

LES NOUVEAUX QUART-MONDAINS DU TIERS-MONDE

J-L. PERRET, M. SANE, P.S. MBAYE, F. FALL, M. DIOP, J-F. JOUSSEAUME

RESUME • Quatre observations cliniques de ressortissants français installés au Sénégal et se trouvant en situation de précarité illustrent les expressions pathologiques de cette condition relativement nouvelle sur place. Un sujet de 37 ans présentait un tableau pseudo-embolique rapporté à des localisations pulmonaires d'une infection staphylococcique cutanée négligée. Un homme de 64 ans était hospitalisé pour une décompensation cardiaque révélant une profonde anémie par malnutrition. Un patient de 50 ans présentait une rechute thermique avec troubles de la conscience après évolution initiale favorable d'un neuropaludisme, épisode finalement rattaché à un delirium tremens. Un sujet de 25 ans était hospitalisé après deux semaines d'évolution d'une probable méningo-encéphalite d'inoculation. Tous ces patients étaient installés au Sénégal depuis plusieurs mois et avaient rompu avec leurs attaches métropolitaines. Sans ressources, parfois sans domicile, ils ne s'alimentaient plus correctement et ne pouvaient se procurer de médicaments. Avec des formalités d'entrée simplifiées pour les européens et le faible coût des vols y conduisant, le Sénégal, outre son flux de touristes séjournant dans le cadre de voyages organisés, héberge une frange marginale mais apparemment croissante de voyageurs en situation précaire. Leur rejet affirmé de leur milieu d'origine conduit à un isolement qui va aggraver tout problème de santé et gêner leur prise en charge par les autorités consulaires.

MOTS-CLES • Expatriés - Pauvreté - Sénégal - Carences.

NEW EXPATRIATE POORS IN THE THIRD WORLD

ABSTRACT • This report describes four cases involving French expatriates who developed serious health problems while living destitute in Senegal. A 37-year-old man presented with embolism-like symptoms in relation with lung involvement due to spreading of untreated staphylococcal skin infection. A 64-year-old man was admitted for high output cardiac failure secondary to severe anemia caused by malnutrition. A 50-year-old man presented recurrent fever with loss of consciousness after successful treatment of neuromalaria and finally attributed to delirium tremens. A 25-year-old man was hospitalized with presumed meningococcal meningitis that had been ongoing for two weeks. All four patients had been in Senegal for several months and had cut all ties to mainland France. Being jobless and homeless, they had been unable to obtain proper nutrition or medications. With minimal entry requirements and low-cost air travel, Senegal has become a common sight-seeing destination and has developed a small but apparently growing population of destitute travelers. Alienation from the home community and resulting seclusion enhance clinical consequences and delay intervention by foreign service officials.

KEY WORDS • Expatriates - Poverty - Senegal - Deficiencies.

Med. Trop. • 2000 • 60 • 375-377

Le célèbre néologisme « tiers-monde » créé par Alfred Sauvy comme outil de description géopolitique est devenu synonyme de précarité socio-économique à l'échelle de pays entiers. Conçue dans cette même veine, l'expression « quart-monde » s'applique aux individus les plus défavori-

sés par rapport aux standards nationaux, aussi bien dans les pays pauvres que dans les pays développés. La réalité sociologique qu'elle recouvre englobe des ressources insuffisantes, l'absence de logement, une disqualification sociale et souvent la perte des droits d'accès au système de santé. Les praticiens travaillant en Afrique rencontrent usuellement dans leur clientèle « expatriée » des sujets au statut social privilégié pourvus d'une couverture sanitaire adéquate permettant de prendre en charge tous leurs soins, voire un rapatriement. L'accessibilité de certains pays africains autorise cependant, outre le flux de touristes évoluant dans un encadrement protégé et stéréotypé qui les apparente à cette première catégorie, l'installation de migrants européens dont les moyens ne sont pas toujours à la hauteur des projets qui ont inspiré leur voyage. Ceux-ci peuvent alors se retrouver dans des situa-

• Travail des Services Médicaux (J.L.P., Professeur Agrégé du SSA, Chef des Services Médicaux ; M.S., P.S.M., Spécialistes des Hôpitaux des Forces Armées Sénégalaises ; F.F., Assistante des Hôpitaux des Forces Armées Sénégalaises) de l'Hôpital Principal de Dakar ; de SOS-Médecin Dakar (M.D. Médecin, Directeur) et de l'Ambassade de France (J.F.J., Médecin du SSA, médecin-chef du centre médico social), Dakar, Sénégal.

