplacés ont bénéficié des appuis venant de l'état et des ONG dans la grande majorité des cas.

Tableau III: Répartition des déplacés en fonction de l'accès à l'eau, hygiène et assainissement.

Caractéristiques	n	%
Sources d'eau (n=450)		
Puits à pompe ou forage	244	54,2
Camions citernes	124	27,6
Eau de robinet	82	18,2
Utilisation de produit pour rendre l'eau saine (n=450)	42	
Oui		9,3
Types de latrines (n=450)		
Fosse d'aisances avec dalle	296	65,9
Ch. d'eau liée à une fosse septique	146	32,6
Fosse d'aisances améliorée Auto-aérée	4	0,9
Fosse d'aisance sans dalle toilette/latrines	2	0,4
Chasse d'eau liée à une fosse d'aisance	1	0,2

Le tableau VII nous montre que les sources d'eau ont été des puits à pompe ou forage dans un peu plus de la moitié des cas et un produit a été utilisé pour rendre l'eau saine dans moins de 10%. Les latrines avec des fosses d'aisance avec dalles ont été utilisées dans environ 2/3 des cas.

Tableau III : Relation entre aide sanitaire et sites d'hébergements.

Sites d'hébergement	Aides sanit Oui n(%)	aires Non n(%)	OR brut IC à 95%
Centre Mabilè	61 (17,6)	22 (21,4)	1
Faladié Garabal	51 (14,7)	72 (69,9)	0,25*** (0,14 – 0,47)
Senou	235 (67,7)	9 (8,7)	9,42*** (4,13 – 21,49)

Les déplacés qui sont logés au centre de Faladié Garabral avaient 75 % moins de chance d'avoir une aide sanitaire comparés à ceux qui sont logés au centre Mabilè. Les déplacés qui sont logés à Senou avaient environ plus 9 % de chance d'avoir une aide sanitaire comparés à ceux qui sont logés au centre Mabilè.

Tableau IX: Relation entre le statut matrimonial et aides sanitaires.

	Oui n(%)	Non n(%)	
Marié	305 (87,9)	79 (76,7)	1
Divorcé	1 (0,3)	4 (3,9)	0,07* (0,01 – 0,59)
Célibataire	13 (3,7)	9 (8,7)	0,37 *(0,15 – 0,91)
Veuf (ve)	28 (8,1)	11 (10,7)	0,66 (0,32 – 1,38)

Les déplacés divorcés avaient 83 % moins de chance d'avoir une aide sanitaire comparé à ceux qui sont mariés

Les déplacés célibataires avaient moins de 63% de chance d'avoir une aide sanitaire comparé à ceux qui sont mariés. Les déplacés veufs (ve) s avaient 34% de chance de d'avoir une aide sanitaire.

D) la fréquence d'utilisation du test de diagnostic rapide (TDR) pour le paludisme dans le centre de prise en charge des personnes déplacées interne.

X: Répartition des déplacés en fonction des caractéristiques cliniques dans les 3 sites d'accueil à Bamako.

Caractéristiques cliniques	n	%
Antécédents de Fièvre	220/597	36,85
Test de Diagnostic Rapide du Paludisme	125/220	56,82
Paludisme	118/597	19,77

L'antécédent de fièvre a été retrouvé chez le 1/3 des déplacés et le test de diagnostic rapide pour la détection du paludisme a été effectué chez un peu plus de la moitié des cas de fièvre. Le diagnostic de paludisme a été retrouvé chez environ moins d'un quart des déplacés.

Tableau XI: Relation entre la réalisation du TDR en fonction de la fièvre à l'examen chez les déplacés dans les trois sites d'accueils à Bamako.

Fièvre	TDR		Total
	Oui n (%)	Non n (%)	
Non	33 (20,89)	344(78,36)	377(63,15)
Oui	125(79,11)	95 (21,64)	220(36,85)
Total	158(100)	439(100)	597(100)

Khi= 164,91 P= 0,000

La proportion de TDR positif en cas de fièvre est significativement supérieure à la proportion de TDR positif en l'absence de fièvre. (p=0,001)

