

SÉNAT

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 1974-1975

Annexe au procès-verbal de la séance du 11 septembre 1975.

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la Commission des Affaires sociales à la suite d'une mission d'information accomplie du 31 janvier au 8 février 1975 dans le Territoire français des Afars et des Issas pour y étudier certains aspects des problèmes sanitaires et hospitaliers,

Par MM. Eugène ROMAINE, André BOHL, Marcel GARGAR,
Rémi HERMENT, Hubert MARTIN,

Sénateurs.

(1) Cette commission est composée de : MM. Marcel Souquet, président ; Lucien Grand, Jacques Henriot, Bernard Lemarié, Hector Viron, vice-présidents ; Mlle Gabrielle Scellier, MM. Charles Cathala, Georges Marie-Anne, Jean Mézard, secrétaires ; Hubert d'Andigné, André Aubry, Hamadou Barkat Gourat, André Bohl, Louis Boyer, Lionel Cherrier, Georges Dardel, Michel Darras, Jean Desmarets, François Dubanchet, Fernand Dussert, Marcel Gargar, Jean Gravier, Louis Gros, Rémi Herment, Michel Labèguerie, Edouard Le Jeune, Hubert Martin, Marcel Mathy, Jacques Maury, André Méric, Michel Moreigne, Jean Natali, André Rabineau, Ernest Reptin, Victor Robini, Eugène Romaine, Pierre Sallenave, Robert Schwint, Albert Sirgue, Bernard Talon, Henri Terré, René Touzet, Amédée Valeau, Jean Varlet, Raymond de Wazières.

Protection sanitaire et sociale. — Territoire des Afars et des Issas - Rapport d'information.

SOMMAIRE

	Pages.
Présentation	3
Programme de la mission	6
CHAPITRE PREMIER. — Rappel de quelques précisions d'ordre géographique et historique sur le territoire. — Son statut actuel	9
A. — Géographie physique, humaine et économique.....	9
B. — Histoire et statut actuel.....	11
CHAPITRE II. — La santé publique	12
A. — Problèmes généraux.....	12
I. — L'organisation générale des services et l'état sanitaire du territoire.....	12
II. — Le personnel et le budget de la santé.....	13
III. — Le service d'hygiène et d'épidémiologie.....	15
IV. — La protection maternelle et infantile.....	16
V. — La lutte antituberculeuse.....	16
VI. — Les dispensaires urbains.....	17
VII. — La médecine rurale.....	18
VIII. — Le service de santé militaire.....	19
B. — Un problème spécifique : l'hôpital territorial Peltier.....	20
I. — Il est à la fois le seul recours des grands malades et la plate-forme centrale de toutes les activités médicales....	21
II. — Il fonctionne dans des conditions qui ne peuvent plus être tolérées.....	22
III. — Il est indispensable et urgent de reconstruire l'hôpital...	23
C. — Le service médical interentreprises.....	24
D. — La caisse des prestations sociales.....	27
Conclusions	30

Mesdames, Messieurs,

Bien que les problèmes généraux du Travail, de l'Éducation et de la Santé publique relèvent pour l'essentiel de la compétence des autorités locales, par application des dispositions contenues dans les articles 22, 31 et 38 de la loi n° 67-521 du 3 juillet 1967 relative à l'organisation du Territoire français des Afars et des Issas, partiellement modifiée par la loi n° 72-1224 du 29 décembre 1972, votre Commission des Affaires sociales aurait cru faillir à sa mission en laissant sans suite la proposition qui lui avait été faite par diverses autorités du Territoire, à l'automne de 1974, d'aller s'informer sur place de la réalité de certains problèmes sanitaires et hospitaliers. Aussi prit-elle la décision de principe le 30 octobre 1974, en la confirmant le 4 décembre, de demander au Sénat l'octroi des pouvoirs nécessaires à l'accomplissement d'une telle mission ; la Haute Assemblée voulut bien, dans sa séance du 20 décembre, faire droit à cette requête.

La période choisie fut celle du 31 janvier au 8 février et, compte tenu de l'indisponibilité du Président Souquet, la délégation recevait la composition suivante :

MM. Eugène Romaine, Sénateur de la Creuse, Président ; André Bohl, Sénateur de la Moselle ; Marcel Gargar, Sénateur de la Guadeloupe ; Rémi Herment, Sénateur de la Meuse ; Hubert Martin, Sénateur de Meurthe-et-Moselle.

M. Jacques Bloch, Administrateur des Services législatifs du Sénat, accompagnait la délégation.

*
* *

Sans plus attendre, votre commission tient à rendre le plus vif hommage et le témoignage de sa gratitude aux personnalités qui ont apporté, au prix d'une lourde surcharge de leur emploi du temps, leur concours au parfait déroulement de sa mission, à l'accueil et souvent à l'agrément du séjour des Sénateurs qui l'ont accomplie.

Faute de pouvoir les citer tous, nous mentionnerons tout particulièrement :

— M. Christian Dablanc, Haut-Commissaire de la République française dans le Territoire français des Afars et des Issas, et Mme Dablanc ;

— M. Jean Froment, Haut-Commissaire Adjoint ;

— M. Ali Aref Bourhan, Président du Conseil du Gouvernement et Mme Ali Aref Bourhan ;

— MM. Vincent Dell'Aquila, Ahmed Assan Liban, Abdoulkader Waberi Askar et Elaf Arbiss Asi, respectivement Vice-Président de la Chambre des Députés du Territoire français des Afars et des Issas, Président de la Commission permanente, de la Commission des Finances et de la Commission des Affaires sociales de cette Assemblée ;

— M. Chehem Daoud Chehem, Ministre de la Santé publique ;

— M. Ibrahim Ahmed Bourale, Ministre du Travail ;

— M. le Médecin général Max Charpin, Directeur de la Santé publique : avec compétence et efficacité, il a été notre guide de chaque instant ;

— M. le docteur Gelot, Directeur du Service médical inter-entreprises et Madame Gelot ;

— les Chefs de districts et Commandants de Cercle, auxquels leurs épouses étaient parfois associées pour notre accueil : malgré le caractère souvent limité des moyens matériels dont ils disposaient, ils ont rivalisé d'ingéniosité pour rendre notre séjour dans les diverses circonscriptions du Territoire à la fois instructif et agréable ;

— les officiers du Service de santé des Armées détachés ou en service dans le Territoire français des Afars et des Issas, et les équipages de l'Aviation légère de l'Armée de Terre qui ont assuré nos déplacements à l'intérieur du Territoire.

Nous manquerions au plus élémentaire des devoirs en ne manifestant pas notre reconnaissance envers tous ceux, médecins, responsables administratifs, infirmiers et infirmières, laïques ou religieuses, qui, dans les hôpitaux, dans les dispensaires, dans les centres de soins, ont pris sur un temps précieux, pour assurer notre information sur les problèmes, les satisfactions mais aussi les difficultés qui sont leur lot quotidien.

Enfin, nous voudrions rendre un hommage justement mérité à notre collègue Sénateur du Territoire, M. Barkat Gourat Hamadou ; nous accompagnant dans la plupart de nos déplacements il a su, grâce à son sens aigu des relations humaines, faciliter nos contacts avec les autorités et surtout avec les populations du Territoire ; il a contribué pour une part prépondérante à les rendre féconds malgré leur brièveté.

Programme de la mission.

Les diverses Autorités du Territoire, agissant en accord avec M. le Secrétaire d'Etat aux Départements et aux Territoires d'Outre-Mer, avaient élaboré un projet de programme qui, après quelques rectifications de détail, fut accepté par les membres de la délégation. Il comprenait notamment les points suivants :

1. — *Vendredi 31 janvier.*

a) 4 heures : accueil de la délégation à l'aéroport.

b) Visites :

10 heures à M. le Haut-Commissaire Adjoint ;

10 h 30 à M. le Président du Conseil de Gouvernement ;

11 h 15 au Bureau de la Chambre des Députés ;

11 h 45 à M. le Ministre de la Santé publique ;

c) 20 h 30 : dîner officiel offert par M. le Haut-Commissaire au siège du Haut-Commissariat.