• Correspondance : J-L. PERRET, Services médicaux, Hôpital Principal, BP 3006, Dakar, Sénégal • Fax : 00 221 839 50 88 • e mail : jlperret@refer.sn •

• Article reçu le 15/02/2000, définitivement accepté le 22/12/2000.

tions pathologiques parfois déroutantes pour le clinicien et toujours problématiques pour les autorités consulaires. L'exemple de quelques cas significatifs rencontrés au Sénégal donne l'occasion de mettre l'accent sur ces nouvelles « complications pathologiques » de l'expatriation.

OBSERVATIONS

Observation 1.

Mr B.L., 37 ans, caucasien, de nationalité française, vivant au Sénégal depuis 7 mois, était hospitalisé à l'Hôpital Principal de Dakar le 1^{er} novembre 1998 pour un syndrome douloureux thoracique apparu brutalement. Ce patient de 61 Kg pour 1,80 m avait été victime le 12 septembre d'un accident de la circulation responsable d'une fracture ouverte du pied droit avec important délèbrement musculo-cutané compliqué d'une surinfection au huitième jour. Il se plaignait cette fois d'une violente douleur basithoracique droite inhibant l'inspiration sans anomalies auscultatoires. La température était à 39°C. La plaie du pied était propre mais on notait sur la fesse droite un abcès ouvert à la peau. La normalité de la gazométrie, du cliché thoracique, de l'échographie cardiaque, de l'examen Doppler des veines des membres inférieurs et de l'échographie hépatique écartaient les hypothèses initiales de maladie thrombo-embolique, de pleurésie ou d'abcès hépatique. Il existait une leucocytose à 14 000/mm³ dont 82 p. 100 de neutrophiles. Une tomodynamométrie thoraco-abdominale objectivait de multiples micronodules sous-pleuraux dont certains, à la base du poumon droit, étaient excavés. Les hémocultures revenaient positives pour un staphylocoque doré, confirmant le diagnostic de septico-pyohémie avec essaimage pulmonaire.

L'enquête sociale établissait que ce patient s'était installé au Sénégal avec l'intention de monter une entreprise de transport routier après avoir rompu toute attache avec la métropole où il exerçait la profession d'éducateur. Rapidement mis en faillite, hébergé dans une famille locale, se nourrissant mal, il perdait une quinzaine de kilos. Ne pouvant se procurer les antibiotiques prescrits après son traumatisme, il avait également négligé l'abcès de la fesse droite qui témoignait vraisemblablement de la diffusion de l'infection staphylococcique. Le consulat prenait en charge l'hospitalisation et son retour en France après qu'une amélioration permettant une déambulation suffisante ait été obtenue.

Observation 2.

Mr R.B., 64 ans, caucasien, de nationalité française, ayant vécu en Afrique australe une dizaine d'années puis au Sénégal depuis deux ans, est hospitalisé le 7 décembre 1999 pour une dyspnée d'effort d'intensité progressivement croissante depuis un mois. On avait la notion d'une hypertension artérielle et d'un diabète insulino-dépendant connus depuis 10 ans, mais négligés. A l'entrée, ce patient de 95 Kg pour 1,70 m présentait un tableau d'insuffisance cardiaque globale dont l'évolution sera rapidement favorable sous diurétiques et anti-hypertenseurs. Il existait par ailleurs une anémie normochrome normocytaire à 7,2 g/100 ml avec neutrophiles à 4 500/mm³ et plaquettes à 174 000/mm³. Au quatrième jour, on enregistrerait un taux de réticulocytes élevés à 13 p. 100 alors que le fer sérique était à 0,77 mg/L pour une transferrine saturée à 26 p. 100. Il n'y avait pas de syndrome inflammatoire, la recherche d'hématozoaires et le test de Coombs direct étaient négatifs. Le malade, qui ne consommait pas d'alcool, expliquait alors qu'il se nourrissait depuis deux mois uniquement de pain et qu'il avait repris une alimentation normale à l'hôpital. On interprétait donc cette crise réti-

culocytaire comme indicative de la correction d'une anémie par carence, sans doute multifactorielle, qui avait pu d'ailleurs jouer un rôle dans la décompensation cardiaque.

Ce patient, chef de chantier, n'avait pas retrouvé de contrat depuis plusieurs mois et s'était trouvé totalement démuné, d'autant plus qu'il s'obstinait à entretenir un élevage de 19 chiens dont il n'a jamais pu placer un exemplaire. Un fils vivant en France prendra en charge son hospitalisation et les prescriptions, tout en le pressant sans succès de rentrer en métropole.

Observation 3.