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

VI. DISCUSSION

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive du 23 juillet 2020 au 24 Octobre 2020 portant sur les Déterminants de l'Etat de santé des populations déplacées de conflit résidant dans la commune VI du district de Bamako en 2020. Dans notre étude plus de la moitié des participants se trouvaient dans la tranche d'âge de 15 à 44 ans soit 65,1%. L'étude réalisée par Robert B et al portant sur les facteurs associés à l'état de santé des personnes déplacées au nord de l'Ouganda en 2009 avait trouvé un âge moyen des participants de 35 ans (40) ; celle de Phuong N Pham et al, portant sur le retour à la maison, réintégration et l'état de santé mentale des anciennes victimes de conflit dans le nord de l'Ouganda en 2009 avait trouvé que les participants avaient un âge moyen de 35,4 ans (41). Hamadoune Mamoudou Dicko avait trouvé dans son étude portant sur les problèmes et besoins sanitaires des déplacés internes du centre du Mali à

Bamako en 2021 que la tranche d'âge de 30 à 39 ans était la plus représentée soit 35,5%(7).

Ces résultats témoignent l'âge jeune des populations déplacées de conflits de façon générale.

Le sexe féminin était le plus représenté soit 70,2%. Ce résultat est inférieur à celui de Kelly k Anderson Phd et al dans leur étude portant sur l'Incidence des troubles psychotiques chez les immigrants et réfugiés en Ontario(42) qui trouvaient que 49,7% de ses participants étaient du sexe féminin. Et celui de Hamza Adam Eshag et al portant sur l'épidémiologie moléculaire du parasite du paludisme parmi les patients d'un camp de personnes déplacées au Soudan trouvait aussi que 58,4% de ces déplacées étaient du sexe féminin.(43) ; L'étude réalisée par Hamadoune Mamadou Dicko portant sur les problèmes et besoins sanitaires des déplacés internes du centre à Bamako en 2021 avait trouvé que le sexe féminin prédominait soit 54,5%(7).

Selon un rapport de l'ONU publié en avril 2000 portant sur les femmes dans les conflits armés trouvaient que plus de 75% des personnes déplacées sont des femmes et des enfants. Ceux-ci pourrait s'expliquer par le fait que les femmes et les filles subissent beaucoup d'abus à types de viol, esclavage sexuel et prostitutions forcées, Ainsi les femmes sont d'abord les premières victimes des conflits et subissent plus les conséquences des conflits que les hommes(44).

La majeure partie des participants n'avaient aucun niveau d'instruction dans notre étude soit 82,9%. Dans une étude réalisée par Unni Krshnan karunakara et al portant sur les événements traumatiques et symptômes du syndrome de stress post-traumatique chez les déplacées, et les réfugiés Ougandais dans le Nil occidental trouvait que 77% des participants n'avaient aucun niveau d'instruction (45). Les résultats de notre étude ont montré que 17,1% de nos participants étaient instruits. Ce résultat est inférieur à celui de Rachel Bruns et al, dans leur étude portant sur l'état de santé des réfugiés de retour, des personnes déplacées à l'intérieur du pays et la communauté d'accueil dans un district post-conflit au nord du Sri Lanka qui avait trouvé que 40,5% de ces participants étaient instruits(46).

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la majeure partie des participants de notre étude étaient des femmes et au Mali le taux d'alphabétisation des femmes est très faible.

Les résultats de notre étude avaient montré que la majorité des enquêtées étaient mariées. Les ménagères étaient les plus représentées. Notre résultat est similaire à celui de Hamadoune Mamadou Dicko dans son étude sur les problèmes et les besoins sanitaires des déplacés internes du centre du Mali à Bamako qui avait trouvé que 85,3% de ses participants étaient mariés (7). celui de Mary abwola olwedo et al dans leur étude portant sur le facteurs associés à la malnutrition dans un camp de personnes déplacées à l'intérieur du pays, dans le nord de l'Ouganda qui avait trouvé que 74,4% de ces participants étaient mariées et que

67,7% étaient des paysans(47). Rachel Bruns et al, dans leur étude portant sur l'état de santé des réfugiés de retour, des personnes déplacées à l'intérieur du pays et la communauté d'accueil dans un district post-conflit du nord du Sri Lanka avaient trouvé que 79,3% des participants étaient mariées et 73,9% étaient des ménagères (46).

Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que le taux du chômage est élevé en Afrique et en Asie. Aussi les conflits entraînent le retrait de beaucoup de partenaires au développement dans lesdites zones avec comme conséquence l'agrandissement du taux de chômage.

