



SECTEUR INFORMEL, CONDITION DE TRAVAIL ET RECOURS AUX SOINS DES JEUNES MIGRANTS A KABOÏLA I/ COMMUNE URBAINE DE SIKASSO (MALI)

INFORMAL SECTOR, WORKING CONDITIONS AND CARE OF YOUNG MIGRANTS IN KABOÏLA I / SIKASSO URBAN DISTRICT (MALI)

¹SAMAKE Charles, ²FOFANA Sory Ibrahima et ³DOUMBIA Siaka

¹Maître-Assistant,
Faculté d'Histoire et de Géographie (FHG)
Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako (USSGB),
samch2005@yahoo.fr

²Maître-Assistant,
Faculté d'Histoire et de Géographie (FHG)
Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako (USSGB),
soryifofana@gmail.com

³Assistant,
Faculté d'Histoire et de Géographie (FHG),
Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako (USSGB),
siakadoumbia916@gmail.com

SAMAKE Charles, FOFANA Sory Ibrahima et DOUMBIA Siaka. Secteur informel, condition de travail et recours aux soins des jeunes migrants a Kaboïla I/ commune urbaine de SIKASSO (MALI). *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, 2 (4), 255-267. [En ligne] 2019, mis en ligne le 30 Décembre 2019, consulté le 2019-12-30 04:45:29, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=58>

Résumé

Le secteur informel se développe rapidement dans les pays en développement. Alimenté par

la migration interne, les jeunes ruraux après les travaux champêtres, migrent vers les centres urbains à la recherche de meilleures conditions de vie. La commune de Kaboïla s'inscrit dans cette logique, ou des jeunes ruraux sont attirés par les centres urbains. Ces jeunes migrants font recours à divers modes de soins pendant leur séjour. Cet article vise à déterminer les différents recours aux soins de santé de jeunes migrants à Kaboïla I. La méthodologie s'est appuyée sur une recherche documentaire et une enquête quantitative. L'enquête quantitative repose sur la méthode raisonnée ou les secteurs de Kélétioula et Tièfimbougou ont été retenus en fonction des critères de distance par rapport au grand marché et le nombre d'activités informelles et aléatoire où 120 jeunes migrants ont été sélectionnés. Les résultats de l'étude ont révélé que les jeunes migrants à Kaboïla I perçoivent un revenu journalier oscillant entre 1500 et 2500 FCFA pour une durée de travail de 13 heures et plus par jour. Au regard de ce temps de travail énorme, 95% des enquêtés estiment dures leurs conditions de travail. Pour 95,8% des migrants, le revenu journalier est insuffisant et 51,2% des migrants ont été atteints de fièvre typhoïde,

47,7%, la diarrhée et 1,2% le paludisme. Pour se soigner, 94,2% des migrants ont utilisé les médicaments de la rue et 4,7%, les décoctions de plantes médicinales.

Mots clés : secteur informel, condition de travail, recours aux soins, jeunes migrants, Koboïla I

Abstract

The informal sector is growing rapidly in developing countries. Sustained by internal migration; rural youth after rural work, migrate to urban centers in search of better living conditions. Koboïla municipality is part of this logic where rural youth are attracted to urban centers. These young migrants use various care methods during their stay. This article aims at determining the different health care resorts by young migrants in Koboïla I. The methodology was based on a literature search and a quantitative survey. The quantitative survey is based on the reasoned method where the sectors of Kélétioula and Tièfimbougou were selected according to distance criteria in relation to the large market and the number of informal and random activities where 120 young migrants were selected. The results of the study revealed that young migrants at Koboïla I receive a daily income oscillating between 1500 and 2500 FCFA for 13 hours working time and more per day. In view of this enormous amount of work, 95% of respondents consider their working conditions harsh. For 95.8% of migrants, daily income is insufficient and 51.2% of migrants have been infected with typhoid fever, 47.7%, diarrhea and 1.2% malaria. To treat themselves, 94.2% of migrants used street medicines and 4.7% used medicinal plant concoctions.

Keywords: Informal sector, working conditions, use of care, young migrants, Koboïla

INTRODUCTION

Aujourd'hui, il y a une importante augmentation du nombre de migrants à travers le monde

notamment dans les pays du Nord. Ces pays aux économies industrialisées ont commencé à se préoccuper de la gestion de ces afflux migratoires. Perçue comme l'une des manifestations du sous-développement liée au manque de perspectives en termes de création d'emplois, la migration en Afrique de l'Ouest a enregistré des flux migratoires internes très importants. Le Sénégal et la Côte d'Ivoire ont des taux de migration interne de l'ordre de 62% du total des flux migratoires. Ces taux varient de 54% pour la Mauritanie, 51% pour le Mali et la Guinée et 47% pour le Niger (OIM, World Migration Report 2008, p. 185). De façon spécifique, le Mali est un pays de tradition migratoire. Ce phénomène migratoire est à l'origine du départ de nombreux jeunes ruraux vers les centres urbains. Les migrations internes des jeunes font que de plus en plus les zones rurales sont confrontées à des difficultés de main-d'œuvre agricole. La ville de Sikasso constitue une destination privilégiée pour de nombreux jeunes migrants grâce à son positionnement stratégique de carrefour économique lié à sa proximité avec la Côte d'Ivoire et le Burkina Faso. Le secteur informel constitue le domaine d'intervention favori de ces jeunes migrants.