2. — *Samedi 1^{er} février.*

a) 9 heures : audience de M. le Haut-Commissaire de la République ;

b) 9 h 30 : visite de quelques formations sanitaires de la ville (dispensaires Farah-had, Pierre Pascal, Ambouli [Croix-Rouge], Lazaret, Service d'hygiène) sous la conduite du Directeur de la Santé et du Chef du District de Djibouti ;

c) 14 h 30 : départ pour le golfe du Goubet : hébergement au bungalow du Président du Conseil de Gouvernement.

3. — *Dimanche 2 février.*

Dans l'après-midi, retour du Goubet.

4. — *Lundi 3 février.*

Transport par hélicoptère.

a) 9 heures : départ pour Obock ;

Visite du dispensaire ;

11 heures : départ d'Obock pour Tadjoura ;
Déjeuner ;
Visite de l'hôpital ;

- b) Dans l'après-midi, retour à Djibouti ;
- c) 20 heures : dîner offert par le Sénateur Barkat Gourat.

5. — *Mardi 4 février.*

- a) 9 heures - 11 heures : visite du S. M. I. (Service médical inter-entreprises). Accueil par le Ministre du Travail ;
- b) 11 heures - 12 heures : visite du Centre médical militaire ;
- c) 15 h 30 : visite du Centre anti-tuberculeux Paul-Faure ;
16 heures - 17 h 30 : visite de l'hôpital Peltier ;
- d) 20 heures : dîner offert par le Ministre de la Santé publique.

6. — *Mercredi 5 février.*

Transport par la route.

- a) 8 heures : départ pour Ali-Sabieh ;
Visite du dispensaire ;
- b) 10 h 30 : départ d'Ali-Sabieh pour Dikhil ;
Déjeuner, vers 12 h 30, à la résidence du Commandant de Cercle ;
11 h 30 : visite de l'hôpital ;
- c) 16 heures : départ pour Sankal ;
— visite, à Sankal, du poste du G. N. A. (Groupement nomade autonome, pour son infirmerie notamment ;
— départ pour As Eyla ;
- d) Dîner et hébergement à As Eyla ;

7. — *Jeudi 6 février.*

- a) Vers 6 heures : départ par la route d'As Eyla pour le lac Abbé ;
- b) Vers 9 heures : départ du lac Abbé, par hélicoptère, pour Yoboki ;
A Yoboki : visite du dispensaire ;
Déjeuner ;
- c) Début d'après-midi : retour vers Djibouti, par hélicoptère ;
- d) 20 h 30 : dîner officiel à la résidence du Président du Conseil de Gouvernement.

8. — *Vendredi 7 février.*

- a) 9 heures - 11 h 30 : séance de travail à l'hôpital Peltier ;
- b) 12 heures : réunion avec la presse et la télévision ;
- c) 18 h 30 : cocktail au Haut-Commissariat en présence des principales Autorités du Territoire et des personnalités rencontrées au cours de la mission.

9. — *Samedi 8 février.*

0 h 50 : départ pour Paris.

*
* *

Il s'agit, on le voit, d'un programme à la fois complet et très judicieusement composé ; en réduisant dans toute la mesure du possible les fatigues et sujétions inhérentes à un tel type de voyages, il devait nous permettre de visiter un grand nombre d'installations, de nous entretenir avec de nombreux responsables des différents niveaux, d'entendre avec intérêt les exposés qu'ils ont bien voulu nous faire pour évoquer leurs satisfactions, leurs espoirs, leurs difficultés, leurs déceptions.

Plutôt que la relation pas à pas, nécessairement décousue et peut-être lassante de chacune de ces visites, de chacune de nos conversations, le Sénat préférera sans doute recueillir l'information synthétique que rend possible un exposé plus méthodique sur la situation sanitaire et certains points de la situation sociale dans le Territoire français des Afars et des Issas, étant entendu que la délégation s'est, de propos délibéré, cantonnée à l'aspect technique des choses et, sans pour autant les ignorer, tenue à l'écart des questions plus purement politiques.

CHAPITRE PREMIER

Rappel de quelques précisions d'ordre géographique et historique sur le Territoire. — Son statut actuel.

A. — GÉOGRAPHIE PHYSIQUE, HUMAINE, ÉCONOMIQUE

Le Territoire français des Afars et des Issas est situé sur la côte orientale de l'Afrique, Djibouti se trouvant à 5 600 kilomètres de Paris.

Il est limité à l'Est par la mer Rouge et le golfe d'Aden, au Nord, à l'Ouest et au Sud-Ouest par l'Éthiopie, au Sud-Est par la République de Somalie.

Sa surface est de 23 000 kilomètres carrés ; son relief, souvent montagneux et d'origine volcanique, varie de 2 000 à — 150 mètres ; au point de rencontre de plusieurs directions de fractures de l'écorce terrestre, dans la zone d'effondrement de l'Afar et de la mer Rouge, une partie non négligeable du Territoire, à Djibouti même et au lac Assal notamment, est en effet située au-dessous du niveau de la mer ; son climat est chaud, marqué en été par un très fort degré hygrométrique ; les pluies y sont rares (26 jours par an en moyenne avec moins de 25 millimètres d'eau sur la côte ; 500 millimètres en zones montagneuses). Cela explique les caractères d'une végétation de type désertique ; seules les chaînes basaltiques du Nord ont une couverture végétale permanente.

La population peut être estimée à 210 000 habitants en 1974, dont les deux tiers sont concentrés à Djibouti (90 000 habitants en titre et 23 000 hébergés en 1972), les autres villes et bourgs (Obock, Tadjourah, Ali Sabieh, Dikhil, Arta, Hol Hol, Randa) groupant approximativement 18 000 habitants. Le reste de la population se répartit à travers les diverses tribus nomades du Territoire.

La densité moyenne de la population est de 8,7 habitants au kilomètre carré. Le taux moyen de croissance étant de 6 %, Djibouti comptera en 1984 220 000 habitants.

Les deux principaux groupes ethniques sont les Afars et les diverses tribus d'origine somali, dont les Issas constituent le noyau le plus nombreux et le plus anciennement installé dans le Territoire. On compte en outre plus de 20 000 Arabes et de 10 000 Européens ou assimilés.

En simplifiant, on peut dire que les Afars occupent les trois quarts du Territoire, alors que les Somalis se concentrent dans le Sud, à l'Est de Dikhil. A raison de 92 %, la population est de religion musulmane ; on rencontre aussi 6 % de catholiques, 1 % d'orthodoxes, 1 % de protestants.

Du point de vue économique et très schématiquement, on peut dire que le Territoire français des Afars et des Issas consiste pour l'essentiel en un port et un chemin de fer implantés dans un désert aride et torride. Là résident essentiellement les deux activités principales du Territoire :

— le chemin de fer franco-éthiopien qui, long de 784 kilomètres, relie Djibouti à Addis-Abeba et assure l'une des relations primordiales entre l'Ethiopie et l'extérieur ;

— le port de Djibouti, tête de ligne pour le transit ferroviaire vers l'Ethiopie, ancienne escale sur les lignes de l'Extrême-Orient ; il avait perdu beaucoup de son importance depuis la suppression de la quasi-totalité des transports maritimes de passagers et pendant la fermeture du canal de Suez.

Nous rappellerons, pour information, quelques chiffres sur l'activité du port en 1970 :

— exportations : 6 000 tonnes pour une valeur de 2 100 millions de francs Djibouti (1) ;

— importations : 106 000 tonnes, pour une valeur de 8 100 millions de francs Djibouti.

En provenance d'Ethiopie, les exportations ont atteint 128 700 tonnes en 1973, cependant que les importations en transit vers ce pays ont représenté, la même année, un volume de 214 200 tonnes.

Il est difficile de prévoir avec précision les perspectives d'avenir du port de Djibouti, tributaire des aléas qui affectent l'ensemble des transports maritimes dans le monde, et dans cette partie du monde ; mais il peut être considéré comme l'un des ports modernes de la mer Rouge et l'océan Indien, avec notamment 1 800 mètres de quais, huit postes d'accostage, un poste pétrolier, une usine frigorifique comportant deux tunnels de congélation, trois réservoirs de distribution d'eau. En 1972, on enregistra plus de 1 000 mouvements de navires.

(1) 1 franc Djibouti vaut approximativement 0,025 F.