Durée du séjour sur les sites :

Dans notre étude 42% des participants avaient une durée de séjour de 2 ans et plus dans les différents sites d'hébergements. Notre résultat est similaire à celui de Mary abwola olwedo et al dans son étude portant sur facteurs associés à la malnutrition dans un camp de personnes déplacées à l'intérieur du pays, dans le nord de l'Ouganda que 75,4% de ses participants avaient une durée de séjour de 2 à 4 ans(47).

Notre résultat n'est pas comparable à celui de B Robert et al qui avait trouvé que 39,7% des participants avaient une durée moyenne de séjour de 5 à 10 ans dans leur étude portant sur facteurs associées à l'état de santé des personnes déplacées au nord de l'Ouganda en 2009 dans un camp des déplacées(48). Cette différence pourrait s'expliquer par une longue durée de conflits en l'Ouganda qu'au Mali.

Raisons des déplacements:

L'insécurité était de loin la principale raison du déplacement de nos participants avec 89,3%. Les conflits créent des situations d'insécurité des personnes et de leurs biens. Dans le souci de se protéger et d'assurer la survie (sécurité des personnes et leurs biens). Les hommes se déplacent des zones de conflit vers les zones sécurisées.

Aménagement et Orientation des sites :

Dans notre étude le site d'hébergement avait déjà été aménagé. L'Etat, les organisations non gouvernementales et les associations étaient responsables de l'orientation des personnes déplacées vers les sites d'hébergements dans 62,7% des cas.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que le gouvernement à travers le service social a eu le temps de planifier et s'inspirer des expériences de certains pays en conflits pour aménager les sites d'hébergement au préalable. **Aide :**

Nourriture :

Dans notre étude 98,1 % des participants ont affirmé avoir reçu une aide en nourriture et ces aides provenaient à 79,7% de l'action combinée entre les ONG et l'Etat. Notre résultat n'est pas comparable à celui de B Robert et al qui avait trouvé dans leur étude en l'Ouganda en 2009 que 89,9 % de ces participants n'avaient pas de nourriture ni d'eau potable(48).

Cette différence pourrait s'expliquer par le niveau d'organisation du fait que les déplacés logés dans nos sites d'étude ne sont pas venus et s'installer au hasard. Le gouvernement à travers le ministère du développement social avait mis en place un comité d'accueil et d'organisation qui était chargé de trouver des sites d'hébergements et aménageait ces sites et trouvait des partenaires pour la construction des abris. Ainsi, le comité avait des informations sur le nombre de sites d'hébergements, le nombre de ménages par sites et le nombre de personnes par ménage pour faciliter les partages des denrées alimentaires.

a. Construction de l'abri :

Dans notre étude, plus de 80% de ces sites ont été aménagés et dans plus de la moitié des cas, les abris ont été construits par les Organisations non gouvernementales. Ce résultat est nettement différent de celui de B Robert et al dans leur étude en l'Ouganda en 2009 qui avait trouvé que 77,2% de ses participants n'avaient pas de logement ou d'abris(48). et celui de Phuong N

Pham et al dans leur étude au nord de l'Ouganda en 2009 ou 84,1% des participants avaient leur maison détruites (41). Cela pourrait s'expliquer par l'intérêt que ces organisations non gouvernementales accordent à l'action humanitaire dans le contexte de crise socio-politique et particulièrement aux personnes vulnérables au Mali.

Source d'eau et types de toilettes :

La source d'eau la plus utilisée par nos participants était les puits à pompe ou forage soit 54,2% et 65,8% de nos participants utilisaient les fosses d'aisances avec dalle comme toilettes. Notre résultat est comparable à celui de Rachel Bruns et al, dans le nord du Sri Lanka qui avait trouvé que 28,4% et 27,4 de ses participants utilisaient respectivement le puits avec le moteur suivi de puits sans moteur et 91,1% de ses participants utilisaient la chasse d'eau étanche comme toilette(46). L'étude réalisée par Hamadoune Mamadou Dicko portant sur les problèmes et besoins sanitaires des déplacés internes du centres du Mali à Bamako trouvait que 93,0% des personnes déplacés internes utilisaient l'eau de puits et 28,0% utilisaient les douches des écoles comme latrines (7).

Du fait que les déplacés sont logés dans la ville de Bamako, grâce au développement et les avancées technologiques, les forages connaissent une expansion notable à Bamako, avec comme avantage la multiplication des sources d'eau potable et à moindre coût. Ainsi le comité d'accueil et d'organisation et ses partenaires ont conjugué leurs efforts pour doter les sites d'hébergements d'une source d'eau potable enfin d'éviter les maladies diarrhéiques dans les différents camps pour les déplacés d'ici comme ailleurs.