Mr O.V., 50 ans, caucasien, de nationalité française, au Sénégal depuis 9 mois, était hospitalisé le 23 octobre 1998 pour un accès palustre à *Plasmodium falciparum*. Il se présentait dans un tableau de coma avec hypoglycémie alors que 13 p. 100 des hématies étaient parasitées. L'hémoglobine était à 8,7 g/100 ml et la fonction rénale normale. Sous quinine, l'amélioration était rapidement favorable avec reprise de la conscience à la douzième heure et normalisation de la température à la 36^e heure. Au troisième jour, on assistait cependant à une réascension thermique avec tachycardie, sueurs, désorientation temporo-spatiale et propos incohérents. La densité parasitaire n'était plus qu'à 0,25 p. 100 et la glycémie restait maintenue à des niveaux satisfaisants par apport parentéral. Une ponction lombaire montrait un LCR clair de composition normale. Il n'y avait pas d'arguments pour une infection bactérienne associée et la sérologie VIH était négative. L'interrogatoire de l'entourage confirmait la notion d'un éthylisme conduisant au diagnostic de delirium tremens dont aura raison une majoration des apports hydrosodés associée à des sédatifs.

L'enquête sociale révélait que ce patient avait brutalement rompu avec sa famille et vendu un cabinet libéral parfaitement rentable afin de monter une affaire de pêche au gros pour touristes au Sénégal, concrétisant ainsi un « rêve d'enfant ». Mis en faillite après quelques mois, il avait considérablement augmenté sa consommation d'alcool alors qu'il était hébergé par un des ses anciens employés, partageant le gîte et le couvert d'une famille pauvre de la banlieue de Dakar. Il sera rapatrié par le service social du consulat.

Observation 4.

Mr R.I., 25 ans, caucasien, de nationalité française, vivant en zone rurale au sud du Sénégal depuis 18 mois, était hospitalisé le 31 août 1999 dans un tableau de méningo-encéphalite fébrile évoluant depuis une quinzaine de jours en dépit d'un traitement antipaludique. A l'arrivée, ce patient déshydraté et dénutri (59 Kg ; 1,75 m), qui venait de présenter deux crises convulsives, était obnubilé mais n'avait pas de signes de localisation à l'examen neurologique. Si une tomodynamométrie cérébrale était normale, le LCR se caractérisait par une hypercytose lymphocytaire avec hyperprotéinorachie sans hypoglycorachie. Les plaquettes sanguines étaient fortement abaissées à 8 000/mm³, sans manifestations hémorragiques. Des recherches d'hématozoaires sur frottis restaient négatives. Il existait par ailleurs une cytolysse à 3N avec un TP à 50 p. 100 sans hypoglycémie. La sérologie VIH était négative. La découverte au niveau de la cheville gauche d'une tache noire compatible avec une lésion d'inoculation conduisait à l'administration de cyclines dans l'hypothèse d'une borréliose ou d'une rickettsiose. Ce traitement entraînait une sédation de la fièvre, une correction de la thrombopénie et des anomalies du LCR, mais le patient devait demeurer profondément asthénique pendant plusieurs semaines. Perdu de vue après son retour en France, on ne disposait pas de résultats sérologiques complémentaires.

Ce sujet avait décidé de quitter la France à la suite d'un échec universitaire. Accompagné de son épouse, il avait acquis un terrain isolé en Casamance dans l'intention d'y vivre en autosuffisance du produit de ses cultures et élevages. Dépourvu de toute couverture sanitaire institutionnelle, il recourait au début de sa maladie aux praticiens et au dispensaire local, s'étonnant de ne pas être pris en charge par l'ambassade. Sa famille devra contracter un emprunt afin de couvrir ses frais d'hospitalisation et de rapatriement.

DISCUSSION

Ces quatre patients ont présenté des tableaux sévères exacerbés par un délai exagéré de recours aux soins et un contexte de malnutrition en rapport avec une perte de revenus. La pauvreté est bien connue pour pouvoir entraîner des carences vitaminiques responsables de béribéri (1), d'anémies mégalo-blastiques (2), de pellagre (3), de scorbut (4) de même que des déficits en fer, en zinc et en divers oligoéléments (5, 6). Ces carences diminuent la résistance à de nombreux agents infectieux, mais les personnes en situation de grande précarité vivant dans les pays développés sont également exposées à des infections particulières comme la fièvre des tranchées (7). En Afrique, le manque de ressources peut réduire la sécurité prophylactique du voyageur européen tant par les impasses faites sur les vaccinations et la prévention antipaludique que par une détérioration globale du niveau d'hygiène individuelle. De tels sujets sont donc particulièrement exposés aux maladies du péril fécal et aux infections à pénétration cutanée, dont le paludisme. La répétition de ces épisodes va aggraver les effets de la sous-alimentation dans un cercle vicieux rapidement débilisant.

