

Académie royale
des
Sciences coloniales

CLASSE DES SCIENCES NATURELLES
ET MÉDICALES

Mémoires in-8°. Nouvelle série.
Tome II, fasc. 6 et dernier.

Koninklijke Academie
voor
Koloniale Wetenschappen

KLASSE DER NATUUR- EN
GENEESKUNDIGE WETENSCHAPPEN

Verhandelingen in-8°. Nieuwe reeks.
Boek II, aflev. 6 en laatste.

L'organisation médicale belge en Afrique

(1953)

PAR LE

Dr A. DUREN

INSPECTEUR GÉNÉRAL DE L'HYGIÈNE AU MINISTÈRE DES COLONIES,
MEMBRE ASSOCIÉ DE L'ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES COLONIALES.

Cette nouvelle série constitue la suite
de la collection de *Mémoires in-8°*, pu-
bliée par l'Institut Royal Colonial Belge
de 1929 à 1954.

Deze nieuwe reeks is de voortzetting
der verzameling van de *Verhandelingen
in-8°*, uitgegeven door het Koninklijk Bel-
gisch Koloniaal Instituut van 1929 tot
1954.



Avenue Marnix, 25
BRUXELLES

Marnixlaan, 25
BRUSSEL

1955

PRIX :
PRIJS: F 175

Les pages de titre et la table des matières de ce tome II
seront insérées dans le fascicule dudit tome qui sortira
de presse en dernier lieu.

Les pages de titre et la table des matières de ce tome II
seront insérées dans le fascicule dudit tome qui sortira
de presse en dernier lieu.

L'organisation médicale belge en Afrique

(1953)

PAR LE

Dr A. DUREN

INSPECTEUR GÉNÉRAL DE L'HYGIÈNE AU MINISTÈRE DES COLONIES,
MEMBRE ASSOCIÉ DE L'ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES COLONIALES.

Mémoire présenté à la séance du 16 avril 1955.

L'organisation médicale belge en Afrique (1953)

I. — INTRODUCTION

Dans les pages qui suivent, l'auteur n'a d'autre but que de faire, à une date déterminée, le point sur l'organisation médicale du Congo belge et du Ruanda-Urundi.

Cette étude est, en quelque sorte, la suite de celle qui fut publiée en 1947 par A. DUBOIS et A. DUREN, sous le titre de *Soixante ans d'Organisation médicale au Congo belge*, au lendemain de la guerre mondiale 1939-1945, et qui décrit la situation jusque fin 1944 ou début 1945, sauf pour quelques détails plus récents.

Depuis lors, c'est-à-dire après quelque neuf années, dont quatre précèdent le plan décennal du Congo belge et dont cinq empiètent sur la réalisation de ce plan, l'organisation médicale des territoires africains de la Belgique s'est notablement renforcée.

Au stade actuel, malgré les progrès réalisés, les efforts accomplis n'ont cependant pas encore atteint pleinement l'objectif que se proposaient tout d'abord le plan VAN HOOFF-DUREN concernant l'organisation médicale des zones rurales et, plus tard, le plan décennal qui incorpora le premier et le compléta dans les autres domaines médicaux.

Aussi, le développement de l'organisation médicale se poursuit-il dans toute la mesure que permettent les disponibilités financières, comme aussi les moyens matériels d'exécution.

Avant de décrire l'état de l'organisation médicale au

1^{er} janvier 1954, nous reproduisons quelques données de l'étude déjà mentionnée, parue en 1947, et nous rappellerons quelques faits ou circonstances survenus entre 1944 et 1954 et dont l'influence s'est fait sentir et persiste sur l'organisation médicale de nos territoires africains.

II. — L'ORGANISATION MÉDICALE AU DÉBUT 1945.

a) Il n'est pas sans intérêt de rappeler quelques données générales concernant le Congo belge et le Ruanda-Urundi à la période qui suivit immédiatement la deuxième guerre mondiale.

Le Congo belge, d'une superficie de 2.343.930 km², comptait en 1945 une population de

10.508.449	autochtones,
33.787	habitants de race blanche,
10.542.236	habitants.

Parmi les autochtones : 1.565.401 résidaient dans des agglomérations extra-coutumières, et 8.943.048 dans leur milieu coutumier.

Le Ruanda-Urundi couvre 54.172 km² et compte une population de :

3.596.997	autochtones des milieux coutumiers (chiffre de 1946),
44.441	autochtones des milieux extra-coutumiers,
1.862	habitants de race blanche,
1.863	habitants non autochtones d'autres races,
3.645.163	habitants.

Le nombre d'habitants au km² est très différent dans les deux territoires, environ 4,5 dans le premier et environ 70 dans le second.

b) Le personnel médical dont disposent les deux territoires n'est pas enregistré dans sa totalité. Le tableau suivant en donne pourtant l'essentiel.

Personnel	Gouvernement et organismes en dépendant	Autres organismes	Praticiens privés.	Observations.
Médecins	176	127	15	
Infirmières européennes	163	inconnu	?	+ 150 agréées par le Gouver- nement dans les missions reli- gieuses.
Agents sanitaires européens	155	78	—	
Autre personnel européen	15	10	12	surtout dentistes et pharma- ciens
Personnel diplômé indigène	3.176	inconnu	—	

Le personnel indigène comprend des assistants médi-
caux, des infirmiers diplômés, des gardes sanitaires, des
aides accoucheuses et des aides infirmières.

Quoique ces données soient incomplètes, elles per-
mettent pourtant de faire, dans une certaine mesure,
la comparaison avec la situation qui sera exposée plus
loin.