Le concept du « secteur informel » a fait l'objet de diverses interprétations depuis sa mise en place par l'Organisation Internationale du Travail (OIT) dans les années 1970 dans le cadre de son « Programme mondial pour l'emploi ». Depuis, ce concept a fait l'objet d'une évolution, et il est notable qu'il n'existe pas de définition unique de « secteur informel ». Par rapport au secteur informel, E. Toul (2008, p. 16) a identifié quatre catégories de travailleurs. Il s'agit des travailleurs qui cherchent uniquement un complément de revenus, c'est à dire ne visent ni le développement ni l'officialisation de leur activité. En d'autres termes, ce sont des travailleurs dans l'informel de « confort ». La deuxième catégorie est relative aux travailleurs dans l'informel de « survie » ; la troisième catégorie est celle des travailleurs dans

l'informel « professionnel » ; enfin, la quatrième catégorie est celle des travailleurs dans l'informel de « test ». Certains se sont orientés vers ce secteur en créant leur propre activité comme pour devenir des entrepreneurs indépendants pour les uns ou tout simplement pour essayer de survivre pour les autres (W. Easterly., 2002, p. 142). Dans ce secteur, les migrants sont contraints de « se débrouiller » en exerçant plusieurs métiers (vendeurs ambulants, ateliers des arrière-cours, cireurs de chaussures, restaurateurs de rue, etc.), en dehors des lois (B. Lautier., 2004, p.68). Ce secteur qui constitue une source de revenu, de travail et de stabilité sociale en Afrique, absorbe 61% de la population active (S. Kanté., 2002, p. 1). Les migrants dans l'exercice de leur métier font recours aux soins de santé, qui souvent reste défaillants.

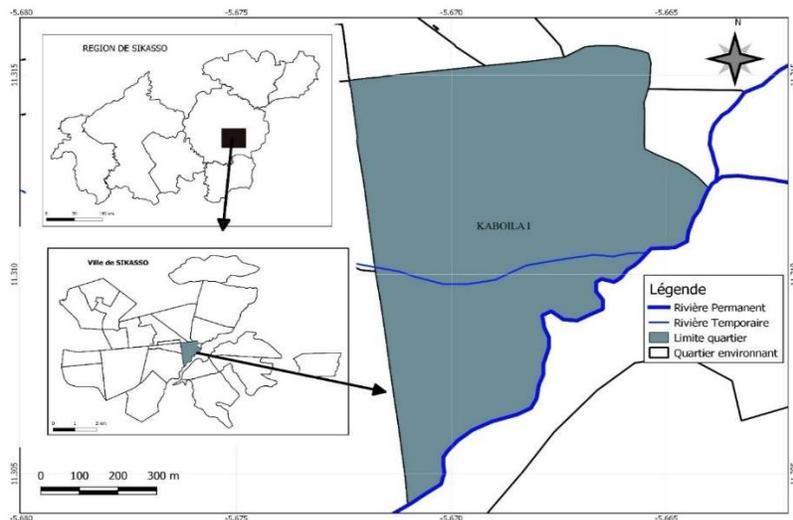
L'activité économique de la ville de Sikasso repose donc en grande partie sur un secteur privé informel qui occuperait le reste de la population active soit environ 30 000 personnes. Les activités du secteur informel représentent une création de valeur ajoutée de l'ordre de 14 milliards de FCFA ce qui est presque équivalent à la richesse générée par l'ensemble du secteur moderne (C. Coulibaly et *al.*, 1998, p. 43). Cette potentialité économique de la ville de Sikasso

exerce une forte attraction sur la population rurale, notamment les plus jeunes, en quête de travail, originaires de toutes les localités du Mali. Ce qui explique que la ville de Sikasso accueille une forte proportion de migrants (18,5%) derrière Bamako avec 22,5%. (EMOP, 2015/2016, p. 27). Cependant, il est important de savoir si les jeunes migrants travaillant dans la ville de Sikasso arrivent à tirer le maximum de profit de leurs activités informelles pour améliorer significativement leurs conditions de vie notamment les recours aux soins de santé en cas de maladie. D'où la question de savoir : Quelles sont les conditions de travail et les recours aux soins des jeunes migrants à Kaboïla I ? L'objectif de l'étude vise à déterminer les conditions de travail et les recours aux soins des jeunes migrants du secteur informel à Kaboïla I/ Commune urbaine de Sikasso.

1. Présentation du milieu d'étude

Ville carrefour, Sikasso est située au sud-est du Mali, à 40 km du Burkina Faso, à 80 km de la Côte d'Ivoire et à 380 km d'environ de Bamako. (Carte n°1). La superficie de Sikasso est de 70 280 km² en 2009. Elle comprend 7 cercles plus la commune urbaine de Sikasso qui compte également 15 quartiers et 28 villages.

Carte n° 1 Présentation de la zone d'étude



Source : Labo-HOPEAdmin/ML WGS_84, Mai 2018

La population de Kaboïla s'élève à 32 522 hbt dont 15 726 d'hommes et 16 796 de femmes (DNP, 2014). Ville carrefour, Sikasso est une zone de migration par excellence, pour le cercle mais aussi pour les pays frontaliers comme la Côte d'Ivoire et le Burkina Faso.

Le climat de la région de Sikasso est marqué par l'alternance de deux saisons (une saison sèche et une saison des pluies). La durée de la saison sèche varie de 5 à 6 mois et celle de la saison des pluies est de 5 mois. Avec plus de 90 jours de pluies par an durant le mois d'Août, Sikasso au sud du pays, se situe dans la région la plus arrosée que l'on nomme la zone soudano-guinéenne. Sur le plan économique, Sikasso constitue une zone où la pratique de l'agriculture et le maraichage prédomine du fait des potentialités naturelles et pédologiques. Cette situation se traduit par la diversification des cultures dans cette localité : culture sèche (le maïs, le sorgho), culture maraîchère (pomme de terre, oignon, tomate) et l'arboriculture (la mangue, la banane, l'anacarde). A Kaboïla I, l'économie repose essentiellement sur le secteur informel. La plupart des activités du secteur informel (vente de médicaments, de chaussures, conducteurs de pousse-pousse blanchisseurs, de réparateurs d'électroménager, vulcanisateurs, mécaniciens, etc.) est pratiquée par les jeunes migrants autour des ateliers installés aux abords des routes principales qui traversent les quartiers et sur certaines parcelles non encore mises en valeur. Le commerce représente l'activité phare développée par les populations. Les marchés constituent les espaces appropriés pour les échanges commerciaux et les activités artisanales.