B. — HISTOIRE ET STATUT ACTUEL

La présence française dans cette partie de l'Afrique orientale date du Traité du 4 mars 1862 signé à Paris avec les chefs Danakils (Afars) de la région d'Obock.

L'ouverture du canal de Suez en 1869 incite plusieurs compagnies françaises à s'établir à Obock.

Après la signature de nouveaux traités avec les Danakils (1884) et les Issas (1885), le chef-lieu du Territoire est transféré à Djibouti (1892) qui offre, avec une rade sûre, un accès plus aisé vers l'Ethiopie. C'est en 1896 que fut approuvé par l'Empereur Menelik II le projet de construction du chemin de fer Djibouti—Addis-Abeba. A l'origine société française concessionnaire, le chemin de fer franco-éthiopien est devenu depuis le traité du 12 novembre 1959 propriété à parts égales de l'Ethiopie et de la France. Le siège social de la Compagnie est à Addis-Abeba et son conseil d'administration comprend six Ethiopiens et six Français.

En 1946, la Côte française des Somalis reçoit le statut de Territoire d'Outre-Mer, avec création d'une Assemblée territoriale élue. La loi-cadre de 1956 ajoute au statut de 1946 un Conseil de Gouvernement chargé, sous la présidence du Chef du Territoire, de la gestion des affaires locales. Lors du référendum du 28 septembre 1958, l'Assemblée territoriale opte pour le statut de Territoire d'Outre-Mer.

Enfin, à la suite de la consultation de 1967, le maintien du Territoire au sein de la République l'emporte par 22 555 « oui » contre 14 666 « non » ; un nouveau statut résultant des dispositions de la loi n° 67-521 du 3 juillet 1967, modifiée par la loi n° 72-1224 du 29 décembre 1972, est appliqué au Territoire français des Afars et des Issas.

Aux termes mêmes du préambule de cette loi, celle-ci « instaure un statut établissant une large autonomie de gestion ». A la tête du Conseil de Gouvernement, élu à la majorité absolue par la Chambre des Députés du Territoire, responsable devant celle-ci et chargé de gérer les affaires du Territoire, son Président exerce le pouvoir réglementaire dans toutes les matières relevant des attributions du Conseil ; il est le chef des Services du Territoire (art. 20 à 24).

La Chambre des Députés comprend quarante membres élus pour cinq ans au suffrage universel direct ; elle prend des délibérations dans les matières énumérées par la loi (art. 31 et 32).

Le Territoire est divisé en cinq circonscriptions administratives : Djibouti, Ali Sabieh, Dikhil, Tadjourah et Obock ; il est représenté au Parlement par un Député et un Sénateur et désigne un représentant au Conseil économique et social.

La République est représentée dans le Territoire par un Haut-Commissaire nommé par décret en Conseil des Ministres et assisté par un Haut-Commissaire Adjoint.

Dépositaire des pouvoirs de la République pour les matières qui demeurent de la compétence d'Etat, le Haut-Commissaire promulgue les lois et les décrets après en avoir informé le Conseil de Gouvernement ; il assure leur exécution ainsi que le respect des libertés individuelles et des droits individuels et collectifs ; il veille à la légalité des actes des autorités territoriales.

L'aide technique et financière de l'Etat est désormais établie par voie contractuelle ; les modalités des concours de la Métropole aux investissements économiques et sociaux demandés par le Territoire et au fonctionnement des services territoriaux sont fixées, pour chaque opération, par des Conventions.

Telles sont, décrites dans leurs grandes lignes, les institutions du Territoire.

CHAPITRE II

La santé publique.

A. — PROBLÈMES GÉNÉRAUX

I. — *L'organisation générale des services et l'état sanitaire du Territoire.*

La Santé publique est, depuis l'entrée en vigueur de la loi du 3 juillet 1967, de la compétence des autorités territoriales et relève du Ministère de la Santé, sous l'autorité duquel se trouve placé le Directeur de la Santé publique, ce dernier étant en même temps Directeur interarmées du Service de Santé ; cela permet une utilisation optima des ressources sanitaires du Territoire.

Installés dans l'immeuble interministériel du Territoire, le Ministre et le Directeur de la Santé assurent la coordination des

organismes publics de prévention, d'hygiène et de soins, veillent à la formation du personnel non médical de la santé et aux relations avec les organismes internationaux ; ils contrôlent techniquement toutes les activités sanitaires dans le Territoire.

Les grandes endémies tropicales qui dominent la pathologie du continent africain sont pratiquement inconnues à Djibouti ; par contre, deux maladies pestilentielles y sont étroitement surveillées : la variole dont quelques cas sont signalés chaque année venant du Wollo et du Harrar où cette maladie existe à l'état endémique, et le choléra ; sur l'une des routes du pèlerinage de La Mecque, celui-ci est toujours potentiel et, au cours de la pandémie du vibrion El Thor, Djibouti a été touché du 23 juin au 16 août 1971.

Si amibiase et paludisme se manifestent, leurs proportions demeurent limitées ; les lépreux et bilharziens d'Ethiopie sont assez rares ; le trachome se rencontre chez les Arabes d'Ambouli ; fièvres typhoïdes, shigelloses, hépatites ictérogènes sont banales, comme les cirrhoses communes et les **anémies en relation avec la malnutrition qui est le grand problème et explique l'extraordinaire résistance de l'endémie tuberculeuse malgré une prévention importante** : plus de cent nouveaux tuberculeux sont dépistés chaque mois ; plus de 3 500 malades sont régulièrement traités, des dizaines de milliers de fiches de tuberculeux sont actuellement classées. Malgré toute la prudence avec laquelle il faut envisager le problème, car, à diverses reprises, un parallèle a été fait par divers interlocuteurs de votre délégation entre la consommation dans le Territoire de cette plante et celle de substances comme le tabac et surtout l'alcool dans la métropole, il faut convenir qu'*une consommation exagérée de khat n'est sans doute pas étrangère au déséquilibre alimentaire de la population, enfants surtout !*

II. — *Le personnel et le budget de la Santé.*

Pour mener à bien l'ensemble des missions qui lui incombent dans le domaine de la Santé, le Territoire dispose, dans la Fonction publique :

— de onze médecins spécialistes qui forment le cadre hospitalier et assurent le fonctionnement des différents services de l'hôpital central, y compris le Centre de pneumophtisiologie et le Service d'hygiène ; l'un d'entre eux est plus particulièrement chargé de la prévention de la tuberculose ;

— de cinq médecins chargés des dispensaires urbains de Djibouti et quatre médecins ayant la responsabilité du Centre médical de chacun des quatre Cercles de l'Intérieur (1) ; parmi eux, six sont des « Volontaires de l'assistance technique » (V. A. T.) ;

— de cinq sages-femmes diplômées d'Etat, réparties entre les deux maternités de l'hôpital ; elles effectuent en outre les visites pré et postnatales dans les dispensaires ;

— d'un pharmacien et d'un pharmacien contractuel chargés à la fois de la pharmacie d'approvisionnement du Territoire et de la pharmacie de détail de l'hôpital ;

— d'un personnel soignant comprenant, pour l'hôpital, les dispensaires et les centres médicaux, quarante et un titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'un diplôme technique équivalent ; au total, le personnel soignant comporte 200 agents, auxquels s'ajoutent 250 contractuels, journaliers et bénévoles ;

— de deux officiers d'administration et de vingt et un sous-officiers du Service de Santé qui participent à la gestion de la Santé publique et de l'hôpital central ;

— de 350 agents recrutés sur place pour des postes divers (comptables, ouvriers spécialisés, chauffeurs, manœuvres, etc.), répartis dans les diverses formations existantes.

Deux médecins, deux pharmaciens et un chirurgien-dentiste libéraux sont en outre installés à Djibouti ; si on les compte à part, tous les autres praticiens du Territoire, au nombre de 26, font partie de la Santé publique et, à l'exception d'un pharmacien, de deux médecins contractuels et de six médecins V. A. T., appartiennent au Service de Santé des Armées. Un Centre d'enseignement et de formation professionnelle a pour objet d'instruire de jeunes élèves infirmiers recrutés par concours et de perfectionner le personnel en service ; les cours sont assurés par des médecins désignés par le Directeur ; les études durent un an et sont sanctionnées par un examen ; le Centre a déjà formé 247 agents des cadres E à C du Corps territorial.