Caractéristique clinique :

Dans notre étude 36,85% de nos participants avaient une fièvre au moment de leurs consultations. Seul 56,82% ont été testés à travers l'utilisation du Test de Diagnostic Rapide (TDR) avec un taux de positivité de 19,77% au Test ainsi le paludisme était la pathologie la plus représentée. Notre étude était similaire à

celle de Hannah Myfanwy Brooks et al qui se portait sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides contre le paludisme dans un camp de personnes déplacées en République Démocratique du Congo. Ils ont trouvé que 40% de ces participants avaient une fièvre lors des consultations et 67% de ces patients avaient bénéficié de la réalisation du TDR et 58% de ces test sont revenus positif (49). Laura Ruckstuhl et al sur la Gestion des cas de paludisme par les agents de santé communautaire dans un camp des déplacés en République Centrafricaine de 2009 à 2014 avait trouvé une prévalence du paludisme à 81% confirmé par un test TDR positif (50). Le paludisme reste une maladie endémique en Afrique et elle est accentuée par un manque d'hygiène ou des conditions de vie précaires qui sont généralement déficitaires dans les sites ou dans les camps des personnes déplacées **Limites :**

La couverture géographique peut constituer une limite du fait que notre étude n'a concerné que trois sites d'hébergements (Senou, Faladié Garabal, centre Mambilé).

Le questionnaire a été élaboré en français et la collecte des données a été réalisée en langue locale (peulh, dogon). Cet état de fait pourrait entraîner une modification des questions et de certaines réponses.

Les informations sur les non-répondants n'ont pas été recueillies.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII : CONCLUSION

Les personnes déplacées internes à Bamako sont des femmes de la tranche d'âge de 15 – 44 ans et plus de la moitié est installée dans le site d'accueil de Senou. Les déplacés installés dans les sites d'accueil bénéficient de l'appui de l'état et des ONG même si cela se fait de façon irrégulière. L'approvisionnement en eau se fait à travers des puits à pompe ou forage. Les déplacés installés dans le site de Sénou avaient plus de chance de recevoir un appui sanitaire. Le paludisme demeure le principal problème de santé des déplacés internes.

VIII. RECOMMANDATIONS

a) Aux autorités politiques et administratives

- Mettre un système d'assurance pour tous les déplacés internes pour faciliter leur prise en charge sanitaires.
- Veillez à l'éducation des enfants déplacés internes.
- Prendre en compte les populations déplacées dans les stratégies de lutte contre le paludisme à travers la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides et l'administration des médicaments de la chimio prévention du paludisme saisonnier.

b) Aux personnels soignants

- Mettre une équipe permanente des agents de santé et des médicaments aux niveaux des différents sites d'hébergement pour faciliter la prise en charge sanitaire.
- Faire des stratégies avancées au programme élargi de la vaccination (PEV) pour les enfants des populations déplacés interne.

c) Aux déplacés internes

- Assainir les environnements et le cadre de vie pour prévenir beaucoup des maladies.
- Respecter les conseils du personnel soignant et des ONG d'assistances.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

IX. References

1. Salami B, Iwuagwu S, Amodu O, Tulli M, Ndikom C, Gommaa H, et al. The health of internally displaced children in sub-Saharan Africa: a scoping review. *BMJ Glob Health*. août 2020;5(8):e002584.
2. Salami B, Iwuagwu S, Amodu O, Tulli M, Ndikom C, Gommaa H, et al. The health of internally displaced children in sub-Saharan Africa: a scoping review. *BMJ Glob Health*. 27 août 2020;5(8):e002584.
3. Adamu AA, Uthman OA, Wambiya EO, Gadanya MA, Wiysonge CS. Application of quality improvement approaches in health-care settings to reduce missed opportunities for childhood vaccination: a scoping review. *Hum Vaccines Immunother*. 22 avr 2019;15(11):2650-9.
4. Ekezie W, Adaji EE, Murray RL. Essential healthcare services provided to conflict-affected internally displaced populations in low and middle-income countries: A systematic review. *Health Promot Perspect*. 2020;10 (1):24-37.
5. A propos d'OCHA Mali [Internet]. OCHA. 2018 [cité 8 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.unocha.org/mali/propos-docha-mali>
6. Quintin P. Les camps du Darfour : Vers un désir de ville. Etude des concentrations de populations déplacées dans un contexte de guerre ou insurrectionnel – l'exemple du Darfour. *Rev Géographique Est* [Internet]. 31 déc2009. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/rge/1997>
7. Dicko HM. Problèmes et besoins sanitaires des déplacés internes des régions du centre du Mali à Bamako [Internet] [Thesis]. USTTB; 2021. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4637>
8. Conflit (sciences sociales). In: Wikipédia [Internet]. 2021 [cité 16 nov 2021]. [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Conflit_\(sciences_sociales\)&oldid=181588267](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Conflit_(sciences_sociales)&oldid=181588267)