2. METHODOLOGIE

Dans le cadre de cette étude, la démarche méthodologique s'appuie sur, l'observation de terrain, la recherche documentaire et les enquêtes du terrain. L'observation de terrain a permis de visiter de nombreux sites d'activités informelles (les alentours des voies d'accès, des chantiers de construction, des marchés, des boutiques et des

équipements administratifs). Sur ces sites, divers types d'activités (vente de produits alimentaires, d'électroménagers, les vendeurs ambulants) relevant du secteur informel sont développés et animés par des acteurs incluant toutes les tranches d'âge.

Dans la recherche documentaire, les documents obtenus et exploités ont permis de faire l'état des lieux sur la migration, en général et celle de la région de Sikasso, en particulier. Ces informations sont relatives à l'origine géographique des migrants, leur sexe, leur âge, leur insertion socio-professionnelle, etc.

En vue de collecter les données sur le terrain, nous avons combiné deux types de méthodes : la méthode du choix raisonné et la méthode aléatoire. Dans la méthode du choix raisonné, parmi les trois secteurs que comprend le quartier de Kaboïla I (Kélétiouila, Tièfimbougou et Noumousso) deux ont été retenus (Kélétiouila, Tièfimbougou). Leur choix a été fait sur la base des critères relatifs à leur distance par rapport au grand marché et de la diversité des activités informelles exercées (ateliers de menuiserie en bois, points de vente des produits alimentaires...). Le secteur de Kélétiouila est une zone fréquentée par les jeunes migrants, en raison de son positionnement stratégique avec le grand marché et les opportunités d'emplois offertes. Par contre, le secteur de Tièfimbougou est relativement éloigné du grand marché de 1,5km. Ce secteur est une zone où se pratiquent de nombreuses activités du fait de l'existence des magasins de céréales et des garages.

Dans la méthode aléatoire, nous avons effectué un échantillonnage sur la base de la liste des deux secteurs (Kélétiouila, Tièfimbougou) affectés de leur population. Nous avons ainsi engagé 15 personnes natives des deux secteurs d'études pour la réalisation d'un recensement des concessions. L'objectif de ce recensement était de mieux connaître la totalité des concessions que composent les secteurs de Kélétiouila et de Tièfimbougou et d'identifier le nombre total de concessions ayant au moins un migrant. A l'issue de cette opération de recensement, les résultats

ont révélé un total de 356 concessions dont 244 concessions à Kélétioula et 112 concessions à Tièfimbougou. Parmi ces 356 concessions, il a été enregistré un total de 267 concessions (156 à Kélétioula et 111 concessions à Tièfimbougou) ayant au moins un migrant. Afin d'obtenir un échantillon représentatif, un sondage aléatoire à trois degrés a été réalisé sur la base de la liste des 267 concessions : -tirage au hasard au premier degré de 60 concessions par secteur, soit un total de 120 concessions pour les deux secteurs ; -tirage au hasard au deuxième degré d'un ménage par concession, soit un total de 120 ménages ; -tirage au hasard au troisième degré d'un jeune migrant par ménage retenu au second degré. La taille de l'échantillon s'élève à 120 jeunes migrants qui ont été soumis à notre questionnaire pré-établi. Les termes qui ont été abordés tournent autour des : -caractéristiques socio-démographiques des jeunes migrants ; -leurs zones de départ, les motifs de leur migration ; - leurs conditions de travail – leur état de santé et leurs recours aux soins de santé.

Les données ont été collectées en deux phases : la première a débuté au 14 mars et a pris fin au 5 avril 2018, soit une durée de 23 jours, et la deuxième phase de collecte à partir du 14 avril 2018 jusqu'au 8 mai 2018, soit une durée de 23 jours. La collecte des données a été rendue possible par 2 enquêteurs originaires du quartier de Kaboïla I. Ces enquêteurs formés sur les techniques de collecte de données statistiques ont été répartis entre les secteurs de Kélétioula et Tièfimbougou. Les outils utilisés dans le cadre l'enquête du terrain sont composés d'un questionnaire d'enquête quantitative adressé aux jeunes migrants. Leur choix était surtout lié à leur disponibilité à répondre aux questions des enquêteurs.

Les données collectées sur le terrain ont été saisies puis traitées à partir des logiciels SPSS et Excel. A l'issue du traitement, des statistiques descriptives ont été faites et ont permis de réaliser des tableaux et des graphiques. L'observation sur le terrain nous a permis de

faire l'état des lieux et d'avoir une vision générale de l'ampleur du problème et sur l'espace d'investigation.

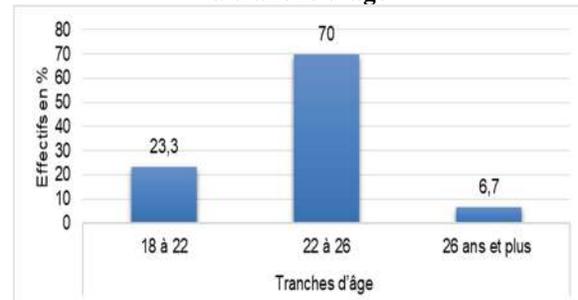
3. RESULTATS

3.1. Une importante implication des jeunes dans la migration interne

3.1.1. Le profil socio-démographique des jeunes migrants de Kaboïla I

Les résultats des investigations de terrain ont révélé une situation différenciée du profil socio-démographique des migrants. Il ressort de ces enquêtes que le facteur âge a été un élément déterminant qui a permis de faire une discrimination des migrants en tranches d'âge. Ainsi trois catégories de tranches d'âge ont pu être déterminées (Graphique n°1).