Le budget de la Santé publique représente environ :

— 15 % des crédits de personnel, de matériel et d'entretien ,

— 17 % des dépenses d'équipement du Territoire.

(1) Tout en déplorant la faiblesse de cet effectif, votre commission a enregistré avec satisfaction que l'un de ces médecins est originaire du T. F. A. I.

III. — *Le Service d'hygiène et d'épidémiologie.*

Le Service d'hygiène et d'épidémiologie, à l'origine Service d'hygiène urbaine, a des activités multiples tant à Djibouti que dans l'intérieur.

Ses activités premières sont, dans le cadre de l'hygiène, la lutte contre les moustiques et les mouches (contrôle et destruction des gîtes larvaires), la lutte contre les rats (à partir de son laboratoire du rat), le contrôle des eaux d'alimentation (laboratoire de l'eau), la lutte contre la pollution fécale, les désinfections de toute nature (maisons, avions, navires), le contrôle de l'hygiène des commerces d'alimentation, des enquêtes diverses. Il surveille le choléra qui demande une attention constante, pratique les vaccinations de masse contre choléra (312 000 en 1971) et variole (104 000 la même année, 175 118 en 1972) ; il dirige les centres spécialisés de vaccination antirabique, de traitement des lépreux, de vénéréologie : grâce à l'aménagement d'une partie de la prison désaffectée, il y dispose de 30 lits ; la syphilis y est traitée, ainsi que les autres maladies vénériennes, après les visites de contrôle des prostituées.

Par ailleurs, le service quarantenaire comporte un centre de vaccination international pour la fièvre jaune, un service quarantenaire du port de commerce de Djibouti, qui reçoit aussi les messages des navires en mer, et le service quarantenaire de l'aéroport.

Enfin, le Service d'hygiène a vocation pour participer aux travaux du Comité consultatif pour l'urbanisme et de la commission d'expertise des immeubles. Son accord est requis pour tous les permis de construire ; il participe aux enquêtes précédant l'ouverture des bars, restaurants, hôtels et autres commerces donnant lieu à licence ; il intervient dans l'établissement des certificats médicaux nécessaires à la délivrance des cartes d'identité des étrangers et aux demandes de naturalisation ainsi qu'aux cartes professionnelles sanitaires de tous les employés de commerce touchant à l'alimentation.

Le Chef du Service d'hygiène peut aussi représenter devant les instances internationales le Directeur du Service de Santé, et correspond avec les pays voisins pour tout ce qui concerne les maladies contagieuses.

IV. — *La protection maternelle et infantile.*

La protection maternelle et infantile, encore au début de son développement et qui a vocation pour tout ce qui concerne le planning familial, le dépistage des maladies pendant la grossesse et après l'accouchement, la surveillance de la croissance et de l'alimentation des nourrissons, trouve un complément dans des œuvres privées, Protection de la mère et de l'enfant (P.M.E.) et Secours catholique. L'enfant est plus tard pris en charge par le Service de médecine scolaire qui, par une série de visites systématiques, dépiste les maladies, oriente vers les services spécialisés les enfants atteints, isole les contagieux, suit le développement de l'enfant et le vaccine systématiquement avec une attention spéciale pour les manifestations de l'endémie tuberculeuse.

V. — *La lutte antituberculeuse.*

Au Centre médical Paul-Faure est concentré l'effort de la lutte antituberculeuse dans l'agglomération de Djibouti. Il groupe en effet la Section centrale du service de prévention de la tuberculose, un centre de vaccination du B.C.G. et de chimioprophylaxie, un laboratoire de bactériologie et un centre de radiodiagnostic, un service de dépistage et de soins externes aux tuberculeux, un service social, un service d'hospitalisation de 140 lits.

L'importance du problème de la tuberculose dans le Territoire est considérable : il concerne 10 % de la population, et le cinquième du nombre de lits d'hospitalisation est directement affecté à des tuberculeux ; ceux-ci totalisent, à eux seuls, 25 % des journées d'hospitalisation. C'est une lourde charge pour le budget du Territoire, aggravée par la perpétuelle entrée de malades contagieux étrangers provenant en particulier d'Ethiopie. Le Ministère de la Santé de Métropole participe pour 1 900 000 FF par an environ à la prévention de la tuberculose qui s'étend à l'ensemble du Territoire. Le Centre Paul-Faure, très touché par le séisme de 1973, est en cours de reconstruction, mais il n'y a eu aucune interruption dans son activité, grâce à des installations provisoires et à l'aide apportée par le service radiologique militaire tout proche. Dans chaque cercle, le médecin assure dans son environnement le dépistage et le traitement des malades dont les plus graves peuvent être évacués vers Djibouti. En 1972, ont été effectuées

27 714 vaccinations par le B.C.G. ; le nombre moyen de nouveaux consultants mensuels est de 800, avec, nous l'avons déjà indiqué, au moins 100 nouveaux tuberculeux pris en compte avec dépistage clinique, radiologique et bactériologique, avec 400 anciens tuberculeux subissant un bilan et plus de 1 000 malades régulièrement traités ; la plupart de ces tuberculoses sont pulmonaires ouvertes graves et nécessitent une hospitalisation. En 1974, le nombre des tuberculeux en traitement au Centre Paul-Faure a atteint 3 500, 1 600 nouveaux cas ayant été enregistrés au cours de cette seule année, à raison de 850 nationaux et 750 étrangers au Territoire français des Afars et des Issas ; un quart environ des malades viennent de la brousse.

Sur l'ensemble des malades, 25 %, 50 % et 25 % environ portent respectivement une atteinte d'un lobe pulmonaire, d'un poumon et de plus d'un poumon.

250 lits environ sont réellement affectés à des malades tuberculeux à travers le Territoire, une majorité d'entre ceux-ci ayant de courtes distances à parcourir pour aller se faire soigner.

Une enquête épidémiologique et sociale est menée aussi souvent que possible si les malades habitent Djibouti. Après leur sortie, les plus nécessiteux reçoivent du Comité de lutte antituberculeuse des secours en vivres pendant que les soins externes, parfois à domicile, sont poursuivis jusqu'à ce que le malade guérisse... ou rentre chez lui sans prévenir, persuadé à tort qu'il est guéri !

VI. — *Les dispensaires urbains.*

Les dispensaires urbains sont dispersés dans toute l'aire de l'agglomération de Djibouti et ses faubourgs : Farah-Had est à la fois le plus ancien et le plus important puisqu'il peut atteindre 1 000 consultations par jour ; il soigne tous les indigents et assure un service de garde destiné à toutes les urgences ; « Pierre-Pascal » est le dispensaire des fonctionnaires, des retraités et de leurs familles, il comprend aussi une importante section de protection maternelle et infantile et les bureaux de la médecine et de l'hygiène scolaire ; « Ibrahim Balala » s'adresse aux ouvriers et employés des entreprises et établissements publics et à leurs familles, « Arhiba » aux habitants du quartier, le dispensaire de la Croix-Rouge à ceux d'Ambouli, le dispensaire du port aux fonctionnaires du quartier et à leurs familles ; la Garde territoriale, le Groupement nomade autonome soignent dans leurs dispensaires

leurs ressortissants et leurs familles ; la prison comporte un dispensaire avec un service d'hospitalisation important ; à Arta, Ouea, Damerjog, Loyada, nous trouvons des postes de secours surveillés par des médecins militaires et qui eux aussi dispensent les soins et évacuent si nécessaire sur l'hôpital Peltier de Djibouti.

Au total, les cinq dispensaires urbains auxquels sont joints le Service médical scolaire et le Service pilote de la protection maternelle et infantile ont fourni plus de 500 000 consultations en 1972.