9. Guerre. In: Wikipédia [Internet]. 2021 [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Guerre&oldid=185699962>
10. Précarité. In: Wikipédia [Internet]. 2021 [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Pr%C3%A9carit%C3%A9&oldid=181684396>
11. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Journal Officiel; 1987. 113 p. 12. 100806_GRES_Schlussbericht-Gesundheitsdeterminanten.pdf [Internet]. [cité 28 sept 2021].
13. Laliberté D. Crises humanitaires, santé des réfugiés et des déplacés : un cadre analytique. Rev Eur Migr Int. 1 déc 2007;23(3):85-96.
14. CONNOLLY Maire A., GAYER Michelle, RYAN Michael J., SALAMA Peter, SPIEGEL Paul et HEYMANN David L. (2004) Communicable diseases in complex emergencies : impact and challenges, Lancet, 364, pp. 1974-1983. - Recherche Google [Internet]. [cité 29 sept 2021].
15. KINNAH G. (1996) An Account of a personal experience, in Refugees, Displaced People and their vulnerability to HIV/AIDS, Report on the Seminar on NGO Action, UK NGO AIDS CONSORTIUM, 28-29 October 1996, London, pp. 8-10. - Recherche Google [Internet]. [cité 29 sept 2021].
16. McGinn T. Reproductive Health of War-Affected Populations: What Do We Know? Int Fam Plan Perspect. 2000;26(4):174-80.
17. Guide thématique FMO : Genre et migration forcée | ALNAP [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.alnap.org/help-library/fmothematic-guide-gender-and-forced-migration>
18. L'action humanitaire du Canada. Histoire, concepts, politiques et pratiques de terrain | Nord-Sud [Internet]. Presse de l'Université Laval. [cité 29 sept 2021]. <https://www.pulaval.com/produit/l-action-humanitaire-du-canadahistoire-concepts-politiques-et-pratiques-de-terrain>

19. Sphere-Handbook-2004-French.pdf [Internet].
[ps://spherestandards.org/wpcontent/uploads/Sphere-Handbook-2004-French.pdf](https://spherestandards.org/wpcontent/uploads/Sphere-Handbook-2004-French.pdf)
20. Baya B, Laliberté D. Crises des solidarités ou solidarités dans la crise ? Une lecture à partir de l'analyse de l'évolution de la structure des ménages entre 1993 et 2003 à Ouagadougou, Burkina Faso. Afr Popul Stud [Internet]. 16.
<http://aps.journals.ac.za/pub/article/view/325>
21. Spiegel P, Sheik M, Gotway-Crawford C, Salama P. Health programmes and policies associated with decreased mortality in displaced people in postemergency phase camps: a retrospective study. Lancet Lond Engl. 14 déc 2002;360(9349):1927-34.
22. wp19-aids-gender-refugee-protection-framework-2004.pdf [Internet]. [cité 1 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.rsc.ox.ac.uk/files/files-1/wp19-aidsgender-refugee-protection-framework-2004.pdf>
23. Laliberté D. Crises humanitaires, santé des réfugiés et des déplacés : un cadre analytique. Rev Eur Migr Int. 1 déc 2007;23(3):85-96.
24. Refugees UNHC for. The State of The World's Refugees 1995: In Search of Solutions [Internet]. UNHCR. [cité 1 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.unhcr.org/publications/sowr/4a4c70859/state-worlds-refugees1995-search-solutions.html>
25. Choléra [Internet].Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/cholera> ntd.0000436.s001.pdf [Internet]. [cité 24 sept 2021].
27. Dieleman M. TRAJECTOIRES ET VULNÉRABILITÉS. 2008;100.
28. WHO/Europe | Home [Internet]. [cité 23 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/en>