Graphique n° 1 : Répartition des migrants selon la tranche d'âge



Source : SAMAKE C., 2018

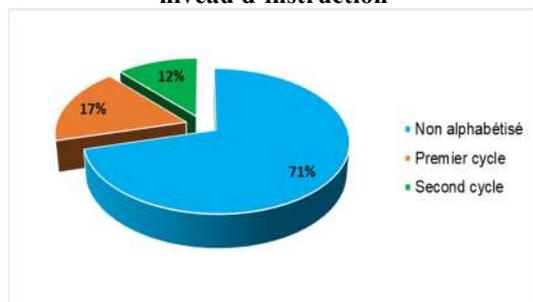
L'analyse du graphique n°1 révèle que l'âge de la majorité (70%) des jeunes migrants est compris entre 22 ans et 26 ans. Cette proportion est largement supérieure à celles des migrants des deux autres tranches. Ce contraste entre les différentes tranches d'âge s'explique par diverses raisons. D'une part, les revenus générés par l'activité agricole sont directement confiés aux chefs de ménage qui décident de leur affectation pour la prise en charge des dépenses. Cette pratique ne permet pas aux jeunes notamment ceux ayant un âge compris entre 22 ans et 26 ans d'avoir une autonomie financière en travaillant dans les exploitations agricoles familiales. C'est pourquoi, la recherche d'une autonomie financière conduit nombreux d'entre eux à jeter leur dévolu sur la migration. D'autre

part, la faiblesse des revenus agricoles ne permet pas à tous les ménages de faire face à la multiplicité des dépenses (mariage, achat de moto, paiement de l'impôt, soins de santé, etc.) d'où le recours de certains jeunes à la migration qui constitue une alternative compensatoire. L'effet de la jeunesse fait que des migrants ne mesurent pas la gravité de la dégradation de leur état de santé pour recourir aux soins de santé modernes. Selon eux, leur accès est globalement couteux d'où leur préférence pour les vendeurs ambulants des « médicaments de la rue » qui ne sont pas conventionnels mais avec un prix relativement abordable.

3.1.2. Le niveau d'instruction, un facteur de différenciation des migrants

Il existe une forte disparité entre les migrants selon leur niveau d'instruction (alphabètes et analphabètes) comme le montre le graphique n° 2.

Graphique n°2 : Répartition des migrants selon le niveau d'instruction



Source : SAMAKE C., 2018

Les migrants non alphabétisés représentent 71% du total des migrants. Leur analphabétisme constitue donc un facteur limitant pour le choix aux soins de santé appropriés. En effet, très souvent sur les conseils prodigués par les vendeurs de médicaments de la rue les migrants analphabètes se prêtent facilement à leur jeu en acquérant des produits qu'ils leur proposent. Aussi, l'analphabétisme fait que la majorité des migrants n'a pas conscience de la nécessité de faire des analyses médicales appropriées pour diagnostiquer les causes et les manifestations de leur maladie. Ils ont la certitude que l'itinéraire des soins traditionnels constitue une solution efficace tant du fait de sa généralisation que par

la facilité d'acquérir ses médicaments. Le recours aux soins modernes est facilement relégué au second plan quand bien même le moment où ils se rendent compte de son importance il est souvent trop tard. Lorsqu'ils sont épuisés par la maladie et qu'ils se tournent vers la médecine moderne la faiblesse de leurs revenus joue à leur défaveur pour l'acquisition des médicaments prescrits par un médecin.

3.1.3. Une appartenance ethnique composite des migrants avec une nette domination des dogons

L'étude révèle une forte proportion des migrants dogons avec 43,3% des personnes enquêtées, contre 1,7% de Soninké (Tableau n°1). La forte proportion des migrants dogons est liée d'une part au fait que la migration interne soit une tradition chez les dogons. Et d'autre part, aux conditions géographiques difficiles de leurs terroirs (collines, montagnes) mais aussi aux contraintes climatiques et financières dans leurs milieux d'origines.

La recherche de terres amènent les dogons à migrer vers la ville de Sikasso où ils exercent pour la plupart dans le secteur informel. L'une des activités favorites des dogons demeure la vente de médicaments traditionnels où ils ont une réputation de grands guérisseurs traditionnels. L'essentiel de leurs médicaments traditionnels provient des décoctions des plantes médicinales. Contrairement aux dogons, les soninkés sont plus intéressés par la migration internationale d'où la faiblesse de leur proportion dans la migration interne au Mali.

Tableau n°1 : Appartenance ethnique des migrants

Ethnies	Effectif	%
Bambara	14	11,7
Bozo	20	16,7
Bwa	22	18,3
Dogon	52	43,3
Mossi	4	3,3
Minianka	6	5,0
Soninké	2	1,7
Total	120	100,0

Source : SAMAKE C., 2018

3.2. Zones de départ, motifs de migration et conditions de travail des migrants

3.2.1. Zones de départ et motifs de migration des jeunes

Les jeunes migrants présents à Kaboïla 1 sont originaires de plusieurs localités et leur migration est occasionnée par plusieurs motifs (Tableau n°2).

Tableau n°2 : Migrants selon leur milieu d'origine et les motifs de migration

Milieu d'origine et motifs de migration	Effectif	%
Milieu d'origine		
Campagne	106	88,3
Autres quartiers de Sikasso	14	11,7
Total	120	100,0
Motifs de migration		
Raisons climatiques (sècheresse, inondations, mauvaises récoltes)	8	6,7
Raisons économiques, inégalités de développement	68	56,7
Raisons d'études et emploi	14	11,7
Désir de vivre en ville	10	8,3
Autres raisons sociales et familiales	20	16,7
Total	120	100,0

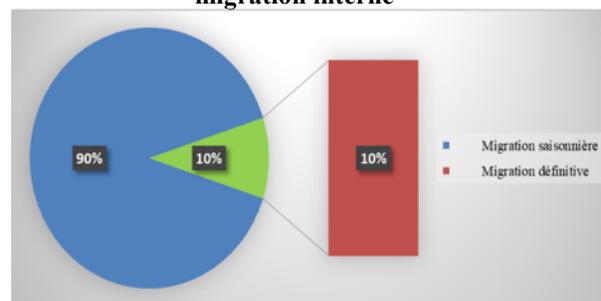
Source : SAMAKE C., 2018

Parmi les jeunes migrants enquêtés, 88,3% sont originaires de la campagne (région de Ségou, Mopti, Koulikoro, etc.) et les raisons économiques constituent le motif de migration de 56,7%. La proportion importante des jeunes migrants ruraux est liée aux opportunités d'emplois qu'offre la ville de Sikasso qui occupe une situation de pôle économique du fait de sa proximité avec la Côte d'Ivoire et le Burkina Faso. Les avantages que tire la ville de Sikasso de son positionnement de carrefour économique attirent les migrants de nombreuses localités du Mali qui connaissent une inégalité accrue de développement en termes de perspectives pour l'amélioration des conditions de vie de la population. Face à ces problèmes, l'alternative pour les jeunes ruraux est de migrer vers les

centres urbains à la recherche des conditions de vie meilleures.