VII. — La médecine rurale.

Dans les quatre cercles de Tadjourah, Dikhil, Ali-Sabieh et Obock, se trouvent au chef-lieu un centre médical dont dépendent des postes médicaux détachés, avec infirmiers et matrones, et les dispensaires des vingt postes du Groupement nomade autonome (G. N. A.) ; à Tadjoura doit être ouvert un hôpital rural de plus de cent lits à gestion autonome, avec un bloc radio-chirurgical et un important pavillon de traitement des malades tuberculeux ; dans sa vallée, le poste médical de Randa est visité par les nomades montagnards ; Dikhil dispose aussi maintenant d'un hôpital rural qui draine l'importante population de son cercle avec l'aide des postes médicaux de Yoboki au nord et d'As Eylà à l'ouest ; le centre médical d'Ali-Sabieh est en cours d'extension par un pavillon neuf destiné aux tuberculeux ; il est complété par le poste médical de Hol-Hol ; enfin Obock, qui est le plus petit, n'est complété pour le reste du cercle que par trois infirmiers-goumiers des postes du G. N. A.

Le centre médical de chacune des quatre circonscriptions administratives de l'intérieur (Tadjoura, Dikhil, Ali-Sabieh et Obock) fonctionne sous la responsabilité d'un médecin qui traite les consultants, hospitalise les malades, assure la prophylaxie des maladies endémo-épidémiques, l'hygiène, la médecine scolaire, ainsi que la protection maternelle et infantile et la distribution d'aliments de complément. Ces centres sont dotés d'un laboratoire et d'appareils de radioscopie qui permettent le dépistage systématique de la tuberculose dans les collectivités.

Auprès du médecin est détaché un agent d'hygiène et un infirmier spécialisé dans les méthodes de traitement de la tuberculose ; deux volontaires de l'Assistance technique viennent d'être affectés dans les cercles de l'intérieur.

Des dispensaires ruraux, rattachés à ces quatre centres médicaux, sont répartis dans les petites agglomérations du Territoire et tenus par des infirmiers.

Dans vingt postes du Groupement nomade autonome situés sur certains passages obligés, un goumier, ayant reçu au Centre d'enseignement des notions pratiques d'infirmier, dispense ses soins à la population nomade et alerte le médecin si besoin est. Ce concours s'est avéré très efficace pour le dépistage des cas importés de choléra et de variole.

Votre délégation a pu visiter le poste G. N. A. de Sankal, à la frontière éthiopienne. Elle en a apprécié la parfaite tenue et a enregistré avec satisfaction les indications sanitaires qui lui ont été données pour un certain nombre de postes (1).

Les formations rurales disposent de 171 lits représentant, en 1973, 59 512 journées d'hospitalisation ; un gros effort est entrepris pour qu'elles aient les moyens nécessaires en particulier en lits pour tuberculeux contagieux et pavillons techniques. Le petit centre rural d'Obock peut être considéré comme fonctionnel depuis 1974 ; en 1975, il en sera de même pour celui d'Ali-Sabieh ; l'hôpital rural de Tadjoura, avec plus de 100 lits, fonctionnera de manière autonome à la fin de 1975 ; il faudra ensuite terminer l'hôpital rural de Dikhil qui, travaillant en liaison avec les postes médicaux de Yoboki au Nord et d'As Eyla à l'Ouest, est pour l'instant réduit au minimum le plus strict en lits, tout en disposant des seuls éléments de niveau hospitalier utilisé en zone rurale : cabinet dentaire, laboratoire pour radiographies, banque de sang.

Les grands malades qui ne peuvent recevoir des soins spécialisés dans les dispensaires, sont évacués sur l'hôpital Peltier, soit par le chemin de fer, soit par la route, soit par avion ou par hélicoptère lorsque l'endroit où ils se trouvent est inaccessible autrement, et cela particulièrement dans les cercles du Nord.

VIII. — *Le service de santé militaire.*

Les médecins affectés aux troupes du Territoire français des Afars et des Issas (au nombre de dix-huit, avec deux pharmaciens, deux officiers d'administration et vingt sous-officiers) concourent à la protection de la santé publique par les soins donnés aux familles

(1) Pour neuf postes G. N. A. par exemple : nombre annuel de consultants : goumiers : 453 ; familles : 1 614 ; civils : 5 106. Décès constatés : goumiers : 0 ; familles : 6. Evacuations sanitaires : réalisées avec les moyens du G. N. A. 146 ; demandées par radio : 62.

des militaires, ainsi qu'aux employés de l'Armée et à leurs familles. Ces soins sont prodigués au centre médico-social militaire de Djibouti et dans neuf dispensaires des corps et des services, ainsi que dans les infirmeries d'Obock, Dikhil, Ali-Sabieh, Hol-Hol, Arta et Queah des unités détachées ; les médecins y disposent de moyens équivalents à ceux du Territoire avec une infirmerie-hôpital bien équipée en moyens de diagnostic et comprenant 120 lits d'hospitalisation, un centre dentaire et une pharmacie d'approvisionnement. Ces personnels dont la disponibilité est parfaite peuvent remplacer ou renforcer, quand il le faut, le personnel correspondant de la Santé publique. L'antenne chirurgicale mobile militaire dispose des moyens d'un petit hôpital de campagne, sous tentes. En octobre 1971, ont été montées à Obock, où étaient soignés les malades atteints de grande dénutrition avec avitaminoses, originaires des confins du Nord, dix tentes d'une capacité totale de 120 lits ; en avril 1973, les tentes militaires ont abrité dans la cour de l'hôpital Peltier les malades chassés des bâtiments d'hospitalisation par les secousses sismiques. En 1974, le service de santé des troupes du Territoire français des Afars et des Issas a mené autour du Territoire, dans les provinces éthiopiennes du Harrar et du Wollo, une action médicale liée au programme d'éradication de la variole de l'Organisation mondiale de la Santé. Il a été ainsi possible de réunir à Djitouti quantité d'informations médicales et démographiques irremplaçables.

B. — UN PROBLÈME SPÉCIFIQUE : L'HÔPITAL TERRITORIAL PELTIER

Pourquoi consacrer une partie spéciale de ce chapitre à l'hôpital Peltier ?

I. — Parce qu'il est, à la fois, le seul recours des grands malades et la plate-forme centrale de toutes les activités médicales du territoire.

Tout le système de la Santé publique repose sur cet organisme territorial qui groupe les services d'hospitalisation (médecine, chirurgie et spécialités, de traitement et de diagnostic : radiologie et radiothérapie, chimie biologique, bactériologie et parasitologie, anatomopathologie) ainsi que les magasins de pharmacie et de matériel. Cet hôpital jouit d'un grand prestige régional du fait de la qualité des soins dispensés par ses praticiens : chirurgiens, médecins, spécialistes et assistants des hôpitaux des Armées ; déjà vieux et d'un

entretien difficile, en partie ruiné par les secousses sismiques d'avril 1973, il représente à la fois le seul recours des grands malades et la plate-forme de toutes les activités médicales du Territoire. Comportant à lui seul 617 lits d'hospitalisation, il dépasse les 800 si l'on tient compte des annexes hospitalières du Centre médical Paul-Faure (tuberculose), du Centre de prophylaxie (vénérologie) et du Centre d'isolement (lépreux, maladies pestilentiennes). Certains sont malheureusement installés dans des baraquements provisoires, les règles d'hygiène les plus élémentaires ne peuvent plus être appliquées. Et cependant, malgré les conditions souvent plus que déplorables que nous avons pu constater, il draine autour du Territoire de nombreux malades d'Ethiopie, de Somalie et du Yémen qui représentent, il faut le savoir, un quart des consultants et un tiers des hospitalisés : ces malades venus de l'extérieur sont le plus souvent des malades chroniques dont l'affection est parvenue près du terme fatal de son évolution ; mais comment cependant pourrait-on ne pas tenter en leur faveur ces réanimations ou interventions dont le coût est si élevé ?