29. Proença R, Mattos Souza F, Lisboa Bastos M, Caetano R, Braga JU, Faerstein E, et al. Active and latent tuberculosis in refugees and asylum seekers: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 3 juin 2020;20:838.
30. Proença R, Mattos Souza F, Lisboa Bastos M, Caetano R, Braga JU, Faerstein E, et al. Active and latent tuberculosis in refugees and asylum seekers: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 3 juin 2020;20:838.
31. Fraisse P. 2 Tuberculose pulmonaire et. :26.
32. de Raemy-Kocher S. Étude de l'adéquation du dépistage lors de la visite sanitaire de frontière des problèmes de santé chez les patients requérants d'asile [Internet]. University of Geneva; 2009 [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:3921>
33. Sharma S, Carballo M, Feld JJ, Janssen HLA. Immigration and viral hepatitis. J Hepatol. août 2015;63(2):515-22.
34. s_42.pdf [Internet]. sur: https://doc.rero.ch/record/6439/files/s_42.pdf
35. Austin J, Guy S, Lee-Jones L, McGinn T, Schlecht J. Reproductive health: a right for refugees and internally displaced persons. Reprod Health Matters. mai 2008;16(31):10-21.
36. DesMeules M, Gold J, McDermott S, Cao Z, Payne J, Lafrance B, Vissandjée B, Kliwer E, Mao Y. Disparities in mortality patterns among Canadian immigrants and refugees, 1980 1998: results of a national cohort study. J Immigr Health. 2005; 7(4):221-32. - Recherche Google [Internet]. [cité 12 juill 2021].
37. Moren A, Rigal J. Populations réfugiées : Priorités sanitaires et conduits à tenir. Cahiers santé 1992; 2 :13-21. - Recherche Google [Internet]. [cité 12 juill 2021].

38. Médecins sans frontières. Refugee Health An approach to emergency situations. Document MSF ; p : 42-101 - Recherche Google [Internet]. [cité 12 juill 2021].
39. Guerre du Mali. In: Wikipédia [Internet]. 2021 [cité 12 juill 2021]. Disponible https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Guerre_du_Mali&oldid=184461682
40. Roberts B, Ocaka KF, Browne J, Oyok T, Sondorp E. Factors associated with post-traumatic stress disorder and depression amongst internally displaced persons in northern Uganda. *BMC Psychiatry*. 19 mai 2008;8:38.
41. Pham PN, Vinck P, Stover E. Returning home: forced conscription, reintegration, and mental health status of former abductees of the Lord's Resistance Army in northern Uganda. *BMC Psychiatry*. 16 mai 2009;9:23.
42. Anderson KK, Cheng J, Susser E, McKenzie KJ, Kurdyak P. Incidence of psychotic disorders among first-generation immigrants and refugees in Ontario. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 16 juin 2015;187(9):E279-86.
43. Eshag HA, Elnzer E, Nahied E, Talib M, Mussa A, Muhajir AEMA, et al. Molecular epidemiology of malaria parasite amongst patients in a displaced people's camp in Sudan. *Trop Med Health*. 2020;48:3.
44. Les femmes dans les conflits armés [Internet]. [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.un.org/french/womenwatch/followup/beijing5/session/fiche5.html>
45. Karunakara UK, Neuner F, Schauer M, Singh K, Hill K, Elbert T, et al. Traumatic events and symptoms of post-traumatic stress disorder amongst Sudanese nationals, refugees and Ugandans in the West Nile. *Afr Health Sci*. août 2004;4(2):83-93.

46. Burns R, Wickramage K, Musah A, Siriwardhana C, Checchi F. Health status of returning refugees, internally displaced persons, and the host community in a post-conflict district in northern Sri Lanka: a cross-sectional survey. *Confl Health*. 2018;12:41.
47. Olwedo MA, Mworozi E, Bachou H, Orach CG. Factors associated with malnutrition among children in internally displaced person's camps, northern Uganda. *Afr Health Sci*. déc 2008;8(4):244-52.
48. Roberts B, Felix Ocaka K, Browne J, Oyok T, Sondorp E. Factors associated with the health status of internally displaced persons in northern Uganda. *J Epidemiol Community Health*. mars 2009;63(3):227-32.
49. Brooks HM, Jean Paul MK, Claude KM, Mocanu V, Hawkes MT. Use and disuse of malaria bed nets in an internally displaced persons camp in the Democratic Republic of the Congo: A mixed-methods study. *PloS One*. 2017;12(9):e0185290.
50. Ruckstuhl L, Lengeler C, Moyen JM, Garro H, Allan R. Malaria case management by community health workers in the Central African Republic from 2009-2014: overcoming challenges of access and instability due to conflict. *Malar J*. 29 sept 2017;16(1):388.