En dépit de nombreux motifs justifiant la migration, elle peut être classée en deux types : la migration saisonnière et la migration définitive (Graphique n° 3).

Graphique n°3 : Jeunes migrants selon le type de migration interne



Source : SAMAKE C., 2018

Le volume des migrants saisonniers (saison sèche) occupe une forte proportion avec 90% des enquêtés contre seulement 10% pour ceux qui souhaitent rester de manière définitive. Ceci s'explique par l'inoccupation des jeunes après les travaux champêtres, et profitent de cette période de relative accalmie pour travailler à Kaboïla 1 (saison sèche) et retournent à la campagne à l'approche de la saison pluvieuse.

3.3. Des conditions de travail difficiles marquées par une dégradation de l'état de santé

3.3.1. Types et localisation des lieux d'activité des migrants

L'activité exercée et leurs lieux varient d'un migrant à un autre à l'intérieur du quartier de Kaboïla I. Pour mieux rentabiliser leur activité la majorité des migrants (73,3%) opèrent aux alentours des zones à forte concentration humaine (grand marché, écoles, mairies et grandes artères). La densité de la population dans ces zones offre des opportunités aux migrants de conquérir facilement la clientèle.

Tableau n°3 : Répartition des migrants selon l'activité et leur localisation

Activité et localisation des lieux d'activité	Effectif	%
Activités		

Secteur informel, condition de travail et recours aux soins des jeunes migrants à Kaboïla I/ commune urbaine de SIKASSO (MALI)

Menuiserie	2	1,7
Gardiennage	10	8,3
Petit commerce marchand (vente de glace, boisson, fruits, etc.)	14	11,7
Ouvriers	90	75,0
Revendeurs de carte	4	3,3
Total	120	100,0
Localisation des lieux d'activité		
Domicile	2	1,7
Alentours du grand marché, écoles et Mairie	88	73,3
Bordures des routes bitumées	30	25,0
Total	120	100,0

Source : SAMAKE C., 2018

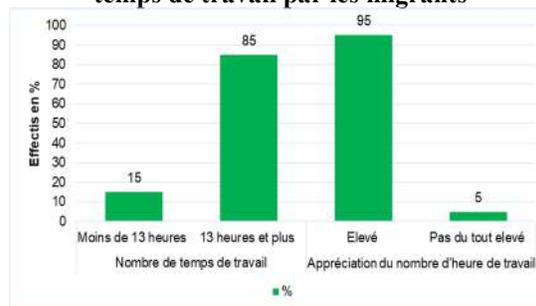
L'activité principale pour 75% des migrants est dominée par les ouvriers contre une minorité qui pratique d'autres activités (gardiennage, revendeur de carte de recharge et petit commerce). La proximité de Kaboïla I du grand marché de Sikasso représente un atout pour les migrants revendeurs d'articles divers. Par ailleurs, la présence de nombreux sites de chantiers de construction constitue une opportunité d'emplois pour les migrants qui exercent le métier d'ouvrier dans ces chantiers. Dans l'optique de minimiser les dépenses liées au déplacement, les migrants élisent domicile à proximité de leurs lieux de travail.

3.3.2. Conditions de travail difficiles des migrants à Kaboïla I

Les migrants à la recherche de travail sont confrontés à de nombreux problèmes qui rendent leurs conditions de travail très difficiles. Sur le plan sécuritaire, les migrants exerçant des métiers qui demandent l'observation des mesures sécuritaires (port de casques, ceintures de sécurité, protection des visages, etc.) n'est pas respectée comme le recommande l'OIT (Organisation Internationale de Travail) ; mais ces pratiques de sécurité ne sont pas respectées. Sur le plan sanitaire, ces travailleurs ne bénéficient d'aucune assistance sociale comme les allocations familiales - INPS (Institut National de Prévoyance Sociale) au Mali, ou de

couverture sanitaire en cas de maladie (AMO-Assurance Maladie Obligatoire). Face au manque d'emploi salarié, les migrants travaillent dans les conditions inhumaines qui dépassent les normes du BIT (Bureau International du Travail). Selon la norme recommandée par le BIT la durée de travail hebdomadaire moyenne doit durer approximativement 43 heures (BIT, 2018, p.10). A Kaboïla, les migrants travaillent 13 h (Graphique n°4) et plus par jour soit 91 heures par semaine. Ces heures de travail représentent le double des heures de travail hebdomadaire recommandé par le BIT. Cette situation peut avoir des conséquences considérables sur la santé des migrants. Durant leur séjour, ils sont tenus de travailler et d'accepter les emplois qui leur sont proposés et qui de plus sont pour la plupart très mal rémunérés (Graphique n°5). En travaillant ainsi plus de 10 heures par jour certains migrants espèrent augmenter leurs revenus. Ce montant est apprécié différemment par les migrants en fonction du nombre de temps de travail et à cause de leur forte disparité.