Les quelques indications suivantes chiffrées permettront d'apprécier le volume d'activité de l'hôpital de 1972 à 1974 :

- 13 000 à 15 000 malades par an ;
- 200 à 260 000 journées d'alimentation par an avec, en moyenne, 600 rationnaires par jour (1) ;
- sur l'ensemble des lits d'hospitalisation :
 - 184 lits théoriquement destinés aux malades « chirurgicaux » ;
 - 290 aux malades « médicaux », dont 27 dans un pavillon pour agités ;
 - 36 lits d'oto-rhino-laryngologie et ophtalmologie ;

(1) Seul le prix de la journée d'alimentation des malades hospitalisés a pu être fixé de façon précise, encore que l'évolution du coût de la vie rende ces calculs et précisions essentiellement mouvants :

Hôpital Peltier et annexes.	Centres médicaux ruraux.
(1 FD = 0,025 F.)	
167,43 FD en 1973.	
169,77 FD en février 1974.	
186,60 FD en mars 1974.	
197,77 FD en mai 1974.	
227,54 FD en juin 1974.	
247,46 FD en moyenne pour le deuxième semestre 1974.	
310 FD en moyenne au titre des prévisions pour 1975.	120 FD au titre des prévisions pour 1975.
	200 FD au titre des prévisions pour 1976.

L'impossibilité actuelle d'établir un budget hospitalier autonome ne permet qu'une étude très approximative du prix de la journée d'hospitalisation ; sous toutes les réserves nécessaires, on peut l'estimer à 3 900 FD au titre des prévisions pour 1976.

- 30 lits de pédiatrie en service ouvert où les enfants sont accompagnés par leur mère et 30 lits en service fermé où les enfants, surtout les nourrissons, sont séparés de leurs familles. Ce dernier service est, plus encore que les autres, tenu par un personnel très hautement qualifié ; il est principalement fréquenté par des nourrissons issus des quartiers déshérités de la ville, présentant gastro-entérites, états toxiques, affections pulmonaires graves, tuberculoses initiales, dénutritions prononcées ;
- 2 000 à 2 500 interventions chirurgicales par an (dont près de 1 200 sous anesthésie en circuit demi-ouvert ; environ 80 tumeurs malignes traitées, dont 50 par la radiothérapie conventionnelle) ;
- 3 500 accouchements par an, pratiqués dans deux services de maternité de 50 lits ;
- 80 000 consultations par an ;
- 55 à 75 000 examens radiologiques par an ;
- 95 à 100 000 examens de laboratoire par an ;
- 1 246 flacons de sang, soit 410 litres, transitant par la Banque du Sang.

A ces chiffres doivent être ajoutés les 3 000 hospitalisés et les 100 000 consultations des formations sanitaires de l'intérieur, et les 500 000 consultations des dispensaires de Djibouti ; ils doivent être considérés globalement, car le goumier nanti d'une instruction pratique sommaire et disposant d'un coin de pièce dans un poste du G. N. A., l'infirmier d'une consultation, le médecin de cercle ou de dispensaire avec radioscopie et laboratoire rudimentaire comme le médecin et les équipes itinérantes d'hygiène et le spécialiste disposant de toutes les ressources d'un service organisé concourent au dépistage aux frontières et sur le terrain, et au meilleur traitement possible des malades français et étrangers.

II. — Parce qu'il fonctionne dans des conditions qui ne peuvent plus être tolérées.

Nous venons de tenter une présentation de l'hôpital Peltier et de ses activités qui soit conforme à nos catégories traditionnelles ; mais cela n'est possible qu'au prix d'un effort considérable de « traduction » dans notre langage d'une réalité très profondément différente.

Nous dispenserons le lecteur de ce rapport d'une évocation détaillée de la visite effectuée dans les services de cet hôpital où souffrent des malades et où travaille, dans des conditions

souvent très mauvaises, un personnel au-dessus de tout éloge. Mais *il n'est pas possible non plus de faire un silence complet sur certains éléments d'une situation que l'imagination de chacun reconstituera alors sans difficulté :*

— des pavillons dont, pour la plupart d'entre eux, la conception remonte au début de la présence française dans le Territoire, avec une distribution des services ne pouvant satisfaire aux exigences de la médecine et de la chirurgie modernes ;

— des constructions, en blocs de madrépores, fragiles, dégradées, rongées par le temps, le climat et tous les agents destructeurs dont ceux-ci favorisent le développement ;

— la condamnation définitive ou la réparation de fortune de plusieurs pavillons après les séismes de 1973 ;

— l'entassement, souvent à deux par matelas et sur plusieurs niveaux, la promiscuité et parfois le mélange inévitable de malades, adultes ou enfants, ressortissant à diverses spécialités, et de plus naturellement peu préparés aux servitudes psychologiques et matérielles de la vie collective en milieu hospitalier ;

— une saleté intolérable et une dégradation des locaux, toujours combattues et toujours renaissantes ; des installations sanitaires vétustes et, presque toutes, hors d'usage, les lavoirs, les planchers, les douches remplaçant des W. C. depuis longtemps inutilisables...

— une évacuation des égouts et ordures de l'hôpital qui, lorsque les canalisations ne sont pas suffisamment pourries pour refuser leur service et refouler leur contenu aux points bas de l'hôpital en les transformant en cloaques, débouche, sans aucun assainissement possible, dans une anse de mer fréquentée par les enfants et les jeunes nageurs djiboutiens.

Tel est le tableau rapide que la délégation de votre commission, malgré sa répugnance à le faire, et en s'excusant de heurter peut-être la sensibilité du lecteur, peut brosser de la situation à l'hôpital Peltier.

III. — Parce que, malgré tous les efforts accomplis dans le contexte actuel, il est indispensable et urgent de reconstruire l'hôpital.

Dès avant 1966, la nécessité de cette reconstruction a été reconnue par les autorités responsables. Le Gouverneur d'alors avait saisi le Gouvernement d'une demande de programme hospitalier à inscrire au V^e Plan de développement économique et social ;

un crédit de 6 millions y a d'ailleurs figuré au titre des études préalables ; plusieurs missions de hauts fonctionnaires et de spécialistes des constructions hospitalières sont venues dans le Territoire et chacune a été d'accord pour « estimer la situation intolérable autant pour le personnel soignant que pour les malades ».

En avril 1973, un rapport officiel évoquait en des termes peut-être différents des nôtres, mais conformes à notre propre sentiment, la situation que nous venons de décrire.

« Parmi les défauts majeurs de l'installation actuelle :

« 1° Extrême vulnérabilité de la plupart des bâtiments, se traduisant par des dégradations avancées, chaque fois aggravées par les agressions climatiques (tornades, pluies diluviennes, chaleur et vent de sable, humidité) ou par les reprises d'activité sismiques.

« 2° Tares fonctionnelles incompatibles avec une exploitation normale, liées notamment :

« a) A la dispersion et à l'éparpillement des bâtiments, où se trouvent mélangés, sans ordre, les services médicaux (hospitalisation), techniques (laboratoires, électroradiologie, consultations spécialisées), généraux (garages, ateliers, magasins, cuisine, lingerie, etc.) ou administratifs.

« Un même service est parfois écartelé en portions éloignées les unes des autres ; les services chirurgicaux voient le bloc opératoire séparé des post-opérés par 70 mètres à l'air libre..., l'électroradiologie est à 50 mètres de la physiothérapie, le pavillon des urgences à 150 mètres du bloc opératoire, etc.

« b) A la disposition irrationnelle des pièces et des locaux à l'intérieur des bâtiments. Cette disposition s'inspire de normes d'aération actuellement périmées par la climatisation, avec grandes vérandas ou galeries périphériques et chambres centrales. Ceci entraîne une énorme perte de place et une obscurité permanente des pièces utiles.

« c) A l'insuffisance des infrastructures et des installations sanitaires, des réseaux d'adduction ou d'évacuation. Modifiés de multiples fois, superposés, enchevêtrés, ces dispositifs échappent à toute possibilité d'entretien ou d'amélioration.

« d) A l'impossibilité d'organiser des circuits rationnels pour la circulation des malades, des véhicules, des visiteurs.

« 3° Inadaptation aux normes hospitalières actuelles et aux besoins du Territoire :

« — déficit en lits chirurgicaux et en lits de pédiatrie ;

« — absence de service de contagieux (épidémies de choléra en 1971, de variole en 1972-1973) ;

« — absence d'unités de soins intensifs, de service de traitement des brûlés, de centre de triage en cas d'afflux massif d'hospitalisés, etc.

« Ces insuffisances fondamentales font de l'hôpital Peltier une **monstruosité** dont l'entretien grève prohibitivement le budget local sans apporter à la population le soutien médical nécessaire en qualité et quantité. »

La délégation de votre Commission des Affaires sociales a pris connaissance avec un extrême intérêt du projet de reconstruction de l'hôpital.