X. ANNEXES

FICHE SIGNALETIQUE

NOM : DRAME

PRENOM : MOHAMED IBRAHIM

EMAIL : mohameddrame1994@gmail.com

Tel : 00223 77 48 48 70, 00223 61 19 76 76

TITRE DE LA THESE : Déterminants de l'état de santé des populations déplacées de conflits résidant dans la commune VI du district de Bamako en 2020.

ANNEE : 2019-2020

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

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

SECTEUR D'INTERET : SANTE PUBLIQUE

RESUME :

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

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive sur trois mois avec quatre cent cinquante (450) participants, portant sur Déterminants de l'état de santé des populations déplacées de conflits résidant dans la commune VI du district de Bamako en 2020

Elle a eu comme objectifs spécifiques :

- Identifier les processus d'accueil et d'installation des personnes déplacées internes sur les différents sites d'hébergement.
- Déterminer les types de prises en charge sanitaire qui existent sur les différents sites d'hébergement.
- Déterminer la fréquence de l'utilisation du test de diagnostic rapide (TDR) pour le paludisme dans le centre de prise en charge des personnes déplacées interne à Bamako.

A la lumière de nos résultats, on observe que le sexe féminin à prédominer dans notre étude avec 70,2% et la tranche d'âge 15 à 44 ans a été le plus représentative. Plus de 80% de ces sites ont été aménagés et dans plus de moitié des cas les abris ont été construits par l'organisation non gouvernementale.

Les déplacés ont bénéficié des appuis venant de l'Etat et des ONG dans la majorité des cas.

La source d'eau ont été des puits à pompe ou forage dans un peu plus de la moitié des cas pour les déplacés.

Un produit a été utilisé pour rendre l'eau saine dans moins de 10 %.

Plus de $\frac{3}{4}$ des déplacés ont bénéficiés de l'aide sanitaire, nous notons que l'aide sanitaires a constitué à la prise en charge des frais de consultation (98%), des frais d'ordonnance, et des frais pour les examens complémentaires.

Près de $\frac{1}{3}$ des enfants des déplacés était scolarisés.

Moins d'un $\frac{1}{3}$ des enfants déplacés était vacciné.

L'insécurité a été la principale raison de déplacements dans la majorité des cas suivie de la famine.

Dans environ 42% des cas, le séjour dans les sites a duré 2 ans et plus.

L'antécédent de la fièvre a été retrouvé chez le 1/3 des déplacés.

Le test de diagnostic rapide pour la détection du paludisme a été effectué chez un peu plus de la moitié des cas de fièvre.

Le paludisme a été la pathologie la plus représentée

QUESTIONNAIRE

Bonjour, Nous réalisons une étude pour comprendre davantage les problèmes de santé des déplacés résidant sur ce site, afin de proposer des solutions d'amélioration. A cet effet, nous aimerions vous poser quelques questions sur certains aspects de votre état sanitaire et social. Nous tenons à vous rassurer que votre identité sera gardé sous anonymat dans le document final de l'étude. Avons-nous votre autorisation pour continuer cette interview qui ne prendra que quelques minutes ?

• N° de questionnaire..... / Date de l'interview :/...../2020

1. Identification de l'interviewé

1.1. Cercle de Provenance.....

1.2. Prénom :..... 1.3. Nom :..... 1.4. Age (en année):

.....