Graphique n°4 : Appréciation du volume et du temps de travail par les migrants

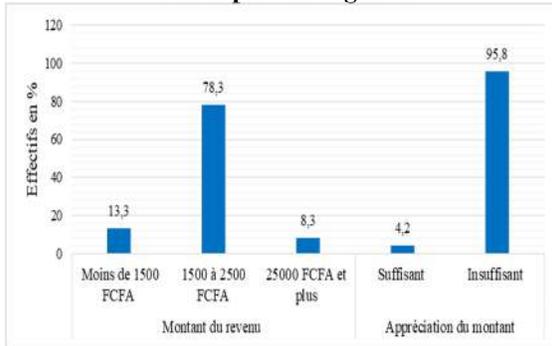


Source : SAMAKE C., 2018

L'analyse du graphique fait ressortir deux situations différentes à savoir la durée du temps de travail et l'appréciation du nombre d'heure de travail par rapport aux recommandations des normes en vigueur. Il en ressort de cette analyse que 85% des jeunes migrants travaillent au-delà de 13 heures par jour toute chose qui devrait permettre une amélioration significative de leurs revenus quand bien même ce n'est pas le cas. La majorité d'entre eux soit 95% jugent leur temps de travail quotidien exorbitant.

Dans le quartier de Kaboïla I, le montant de revenu journalier varie fortement d'un migrant à un autre (Graphique n°5).

Graphique n°5 : Appréciation du montant du revenu par les migrants



Source : SAMAKE C., 2018

L'analyse du graphique n°5 révèle d'une part la répartition du revenu des migrants et d'autre part leur appréciation sur le niveau du revenu. Il apparaît clairement que la répartition du revenu est très inégale entre les migrants. Les migrants ayant un revenu journalier inférieur à 1500 FCFA représentent 13,3% alors que 78,3% ont un revenu journalier variant de 1500 à 2500 FCFA. D'une manière générale, les revenus des migrants demeurent globalement faible eu égard à la multiplicité des charges déductibles (logement, nourriture, eau et santé, etc.). C'est pourquoi, 95,8% des migrants interrogés pensent que leurs revenus sont insuffisants par rapport à leurs charges régulières. Dans ces conditions, l'accessibilité aux soins de santé modernes pour les migrants peut devenir aléatoire.

3.3.3. Etat de santé des migrants, une situation préoccupante

Durant leur séjour, les jeunes migrants dans l'exercice de leurs activités sont affectés par des maladies. Parmi ces maladies, les plus fréquentes sont le paludisme, la fièvre typhoïde, l'ulcère gastrique, les cas de blessure au travail, etc. La faiblesse de leurs revenus fait que pour se soigner, ils font recours aux soins de santé en privilégiant l'automédication notamment les médicaments de rue au détriment de la médecine moderne. Les prix de ces médicaments sont à la portée de toutes les bourses allant de 100 CFA et

plus. La facilité pour acquérir ces médicaments explique leur généralisation et leur succès auprès des personnes aux revenus faibles.

3.4. Accès aux soins de santé modernes, une préoccupation majeure pour les migrants

Le recours aux soins de santé modernes est très faible pour les migrants. Les résultats des enquêtes montrent que seulement 9,1% d'entre eux y ont recours contre 90,9% pour l'automédication (Tableau n°4). La vente illicite des médicaments de la rue s'amplifie de manière considérable. L'usage de ces médicaments s'installe davantage dans les habitudes sanitaires des migrants, ce qui fait qu'ils sollicitent de moins en moins les soins modernes (Tableau n°4).

Tableau n°4 : Répartition des migrants selon les types de soins sollicités

Accès aux soins	Effectif	%
Soins modernes	11	9,1
Médicaments de la rue/ décoctions des plantes	109	90,9
Total	120	100

Source : SAMAKE C., 2018

Le faible recours aux soins de santé modernes s'explique par divers facteurs. D'un côté, les procédures pour les soins modernes sont souvent jugées complexes et longues par les migrants. Il faut d'abord chercher à rencontrer le médecin traitant de la maladie qui est parfois indisponible. Il faut aussi procéder par des analyses médicales dont les frais sont quelques fois coûteux. Après ces différentes phases, il faut chercher à acquérir les médicaments à la pharmacie qui peuvent paraître aussi coûteux par rapport à la disponibilité financière des migrants. C'est ainsi que de nombreux migrants se détournent des soins modernes pas parce qu'ils ne sont pas efficaces mais leur accessibilité est contraignante. Le recours aux soins modernes est envisagé dans les situations où l'automédication s'avère inappropriée. La multiplication des centres de santé de proximité pourrait remédier au problème avec la

Secteur informel, condition de travail et recours aux soins des jeunes migrants à Koboïla I/ commune urbaine de SIKASSO (MALI)

vulgarisation des médicaments génériques dans les pharmacies, appelés encore « DCI » (Dénomination Commune Internationale), qui sont aussi moins chers. En l'absence de cette politique, les migrants pour leurs soins, seront toujours attirés par les soins traditionnels et les médicaments de la rue.

Par rapport à la nature de leur maladie les migrants font recours aux soins de santé selon leurs capacités financières. Le tableau n°5 indique la nature de la maladie et les modalités de soins des migrants.

Tableau n°5 : Nature de la maladie et modalité de traitement des migrants

Nature de la maladie et modalité de traitement	Effectif	%
Nature de la maladie		
Paludisme	1	1,2
Fièvre typhoïde	44	51,2
Diarrhée	41	47,7
Total	86	100,0
Modalité de traitement		
Soins dans le centre de santé	1	1,2
Usage des médicaments de la rue	81	94,2
Usage des décoctions des plantes médicinales	4	4,7
Total	86	100,0

Source : SAMAKE C., 2018

L'analyse du tableau n°5 a révélé que 51,2% des jeunes migrants ont été atteints de fièvre typhoïde ; 47,7% de la diarrhée contre 1,2% pour le paludisme. Le moyen de recours principal est l'achat des médicaments de rue pour 94,2% des migrants alors que 4,7% d'entre eux préfèrent recourir aux médicaments traditionnels notamment les décoctions.

Le faible taux de fréquentation des centres de santé est lié à la faiblesse des revenus des migrants.