Il ne lui appartient évidemment pas, car tel n'est pas le rôle d'une mission parlementaire, de se prononcer sur les détails techniques du dossier, qu'ils soient d'ordre architectural, médical ou même financier.

Mais, se plaçant au niveau des principes, qui doit être le sien, elle affirme, avec une conviction d'autant plus grande :

1. *Que l'hôpital Peltier doit être reconstruit d'extrême urgence ;*

2. *Que cette reconstruction doit être planifiée, pour en rationaliser le coût, et financée avec le concours du budget national.*

3. *Que le programme doit s'étaler sur un laps de temps raisonnable. Faut-il rappeler qu'avec le système et le volume actuel des tranches annuelles du F. I. D. E. S. (Fonds d'investissement pour le développement économique et social), il faudra vingt-six ans pour reconstruire l'hôpital ?*

4. *Que, pour des raisons évidentes, la première tranche de travaux doit être consacrée :*

a) *Au remblaiement de la partie littorale du domaine de l'hôpital, condition nécessaire à la rationalisation des aménagements futurs et à la satisfaction des besoins en capacité d'accueil ;*

b) *A l'installation d'un système d'épuration des eaux et déchets rejetés par l'hôpital, condition prioritaire de respect des règles les plus élémentaires d'hygiène et de sécurité.*

5. *Que la France devra également accepter de prendre en charge une quarantaine de médecins, sages-femmes et infirmières hospitaliers, dont la dépense correspondante excède les facultés contributives du Territoire ; cet effort complétera celui qui, consenti pour la prévention de la tuberculose, va jusqu'à comprendre certaines dépenses d'hospitalisation des malades.*

Telles sont les conclusions de votre commission sur le problème crucial de l'hôpital central du Territoire français des Afars et des Issas.

C. — LE SERVICE MÉDICAL INTER-ENTREPRISES (S. M. I.)

Si les deux premières parties de ce chapitre ont été consacrées, l'une aux problèmes généraux de la Santé, l'autre au cas particulier mais primordial de l'hôpital Peltier, la troisième traitera, plus rapidement, car elle pose moins de questions, d'une institution de création relativement récente, probablement originale dans les Territoires d'Outre-Mer, et qui constitue pour ses initiateurs comme pour ses bénéficiaires un sujet de satisfaction légitime : le S. M. I.

Le Ministère du Travail est responsable devant le Conseil de Gouvernement de l'administration et de la gestion de ce service, installé avec l'aide de la Caisse des prestations sociales dans un magnifique dispensaire de la zone portuaire. Le S. M. I., créé en 1972 et érigé en établissement public, est cependant indépendant de la Caisse. Visites systématiques, prévention et soins aux travailleurs malades y sont assurés par cinq médecins dont un « V. A. T. », un chirurgien dentiste et un nombreux personnel. Cet effectif devrait doubler à brève échéance. En 1973, 42 071 personnes ont été visitées avec 160 038 consultations ; en 1975, l'extension du S. M. I. avec un nouveau dispensaire situé au milieu des quartiers périphériques pourra profiter aux familles de 15 000 travailleurs ; c'est un programme considérable : il soulage la Santé publique avec laquelle il travaille en plein accord technique et entraîne un notable progrès social ; dans le conteste géographique du Territoire français des Afars et des Issas, cette réalisation joue en quelque sorte un rôle pilote : c'est une création intéressante qui vient à la fois compléter

et soulager le service des soins gratuits dans les dispensaires et à l'hôpital, acquis depuis des décennies à tous les habitants du Territoire, sans exception.

Il s'agit, on le voit, d'une sorte de médecine du travail, assurant elle-même le fonctionnement de ses propres dispensaires au bénéfice des travailleurs salariés et de bien des familles. L'espérance de vie de ceux-ci est, indiquons-le, inférieure d'environ dix ans à celle des travailleurs de la Métropole.

D. — LA CAISSE DES PRESTATIONS SOCIALES

La Caisse a été créée en 1966. Son organisation a été ensuite modifiée par un arrêté du 31 décembre 1969. Elle a pour mission :

— de servir aux travailleurs des prestations familiales qui sont le complément des salaires versés par les employeurs ;

— d'assurer le traitement et l'indemnisation des victimes d'accidents du travail ;

— d'organiser, en accord avec le Ministre et avec l'Inspection du Travail, la prévention des accidents du travail ;

— de participer à une action sanitaire et sociale, notamment en matière de rééducation fonctionnelle des handicapés physiques à la suite d'accidents du travail, et d'apporter une participation financière à la formation professionnelle de certaines catégories de travailleurs (Centre de formation hôtelière d'Arta, Maison des jeunes d'Ambouli, Centres de F. P. A.) ;

— de financer les dépenses d'un service d'études en vue de l'établissement d'un système de retraite pour les vieux travailleurs.

L'agence comptable de la Caisse procède au recouvrement des cotisations dues par les employeurs à la Caisse et au Service médical interentreprises puisque, nous l'avons vu, certains services de ces deux organismes ont un caractère commun.

Nous indiquerons au passage que les travailleurs métropolitains sont soumis au statut local ; compte tenu des relations institutionnelles entre la Métropole et le Territoire français des Afars et des Issas et de la répartition des compétences, seule une convention particulière pourrait leur permettre de conserver le statut métropolitain.

La Caisse poursuit, on le voit, de manière progressive, et dans différentes directions, la mise en place d'un régime obligatoire

de protection sociale financée, pour l'essentiel, par des cotisations (13,20 % pour 1974) assises sur une masse salariale de 4,9 milliards de francs Djibouti environ. En 1973, on dénombrait 600 employeurs environ de personnel professionnel et 1 300 employeurs de gens de maison pour 12 000 salariés professionnels et 1 300 salariés comme gens de maison. L'effort de recouvrement sur mises en demeure et de recouvrement forcé des cotisations devra être encore renforcé.

1. Un régime des *accidents du travail* a, le premier, été rendu applicable dans le Territoire en 1957. Il sert des prestations en nature et des prestations en espèces : soins (frais d'hospitalisation, frais médicaux, frais pharmaceutiques, etc.), indemnités journalières et rentes.

L'accroissement de l'effort de prévention des accidents et de sécurité du travail, l'action du S. M. I. depuis son entrée en fonctionnement en 1973, des enquêtes plus régulières, ont déjà permis de réduire de façon substantielle le nombre des déclarations d'accidents : 4 644 pour 10 400 salariés en 1967, 4 633 pour 11 000 salariés en 1970, 2 645 pour 13 300 salariés en 1973. De 42,32 % en 1970 par exemple, ce rapport est tombé à 19,89 % en 1973.

Le volume des indemnités journalières était de 16 300 en 1973 contre 45 300 en 1972. Un nouveau régime d'indemnisation des rentes par suppression des rachats, mis en vigueur le 1^{er} juillet 1972, permet une importante diminution du crédit correspondant.

2. Un régime de *prestations familiales*. Compte tenu des données sociologiques propres au Territoire, il fonctionne selon des règles un peu particulières, au profit de ses 4 100 allocataires pour 3 800 épouses et 10 000 enfants, avec une dépense globale de 158,5 millions de F D.

Une allocation de mariage de 1 200 F D par mois (1) est servie pour la première épouse (et non pour les suivantes), la dépense étant de 49 millions de F D.

Une allocation de 1 100 F D est servie par enfant à charge jusqu'à concurrence de six enfants.

(1) En 1973, on comptait parmi les allocataires :

687 familles sans enfant ;
633 familles comprenant 1 enfant ;
660 familles comprenant 2 enfants ;
589 familles comprenant 3 enfants ;
528 familles comprenant 4 enfants ;
354 familles comprenant 5 enfants ;
392 familles comprenant 6 enfants ;
8 familles comprenant plus de 6 enfants.

La dépense totale pour ce compte atteignant 105,5 millions de F D, les 4 300 journées de congés de maternité ont représenté, en 1973, à raison d'une durée moyenne de 83 jours, 4 millions de F D.

3. Les études en vue de la mise en place rapide d'un régime d'*assurance vieillesse* se poursuivent activement et devraient aboutir à bref délai. L'âge de cinquante-cinq ans (cinquante en cas d'incapacité au travail) est actuellement envisagé.