Outre les facteurs économiques, une réticence aux contacts avec leurs concitoyens a participé au retard de prise en charge de ces malades. Un rejet de l'environnement socio-familial est manifeste chez ces quatre patients, soit dans la dramatisation du départ, soit par un refus de l'aide ultérieurement proposée. L'installation dans la pauvreté peut être facilitée par des phénomènes psychologiques à type de refus agressif des autres en l'absence de toute détérioration intellectuelle, même chez des sujets avec un passé de réussite socioprofessionnelle incontestable (8). Des projets apparemment mûris avaient présidé à la décision d'émigration de ces sujets, mais le manque de rigueur dans la concrétisation des installations et l'absence de toute option de rapatriement en cas d'échec font plus les témoins d'une « fuite en avant » que d'un professionnalisme d'entrepreneurs, conférant à ces mésaventures certains caractères des « voyages pathologiques » (9). La déconvenue du jeune couple devant l'absence de dispositif d'aide automatique traduit une immaturité certaine. Le « panache » d'un « nouveau départ » peut donc recouvrir une fragilité qui se manifesterait éventuellement par une grande passivité devant la mise en danger de sa propre vie.

Le service social du Consulat Général de France à Dakar enregistre depuis quelques années une augmentation du nombre de ressortissants français en situation précaire sur le territoire sénégalais. Il s'agit de sujets ayant « importé » leur pauvreté ou qui, comme dans ces quatre observations, en ont

été victimes sur place. Leur existence se révèle volontiers à l'occasion d'accidents ou de maladies, alors qu'ils n'ont pas de couverture sanitaire ou de contrat de rapatriement. Le Sénégal est l'un des rares pays africains à ne pas exiger de visa préalable pour les voyageurs européens. Ce pays constitue d'ailleurs la première destination du flux touristique français vers l'Afrique. À 6 heures d'avion de Paris, il est accessible à bon marché grâce à une profusion d'offres *charter*. Par ailleurs, il existe en France une forte communauté sénégalaise qui sait se faire l'ambassadrice d'un pays emprunt d'un savoir-faire éprouvé en matière d'accueil, même si celui-ci n'est pas toujours désintéressé. Deux de nos patients avaient ainsi eu en métropole « l'inspiration » de montages commerciaux qui se sont révélés bien suspects d'escroquerie. Sur place, il est facile pour un européen de se faire héberger dans une famille locale contre une pension d'autant plus modique que la famille et les prestations sont modestes, formule désignée avec humour par les autochtones comme du « tourisme intégré ». En revanche, il n'existe pas de dispositif institutionnel spécifique pour venir en aide à de tels sujets. Le service social du Consulat Général doit réagir au coup par coup en fonction des éventuelles cautions financières des familles et/ou relations restées en métropole. Par ailleurs, les représentations des grands organismes caritatifs trouvent suffisamment de nationaux défavorisés pour affecter toute leur aide.

Ces nouveaux pauvres du voyage peuvent donc sombrer dans un « quart-monde » qui n'est pas plus clément sous les tropiques en dépit de la réputation qu'on a voulu faire à la misère d'être « moins pénible au soleil ». Sans recours institutionnels, avec une vulnérabilité psychologique particulière et des tableaux cliniques exprimant des effets directs ou indirects d'une malnutrition, leur situation doit être envisagée dans tous ces aspects, aussi bien par le médecin que par l'autorité consulaire qui doivent faire face à ce nouveau type de sollicitation.

REFERENCES

- 1 - DJOENAI W., NOTERMANS S.L., VERBEEK A.L. - Subclinical beriberi polyneuropathy in the low income group: an investigation with special tools on possible patients with suspected complaints. *Eur. J. Clin. Nutr.* 1996; **50**: 549-555.
- 2 - OLGATI M.L., MOMBELLI G. - Megaloblastic anemia: 30 cases in a district hospital. *Schweiz. Med. Wochenschr.* 1995; **125**: 113-119.
- 3 - BOLLETA J. - Politics and pellagra: the epidemic of pellagra in the US in the early twentieth century. *Yale J. Biol.* 1992; **65**: 211-221.
- 4 - JUKES T.H. - The prevention and conquest of scurvy, beriberi and pellagra. *Prev. Med.* 1989; **18**: 877-883.
- 5 - MARGO G., BARONI Y., GREEN R., METZ J. - Anemia in urban underprivileged children. Iron, folate and vitamin B12 nutrition. *Am. J. Clin. Nutr.* 1977; **30**: 947-954.
- 6 - PRASAD A.S. - Zinc deficiency in women, infants and children. *J. Am. Clin. Nutr.* 1996; **15**: 113-120.
- 7 - MAURIN M., RAOULT D. - *Bartonella (Rochalimaea) quintana* infections. *Clin. Microbiol. Rev.* 1996; **9**: 273-292.
- 8 - CLARK A.N., MANKIKAR G.D., GRAY I. - Diogenes syndrome. A clinical study of gross neglect in old age. *Lancet* 1975; **i**: 366-368.
- 9 - SAUTERAUD A., HAJJAR M. - Troubles psychotiques: fréquence plus élevée lors des voyages en Asie. *Presse Med.* 1992; **21**: 805-810.