3.4.1. Achat des médicaments de la rue, une alternative pour de nombreux migrants

Plusieurs types de médicaments de la rue (Ciprofloxacine, Chloroquine 100, Amoxicilline, CAC 1000) sont achetés par les jeunes migrants pour soigner leurs maladies (Tableau n°6).

Tableau n°6 : Nature des médicaments de la rue utilisés par les migrants

Nature de médicament de la rue	Effectif	%
Boîte de comprimé de ciprofloxacine	6	7,4
Plaquette de Chloroquine 100	71	87,7
Autres (Amoxicilline, CAC 1000)	4	4,9
Total	81	100,0

Source : SAMAKE C., 2018

L'analyse du tableau n°6 montre que le médicament de la rue le plus sollicité par les migrants pour leurs soins est chloroquine 100 avec 87,7% des utilisateurs. Ce médicament est utilisé pour le traitement du paludisme et de la fièvre typhoïde. Globalement, ils sont satisfaits de son efficacité.

3.4.2. Accès géographique des médicaments de la rue et l'appréciation de leur coût

L'accès géographique et le coût de ces médicaments sont appréciés différemment par les migrants (Graphique n°7).

Graphique n°7 : Accès géographique et l'appréciation du coût des médicaments par les migrants



Source : SAMAKE C., 2018

Il ressort du graphique n°7 que pour 97,5% des migrants, l'accès géographique aux médicaments de la rue est facile vu la faible distance entre les points de vente et les lieux de résidence (environ 200m à 500m). La mobilité des vendeurs ambulants de ces médicaments rend aussi leur accès facile. Cependant, la qualité et les mauvaises conditions de conservation des médicaments de la rue les rendent dangereux pour la santé.

3.4.3. Les médicaments de la rue, leur coût et son appréciation par les migrants

Les médicaments de la rue se caractérisent par des coûts abordables aux patients qui ont des revenus faibles. Généralement leur coût varie de 200 à 500 FCFA en fonction de la nature du médicament. Dans le quartier de Kaboïla I, les jeunes migrants font usage de plusieurs types de médicaments. Le coût des médicaments varie fortement dans le quartier de Kaboïla I et aussi d'un migrant à un autre. (Tableau n°7).

Tableau n°7 : Appréciation du prix des médicaments selon les migrants

Coût et appréciation du coût des médicaments	Effectif	%
1. Coût du médicament (par plaquette, par tube)		
Moins de 200 FCFA (Amoxicilline., Métronidazole, Aspirine)	2	2,5
200 à 250 FCFA (Auréomycine 1%, Diclofénac, Ibuprofène)	69	85,2
251 FCFA et plus (Chloroquine, ciprofloxacine, CAC 1000)	10	12,3
Total	81	100,0
2. Appréciation du coût de médicament		
Très abordable (Amoxicilline., Métronidazole, Aspirine)	1	1,2
Abordable (Auréomycine 1%, Diclofénac, Ibuprofène)	79	97,5
Pas du tout abordable (Chloroquine, ciprofloxacine, CAC 1000)	1	1,2
Total	81	100,0

Source : SAMAKE C., 2018

L'analyse du tableau n°7 révèle que pour 85,2% des migrants, le coût des médicaments varie entre 200 à 250 FCFA et 97,5% confirment ce coût abordable.

3. DISCUSSION

La présente étude a permis de constater que la migration interne est pratiquée par les jeunes attirés par les centres urbains, en majorité analphabètes. La forte proportion des migrants analphabètes peut être à la base de l'utilisation des médicaments de la rue parce que la majorité ignore totalement leurs effets secondaires. La ville de Sikasso eu égard aux avantages qu'elle offre accueille 88,3% des migrants d'origine

rurale. Les principaux motifs de leur migration sont d'ordres économiques pour 56,7 des migrants. A ceux-ci, s'ajoute la faiblesse de développement des zones rurales, l'absence d'activités après les récoltes. Au Sénégal, la migration interne est un système qui consiste en des déplacements saisonniers ayant lieu au moment de l'hivernage vers le pôle économique que constitue le bassin arachidier dans le but d'y faire des activités agricoles (Ndione, 2006, p. 147). Les travaux réalisés par J. Oucho., et W. Gould., (1993, p. 271) montrent que la migration interne touche habituellement les individus dans leur vie active, notamment le groupe d'âge des 20 à 24 ans. Ces résultats confirment ceux obtenus par la présente étude sur les jeunes migrants de Kaboïla.

Les migrants pendant leur séjour à Kaboïla exercent dans diverses activités notamment informelles. Les emplois pratiqués par ces migrants sont souvent contraignants. Leurs conditions de travail s'avèrent souvent difficiles, au regard de la durée du temps de travail qui est largement au-dessus des normes recommandées (13 h et plus). Ce résultat est comparable à celui obtenu par Choudry et Henaway, (2012, p. 43) ; Rodriguez et Mearns, (2012, p. 585) qui indiquent que les migrants dont le statut d'immigration est précaire travaillent de façon disproportionnée dans des conditions difficiles : salaire peu élevé, longs quarts de travail et relations de travail stressantes.

L'accès difficile aux soins de santé modernes favorise le recours aux soins traditionnels et aux médicaments de la rue. Ce résultat s'inscrit dans la même perspective de l'analyse de M-D Traoré, (2010, p. 12). Cet auteur, dans sa thèse de doctorat sur la « Problématique de la vente des médicaments au Mali » montre que ces médicaments de contrefaçon peuvent être acquis sans avis médical, et donc sans contraintes majeures pour le malade dans le cadre de son traitement. Ce qui laisserait croire que la fréquentation des centres de santé n'est pas nécessaire. Par ailleurs, dans le même ordre d'idée M-L. Doumbouya, (2008, p. 7) rapporte

