

## APERÇUS SUR LA TUBERCULOSE EN T.F.A.I.

Camus, dans *la Peste*, écrit : « ... Ils manquent d'imagination, ils ne sont jamais à l'échelle des fléaux. »

Notre manque d'imagination est probable, mais que la tuberculose soit un fléau, et singulièrement en T.F.A.I., cela n'est que trop certain.

Ces quelques chiffres, dont je m'excuse de l'aridité, le prouveront amplement :

1° *Nombre de tuberculeux fichés*, au Dispensaire antituberculeux (fin 1965) :

— 9.044, pour une population de 100.000 habitants environ.

2° *Nombre de malades dépistés en 1965* :

— 1.204 : en France, on ne dépiste que 136 tuberculeux pour 100.000 habitants.

3° *Index tuberculique*, basé sur une étude effectuée à Djibouti en 1959-1960 et ayant porté sur 32.484 habitants testés :

- de 0 à 1 an : 19,75 % ;
- de 1 à 4 ans : 31,90 % ;
- de 5 à 14 ans : 69 % ;
- de 15 à 24 ans : 85 %, avec des tests tuberculiques positifs.

On estime qu'en France, à vingt ans, 40 % des sujets ont un test tuberculique positif. La norme idéale de l'O.M.S. est de 1 % de sujets positifs à 14 ans.

4° *Examens radiologiques du thorax* :

En 1959-1960, 26.589 scopies thoraciques ont été pratiquées ; 9,15 % des gens se sont avérés être des tuberculeux.

5° Non seulement la tuberculose en T.F.A.I. est très fréquente, puisque tous les renseignements épidémiologiques se recourent pour don-

ner un chiffre de 10 % environ de tuberculeux, mais encore la tuberculose rencontrée est *qualitativement grave*. En effet, 36 % des tuberculoses pulmonaires sont étendues et très étendues, donc très hautement contagieuses et, pour la plupart, inguérissables — nos traitements n'ayant pour seul effet que d'empêcher la mort et de transformer ces malades en chroniques toujours contagieux.

\*\*\*

Je pense que ces quelques chiffres auront persuadé que le problème de la tuberculose en T.F.A.I. est très préoccupant, sinon dramatique.

Quelles sont les raisons de cet état de fait ? Pour les comprendre, il faut avoir à l'esprit que la tuberculose :

— est une maladie contagieuse (contagion interhumaine) ;

— qu'elle est longtemps cliniquement muette et que, seuls, des examens systématiques permettent de la dépister au stade infra-clinique, stade où les lésions sont facilement guérissables ;

— que, pour la guérir, il faut un traitement *régulier* (18 mois minimum) ;

— que ce traitement doit s'accompagner de *repos* et d'une alimentation équilibrée.

Or, nous trouvons en T.F.A.I. :

— contagiosité maximum par contagés massifs et méconnaissance des règles les plus élémentaires d'hygiène ;

— dépistage tardif de formes très étendues ;

— irrégularité dans le traitement le plus souvent ambulatoire, donc sans repos, et intervenant chez des dénutris.

Nous allons passer en revue les causes principales qui concourent à faire de la tuberculose en T.F.A.I. un fléau. Artificiellement, nous distinguerons des causes socio-économiques, climatiques, géographiques, sociales, psychologiques et culturelles, toxiques (toxicomanie par le kât).

### I. - CAUSES SOCIO-ÉCONOMIQUES

Ce sont les plus importantes et elles sont communes à tous les pays en voie de développement. La misère fait le lit de la tuberculose.

I,1. *Le taudis* insalubre où l'entassement procure un contage massif.

I,2. *La faim* est une cause de débilitation notable prédisposant à contracter la maladie (chez les enfants) et gênant la guérison des malades.

I,3. Dans une nouvelle de S. Maugham on demande à un malade : « Que faites-vous de vos journées ? » Il répond : « Ne pensez-vous pas qu'être tuberculeux soit une occupation suffisante ? » Bienheureux tuberculeux ! Car, en T.F.A.I., la préoccupation capitale du tuberculeux sera de *poursuivre son travail*, même si la maladie nécessite du repos. De plus, si la poursuite du traitement est incompatible (horaire, éloignement du lieu de travail) avec la profession, le malade choisira toujours d'abandonner le traitement.

I,4. En effet, dans le cas où la tuberculose exige une hospitalisation, elle conduira le plus souvent à la *perte de l'emploi*, donc à un accroissement de la misère.

I,5. Les malades aliénés par la misère, n'ayant pour seul objectif que la survie biologique, seront *imperméables à tout effort d'éducation sanitaire* : éducation sanitaire pourtant indispensable pour permettre un dépistage précoce, empêcher la dissémination de la maladie, et, plus encore, pour la discipline dans la poursuite du traitement. « Ventre affamé n'a pas d'oreilles ».