En 1975, le taux des cotisations patronales devait atteindre 13,70 % se décomposant ainsi :

— Caisse des prestations sociales :

Prestations familiales.....	5,50 %
Accidents du travail.....	1,00 %
	<hr/>
	6,50 %

— Service médical interentreprises :

Cotisations travailleurs accidents du travail.....	3,70 %
Cotisations familiales.....	3,50 %
	<hr/>
	7,20 %

Conclusions.

Bien qu'ils ne constituent pas, à proprement parler, le cœur de l'objet de sa mission (la situation sanitaire) et avec toute la réserve qu'impose le respect des règles de répartition des compétences dans le Territoire, il sera sans doute permis à la délégation de votre Commission des Affaires sociales de formuler, en guise d'introduction aux conclusions véritables de son rapport, quelques appréciations d'ensemble sur les problèmes de la protection sociale dans le Territoire français des Afars et des Issas et même, par ce biais, sur l'ensemble de la situation sociale.

1. — *Le contexte socio-économique.*

Un effort substantiel a été entrepris depuis plusieurs années dans le sens d'une meilleure protection sanitaire et sociale des travailleurs et de leurs familles ; il peut et doit être accentué dans les prochaines années pour permettre la suppression des trop nombreux hiatus encore existants.

La situation de l'emploi n'est malheureusement guère satisfaisante si on considère que le nombre des actifs réels (13 000 toutes activités confondues, à raison de 8 870 dans le secteur privé et 4 207 dans le secteur public, en 1973, pour une population estimée à 210 000 habitants) ne dépasse guère le cinquième du nombre des actifs possibles ; que trop d'emplois sont, d'autre part, de catégories subalternes et reposent sur une qualification insuffisante. Cette proportion et ce caractère permettent de prendre la mesure de l'effort qui, en tenant compte du climat et du manque de ressources du pays, reste à accomplir pour développer l'éducation de base et la formation professionnelle, créer des emplois, former et retenir dans le Territoire l'encadrement dont il aurait besoin.

2. — *Les problèmes sanitaires.*

On conçoit sans peine que, dans un tel environnement socio-économique, l'état sanitaire et nutritionnel de la population ne soit pas excellent, la médecine s'exerçant dans des conditions essentiellement différentes de celles qu'on rencontre en Métropole.

Au risque de procéder de manière peut-être un peu schématique à son examen, nous caractériserons ainsi la situation :

— *la plus grande partie de la population est pour le maintien ou le rétablissement d'un état de santé convenable, ressortissante de ce que, par opposition à la notion d'assurance sociale, nous appellerions en Métropole l'aide médicale ;*

— *faute de cadres locaux suffisants et de concurrence libérale notable, la tâche des services de la Santé publique, dont presque toute la charge repose sur les personnels, détachés ou non, du Service de Santé des Armées, est dès lors écrasante, aussi bien pour les personnels médicaux et sanitaires dans leur travail quotidien que pour une administration chargée de dégager des moyens de financement et d'action toujours insuffisants ; l'effort particulier accompli, grâce au système de cotisations, en faveur des travailleurs et de leurs familles ne fait-il pas apparaître avec d'autant plus de force l'immensité des besoins des autres catégories de la population et la modicité des moyens disponibles ?*

— *naturellement considérables, les difficultés se trouvent encore amplifiées par l'instabilité foncière du plus grand nombre des malades mal préparés à l'effort thérapeutique et hygiénique indispensable et à sa poursuite pendant tout le temps qui serait nécessaire ;*

— *le Territoire supporte un surcroît de charges important, les Autorités de notre pays considérant à juste titre qu'il serait politiquement, techniquement et surtout humainement difficile de ne pas accueillir la noria des malades, surtout nomades et presque toujours les plus coûteux en raison de leur état, qui proviennent des pays voisins (Ethiopie, Somalie, Yémen Nord et Sud, principalement) ;*

— *malgré le caractère, parfois rudimentaire, le plus souvent très simple, des installations et des moyens de l'hospitalisation, leur simple entretien pose aux responsables des problèmes difficilement solubles.*

Tels sont quelques-uns des traits au moyen desquels votre Commission des Affaires sociales croit pouvoir caractériser la situation sanitaire dans le Territoire français des Afars et des Issas.

3. — *Que peut et que doit faire encore la Métropole ?*

L'effort accompli par la Métropole dans le domaine de la Santé publique pour compléter celui qui est effectué par le Territoire lui-même n'est certes pas négligeable. Il consiste, pour l'essentiel, dans la mise à la disposition des Autorités territoriales d'un personnel médical compétent et dévoué, dans la prise en charge des dépenses de prévention de la tuberculose, conçues dans un sens très large puisqu'il comprend la quasi-totalité des dépenses d'hospitalisation des tuberculeux. Mais un certain nombre de tâches restent à accomplir dont la complexité, l'ampleur ou le volume exigent des moyens qui dépassent, à notre sens, les possibilités ou les ressources que le Territoire peut trouver en lui-même.

Au premier rang des urgences, nous plaçons la reconstruction de l'hôpital Peltier de Djibouti.

Si nous comprenons que l'effort financier nécessaire soit étalé, il ne doit l'être que sur un petit nombre d'années : nous pensons avoir suffisamment évoqué, dans la partie du présent rapport (1) qui est consacrée à ce problème, les raisons pour lesquelles la situation actuelle ne peut plus être tolérée.

En second lieu, il nous paraît nécessaire d'aider le Territoire à conserver ou à reprendre la maîtrise de l'urbanisation de l'agglomération de Djibouti en vue d'assurer un équilibre démographique et économique entre la ville et le reste du pays.

La ville de Djibouti comptait, au 31 décembre 1972, 113 000 habitants.

L'immigration, l'arrivée autour de Djibouti, dans des conditions d'installation et de vie quotidienne le plus souvent mauvaises, de populations nomades désireuses de s'y fixer, l'accroissement naturel, estimé à 2 % par an malgré une mortalité infantile restée très forte, font que, de 1962 à 1972, la croissance de la population urbaine a été d'environ 11 % par an.

A supposer qu'on parvienne à réduire ce taux de croissance à 6 % par an, la population de Djibouti, avec 220 000 habitants, n'en aura pas moins doublé d'ici à 1984 !

(1) Pages 20 à 26.

Certes, la maîtrise de l'évolution démographique, en milieu urbain notamment, repose sur la combinaison malaisée de techniques psychologiques, économiques, etc., très difficiles.

Mais le développement d'une véritable médecine rurale nous semble, joint à un effort de scolarisation, de multiplication des points d'eau et des voies de communication, d'assainissement, etc., un facteur déterminant du maintien en brousse de populations qui y ont toujours vécu et qui, pour peu qu'on améliore leurs conditions de vie, ne demanderaient qu'à y rester en rendant vivant l'arrière-pays de Djibouti.

Pour cela, les Services de la Santé publique doivent pouvoir multiplier et diversifier leur action. A côté des installations fixes comme celles que nous avons vues dans les autres villes et principales bourgades du Territoire, il faut *promouvoir une médecine rurale mobile*, comprenant, autour des postes médicaux déjà en place, des personnels itinérants dont une partie, provenant des milieux nomades eux-mêmes, aurait reçu une formation élémentaire en matière d'hygiène de l'eau et des aliments, de prévention, de soins infirmiers, etc.

Dans le même temps, un *renforcement de l'effectif des médecins* devrait leur permettre de ne plus avoir à choisir, de façon souvent dramatique, entre leurs obligations au centre médical lui-même et des tournées en brousse au cours desquelles ils pourraient mener des actions de prévention, de vaccination, de soins ne requérant pas une hospitalisation et animer les équipes d'auxiliaires qui auraient été mises à leur disposition.

Là encore, il s'agit d'un *programme ambitieux mais combien nécessaire, qui, dans les circonstances présentes, nous paraît requérir une aide substantielle de la Métropole.*

*
* *

Tous ces efforts, auxquels le Territoire français des Afars et des Issas est convié, et auxquels nous souhaitons que la Métropole s'associe largement, peuvent apparaître comme considérables : ils le sont ! Mais comment se dérober à une telle obligation ?