1.5. Sexe : Masculin Féminin

1.6. Statut matrimonial:

1.7. Ethnie :

1.8. Profession :

Marié(e)

Peulh

Divorcé(e) Dogon

Célibataire
Veuf (ve) Sonrhäï

Bambara

Touareg

Autre

Eleveur

Cultivateur

Ménagère

Autre

1.9. Niveau d'instruction :

- Non alphabétisé 1.10.
- Etudes primaires _____/
- Etudes secondaires
- Etudes universitaires
- Autre

Nombre de personnes en charge

2. Accueil et installation

2.1. Depuis combien de temps (en mois)
habitez- vous ici dans ce site ? _____/

2.2. Par quel moyen de transport
êtesvous arrivé ici dans ce site ?

- Moyen de transport public
- Moyen de transport personnel
- A pieds
- Autres

2.3. Qui vous a orienté vers ce site
d'hébergement ?

- Etat
- ONG
- Associations
- Parents
- Autre

2.4. Est-ce que le site était déjà aménagé
avant votre installation? *Oui*
Non

2.5. Qui a construit l'abri où vous dormez ?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Etat Parents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ONG Autre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Associations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Aides sociales et sanitaires

3.1. Bénéficiez-vous d'appuis ? *Oui* *Non*

Si Oui, quelle est la provenance de ces appuis ?

**DETERMINANTS DE L'ETAT DE SANTE DES POPULATIONS
DEPLACEES DE CONFLIT RESIDANT DANS LA COMMUNE VI DU**

DISTRICT DE BAMAKO EN 2020

Etat

ONG/partenaires

Etat et ONG

3.2. Quels types d'appuis bénéficiez-vous ?

a. Nourriture :

Oui

Non

Si Oui, quelle est la
périodicité de cet appui ?

Journalière

Hebdomadaire

Mensuelle

Trimestrielle

Semestrielle

Périodicité non fixe

Oui

Non

Si Oui, quelle est la
périodicité de cet appui ?

Journalière

Hebdomadaire

Mensuelle

Trimestrielle

Semestrielle

Périodicité non fixe

b. Argent :

d. Aide **Sanitaire** *Oui* *Non*

aide **Si Oui**, quelle est la nature de cette

(possible choix multiple) :

Examens

Hebdomadaire

Quelle est la périodicité de cette

aide sanitaire :

Journalière

complémentaires



Frais d'ordonnance Mensuelle

Frais de consultation Trimestrielle

Frais d'hospitalisation Semestrielle

Autres Périodicité non fixe

e. **Autre appui :** *Oui* *Non* **Si Oui**, quelle est la périodicité de cet appui ?

Journalière

Hebdomadaire

Mensuelle

Trimestrielle

Semestrielle

Périodicité non fixe

4. Est-ce que vos enfants sont vaccinés régulièrement ? *Oui* *Non*

NA

5. Eau, Hygiène et Assainissement

5.1. **D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?**

5.2. **D'où provient principalement l'eau utilisée par votre ménage à d'autres fins comme pour faire la cuisine et**

Eau du robinet ;

Puits à pompe ou forage Eau

Puits creusé puits protégé

Puits non protégé Puits creusé

Eau de source protégée Puits

Eau de source non protégée

Camions citernes Eau de

Eau en bouteille Camions

Eau en sachet Eau en bouteille

Autre Eau en sachet

se laver les mains ?

du robinet ;

Puits à pompe ou forage

puits protégé

non protégé

Eau de source protégée

source non protégée

citernes

Autre

5.3. **Faites-vous quelque chose pour rendre l'eau plus saine ?** Oui

Non

5.4. **Quel type de toilettes les membres de votre ménage utilisent –ils habituellement ?**

Chasse d'eau/chasse manuelle Fosses d'aisances sans dalle trou ouvert

Chasse d'eau connectée à un système d'égout Toilettes à compostage

Chasse d'eau connectée à une fosse septique Seau/tinette

Chasse d'eau connectée à une fosse d'aisances Toilettes/latrines suspendues

Chasse d'eau connectée à quelque chose d'autre Pas de toilettes/nature

Fosse d'aisances améliorée auto-aérée Autre

Fosses d'aisances avec dalle

6. **Quelles appréciations faites-vous de l'effort des autorités/ONG pour votre prise en charge sanitaire :** Très bon Bon
Passable

7. Activités de subsistance des déplacés

7.1. **Quelle est la raison principale de votre déplacement?**

Insécurité Famine Pauvreté Autre

7.2. **Exercez-vous une activité de subsistance depuis votre déplacement ?**

Petit commerce en ambulatoire Ouvrier journalier Mendicité Autre

8. Propositions d'amélioration de l'état de santé des déplacés

Cette question pourra être administrée lors de focus groupe : groupes de déplacés, groupes de soignants....

8.1. **Quelles solutions proposez-vous pour améliorer votre prise en charge sanitaire ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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, 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 reçue de leurs pères.

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque. **Je le jure !***