### II. - LES CAUSES CLIMATIQUES

Celles-ci interviennent de deux façons :

II,1. La rigueur du climat est un facteur aggravant de la tuberculose ;

II,2. Mais, surtout, la chaleur de l'été entraîne l'exode d'une partie des malades vers la brousse, où ils rencontrent des conditions climatiques plus favorables, mais ils interrompent alors leurs traitements.

### III. - CAUSES GÉOGRAPHIQUES

La moitié de la population est en brousse, où elle nomadise par petits groupements (familiaux) et, *le plus souvent, dans des régions inaccessibles par la route*. Cette situation suscite bien des difficultés dans le dépistage, la vaccination B.C.G. et dans le traitement des malades, traitement le plus souvent insuffisant et incontrôlé.

### IV. - CAUSES RACIALES

IV,1. Il s'agit d'une *race nomade* et nous ne nous étendrons pas à nouveau sur les difficultés que le nomadisme crée dans la lutte anti-tuberculeuse.

IV,2. Par contre, *le problème des étrangers* nous retiendra plus longtemps. Il est, en effet, capital. On estime à 30 %, au minimum, le nombre de tuberculeux venant des territoires limitrophes.

Il s'agit, le plus souvent, de malades ayant des lésions très étendues, donc hautement contagieux : ils seront une source de contamination supplémentaire très importante pour les Djiboutiens.

D'autre part, hospitalisés, ils diminuent la durée d'hospitalisation des originaires du territoire d'un tiers environ.

Enfin, traités à titre externe, ils grèvent d'une façon importante un budget à peine suffisant.

#### IV,3. *Les Afars.*

Parmi les malades dépistés, en 1965, à Djibouti, on ne trouve que 10 % d'Afars. Cela s'explique, en partie, par le fait qu'ils sont minoritaires à Djibouti et, surtout, parce qu'ils préfèrent être traités sur leur territoire (on note actuellement plus de 500 tuberculeux fichés à

Tadjoura et à Obock). En outre, ils sont en majorité nomades et s'astreignent difficilement à un traitement long et prolongé.

#### V. - LA TOXICOMANIE PAR LE KAT

Il s'agit là d'un facteur aggravant non négligeable. Cet euphorisant de type amphétamine agit sur la morbidité tuberculeuse, car :

— *anorexiant*, il empêche une alimentation suffisante, nécessaire chez les tuberculeux ;

— *excitant*, il supprime le repos indispensable ;

— déclenche des troubles digestifs chez des malades déjà soumis à une chimiothérapie, capable par elle-même de donner les mêmes troubles ;

— *grève lourdement des budgets* déjà trop faibles et accentue la misère.

#### VI. - CAUSES PSYCHOLOGIQUES ET CULTURELLES

VI.1. *L'instabilité* est une caractéristique essentielle. Ce « nomadisme psychologique » explique que le malade se plie très difficilement à un traitement qui, pour être efficace, doit être régulier, complet et prolongé. On estime à 50 % minimum l'absentisme dans les traitements.

VI.2. Le malade est, le plus souvent, *sous-éduqué*. Aussi :

— il méconnaît *les règles les plus élémentaires de l'hygiène* et répand généreusement, avec ses crachats, la maladie dans son entourage ;

— il viendra *trop tard se faire dépister*, car il ignore que la tuberculose est une maladie longtemps muette que, seuls, des examens systématiques radiologiques permettront de dépister à temps ;

— enfin *traité*, et ne présentant plus de

signes cliniques, il s'estime guéri et ne voit pas l'intérêt de poursuivre son traitement.

VI.3. Il s'agit d'une population habituée à des *conditions de vie dures*, qui ne viendra consulter que lorsqu'elle présentera des symptômes cliniques importants, en rapport avec une maladie très évoluée, souvent au-dessus de toutes les ressources thérapeutiques.

VI.4. Enfin, *le problème du langage* nous semble capital :

a) Non seulement, parce que le malade et le médecin ne sont pas susceptibles d'avoir ce « colloque singulier » nécessaire à d'efficaces relations ;

b) Mais encore, parce que la maladie n'a pas pour eux la même signification. Lévi-Strauss, dans *Tristes Tropiques*, Michel Foucault, dans *Les mots et les choses*, les structuralistes ont bien montré cette différence de signification selon les structures.

\*  
\*\*

Les causes concourant à faire de la tuberculose en T.F.A.I. un fléau sont donc multiples. Sont-elles pour autant inaccessibles à notre effort ? Non, si nous avons le courage de le poursuivre dans ces trois domaines :

1° *Politique*, pour résoudre le problème des étrangers ;

2° *Social et économique* : c'est un problème de gouvernement ;

3° *Technique* : c'est celui qui nous est impartit :

— effort constant et vaste d'éducation sanitaire ;

— prévention par campagnes massives de vaccination B.C.G. ;

— dépistage précoce par examens radiographiques systématiques ;

— traitement surveillé, contrôle adapté ;

— isolement des malades contagieux.

Médecin-Colonel Yves CONSTANT.