que Kalaban-coro étant une zone périurbaine en construction avec beaucoup de travailleurs issus de l'exode rural et l'existence d'une exploitation de sable constitue un grand marché pour les vendeurs, c'est le phénomène de l'appât du gain. En plus, M. Moubé, (2015, p. 188) précise qu'au Cameroun l'usage des médicaments de la rue s'est répandu à cause de l'incapacité des personnes socialement défavorisées à payer leurs soins sans courir le risque de perdre l'essentiel de leur revenu. Le Rapport OMS (2013) montre que des vendeurs ambulants de médicaments contrefaits fournissent des consultations aux ménages confrontés aux dépenses de santé. A Koboïla I, la plupart des jeunes migrants ont montré que l'accès géographique aux médicaments de la rue est facile (dans les boutiques, devantures des magasins, sur les marchés). Ce résultat se rapproche à celui de P. Tchamdja, (2011, p. 27) qui indique qu'à Lomé au Togo, les places des grands marchés offrent des étalages de médicaments. Certains vendent exclusivement les médicaments mais d'autres les associent avec d'autres marchandises. Ainsi, l'automédication s'impose comme recours aux soins pratiqué par les migrants par l'achat des médicaments de la rue.

Conclusion

Cette étude sur le secteur informel, condition de travail et recours aux soins des jeunes migrants à Koboïla I « les migrants internes et les activités informelles, cas des jeunes du quartier de Koboïla I/commune urbaine de Sikasso » a révélé la majorité des jeunes migrants est analphabète. Elle a permis de comprendre que la migration s'impose comme une nécessité pour les jeunes migrants en quête de bien-être économique et sociale. L'étude a montré que ces jeunes évoluent majoritairement dans le secteur informel dans les conditions difficiles avec un faible revenu journalier. Ces travaux pourraient affecter leur santé et la plupart des migrants éprouvent des difficultés à accéder aux soins de santé modernes. Ainsi, pendant leur séjour à Koboïla I, la plupart d'entre eux affectés par des maladies ont recours à l'automédication en

achetant des médicaments de la rue et des décoctions. L'information, l'éducation et la communication peuvent être des canaux utilisés pour un changement de comportement des jeunes migrants. La multiplication des centres de santé de proximité avec la vulgarisation des médicaments génériques - DCI (Dénomination Commune Internationale) pourront peu à peu orienter les migrants vers des soins de santé moderne.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE (ANSD), Résultats définitifs du troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 2002), Rapport National de Présentation, Dakar, Sénégal, 254p.

CHOUdry Aziz et HENAWAY Mostafa, 2012 « Agents d'infortune : une mise en contexte de la lutte des travailleurs et travailleuses migrants et immigrants contre les agences de recrutement de main-d'œuvre temporaire », *Labour Capital and Society*, 45, 1, p. 36-65.

COULIBALY Casimir., et al., 1998, L'économie locale de Sikasso, Mali, Etude de cas du programme, Relance des économies locales en Afrique de l'Ouest, Club du Sahel-AGPDM, Bureau Urbain du Ministère des Affaires Etrangères Coopération et Francophonie, 157p.

DOUMBOUYA Mohamed Lamine, 2008, Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la Guinée, Working paper n° 2008-2, Laboratoire d'Économie de la Firme et des Institutions Research Center on Firm and Institutional Economics, 18p.

EASTERLY William, 2002, «The Elusive Quest for Growth: Economists' Adventures and Misadventures in the Tropics», MIT Press, Cambridge, Mass, p. 121-158.

- KANTE Souleyve, 2002, Le secteur informel en Afrique subsaharienne francophone : vers la promotion d'un travail décent, Document de travail sur l'économie informelle, p. 56-96.
- LAUTIER Bruno, 1994, L'économie informelle dans le tiers monde, Paris, édition la découverte, 125p.
- MINISTERE DE L'ADMINISTRATION TERRITORIALE ET DES COLLECTIVITES LOCALES, 1998, Etat et structure de la population, Rapport des résultats définitifs du 3ème recensement général de la population et de l'habitat du Mali (RGPH 1998), DNSI/INSTAT, Bamako, 320p.
- MINISTERE DE L'ADMINISTRATION TERRITORIALE ET DES COLLECTIVITES LOCALES, 2009, Etat et structure de la population, Rapport des résultats définitifs du 4ème recensement général de la population et de l'habitat du Mali (RGPH2009), DNSI/INSTAT, Bamako, 120p.
- MOUBE Moubé, 2015, Des principes de responsabilité et de solidarité pour un accès financier équitable aux soins de santé : Le cas des travailleurs de l'informel urbain du Cameroun en situation de vulnérabilité, Thèse de Doctorat, Sciences humaines appliquées, Université de Montréal, Faculté des arts et des sciences, 286p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2013, La recherche pour la couverture sanitaire universelle. Rapport sur la santé dans le monde, Genève, Suisse.
- OUCHO John et GOULD William, 1993, «Internal migration, urbanization, and population distribution», In KAREN A. FOOTE K. HILL H., and LINDA G. MARTIN (eds.), Demographic Change in Sub-Saharan Africa (pp.256-289). Washington, D.C.: National Academy Press.
- RODRIGUEZ Jenny et MEARNES Lesley, 2012, «Problematising the interplay between employment relations, migration and mobility», Employee Relations, 34, 6, p. 580-593.
- SANNI YAYA Hachimi. (dir), 2010, Les mots et les choses de la santé. Acteurs, pratiques et systèmes de santé dans le tiers-monde, Québec, Les presses de l'Université Laval.
- TCHAMDJA Potougnima, 2011, La vente informelle de médicaments à Lomé : la légitimation d'une pratique transgressive, Mémoire de Master en sciences de Gestion, Spécialité : Prospective, Innovation, Stratégie, Organisation, Lomé (Togo), 74p.
- TOUL Emmanuel, 2008, Le travail indépendant informel à la Martinique, Rapport d'étude, Adie, 22p.
- TRAORE Mamadou Dabou, 2010, Problématique de la vente des médicaments au Mali. Cas de la commune périphérique de Kalaban-Coro, Thèse de Doctorat de Médecine, Université de Bamako, Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odonto-Stomatologie, 75p.