Au début 1945, le Gouvernement disposait de 26 éta-
blissements hospitaliers pour la population blanche,
comportant 436 lits et de 35 établissements pour indi-
gènes totalisant 5.545 lits. Les organismes autres que
le Gouvernement comptaient 250 lits pour Européens et
14.772 lits pour indigènes destinés en grande partie à la
main-d'œuvre. En outre, le Gouvernement d'une part,
les missions religieuses et organisations philanthropiques
d'autre part, possédaient respectivement 2.164 et 3.385
lits répartis entre lazarets et villages d'isolement de
lépreux.

Le nombre des dispensaires permanents et des centres
de traitement à fonctionnement intermittent dépassait
le millier. Beaucoup de dispensaires fixes disposaient

de locaux d'hospitalisation rudimentaires comptant 9.516 lits. Ils servent, toutefois, en ordre principal au traitement ambulatoire de toutes les affections courantes. En outre, les dispensaires permanents, comme aussi les centres de traitement intermittents, servent de points de ralliement pour le recensement médical des populations dans les zones où sévissent des endémies importantes et notamment dans celles où règne la maladie du sommeil.

Des laboratoires étaient établis à Léopoldville, Coquilhatville, Stanleyville, Élisabethville et Astrida. Ils se consacraient à la recherche scientifique et à l'exécution des analyses cliniques délicates, nécessaires au diagnostic. Un laboratoire de campagne était établi à Blukwa pour contrôler le petit foyer de peste du nord-est du Congo belge.

Les centres urbains les plus importants, ainsi que les ports, étaient dotés d'un service d'hygiène publique chargé surtout du contrôle de l'hygiène du milieu et des mesures préventives pour combattre les maladies transmissibles. Il en était ainsi à Boma, Matadi, Léopoldville, Stanleyville, Albertville, Élisabethville et Usumbura.

L'enseignement en vue de la formation du personnel médical était dispensé en Belgique et en Afrique. L'Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold (I. M. T.) à Anvers formait le personnel européen en matière de médecine et d'hygiène des pays chauds.

Le personnel indigène était formé en Afrique dans une série d'écoles rangées en trois catégories.

Au rang inférieur se trouvent de nombreuses écoles, à formation surtout pratique, d'aides infirmiers et d'aides accoucheuses. Au rang moyen se trouvent des écoles pour la formation d'infirmiers diplômés et de gardes sanitaires ; les unes sont des écoles du Gouvernement, à Léopoldville, Coquilhatville, Stanleyville, Élisabeth-

ville et Astrida ; les autres, agréées par le Gouvernement, sont dues à l'initiative privée à Kisantu, Yakusu, Katana et Sona Bata. Trois écoles de rang supérieur forment des assistants médicaux indigènes qui se situent entre l'infirmier diplômé et le médecin (Kisantu, Léopoldville, Astrida).

L'approvisionnement en matériel médical et en médicaments est assuré, pour les besoins du Gouvernement, par un service d'approvisionnement à Léopoldville, créé durant la guerre 1939-45 à la Direction générale des Services médicaux. Les produits sont reçus, entreposés et réexpédiés dans les différentes formations médicales par un dépôt central médico-pharmaceutique D.C.M.P., installé provisoirement dans un entrepôt du port public de Léopoldville. Plusieurs sociétés pharmaceutiques privées ont établi des officines dans les principaux centres du Congo et se sont outillées pour desservir leur clientèle tant en produits de détail qu'en fournitures de gros. L'industrie privée locale se limite à la production de pansements et d'insecticides végétaux ; une petite usine s'installe au Kivu pour traiter les écorces de quinquina des plantations du Kivu et du Ruanda-Urundi.

La législation concernant l'hygiène, sans être complète, forme pourtant un tout relativement bien coordonné. Elle comprend deux grands chapitres. Le premier concerne l'art de guérir, la préparation et la formation et la compétence des personnes qui se destinent à exercer cet art complètement ou dans certaines limites. Le second englobe toutes les dispositions prises pour sauvegarder la santé publique et repose en ordre principal sur le décret concernant l'hygiène et la salubrité publique du 19 juillet 1926. On peut diviser ce chapitre lui-même en plusieurs parties dont les plus importantes sont au nombre de trois :

- 1) Les mesures prises aux frontières et les conventions

sanitaires internationales, comme aussi les conventions bilatérales avec les territoires limitrophes.

2) Les ordonnances réglant l'hygiène dans les agglomérations et la lutte contre les maladies transmissibles à l'intérieur des territoires, surtout l'ordonnance 74 Hyg. du 10 octobre 1931.

3) Le décret sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs du 15 juin 1921 et les nombreuses ordonnances qui en découlent.

III. — QUELQUES FAITS IMPORTANTS SURVENUS DEPUIS 1945.

Les années qui ont suivi la dernière guerre mondiale de 1939-1945 ont été fertiles en événements dont l'influence s'est fait sentir sur nos territoires africains en général et sur leur organisation médicale en particulier. Ces événements ont exercé dans leur ensemble une action stimulante, parfois très vive, sur le développement de cette organisation.

Les hostilités ont cessé. Le cauchemar de l'occupation ennemie se dissipe dans la métropole. Les relations entre la Belgique et ses territoires africains se rétablissent ; la relève du personnel se fait progressivement, non sans de sérieuses difficultés dans le cadre du personnel médical, du moins durant les premières années.

Mais il ne suffit pas de relever le personnel épuisé par l'effort de guerre et par l'anxiété d'une longue attente, il faut encore le renforcer et en même temps créer de nouvelles installations, améliorer les anciennes et compléter l'équipement.

Plus radicalement séparé de la mère patrie que durant la guerre 1914-1918, le Congo belge a dû faire face à la situation par ses propres moyens et par son initiative. Il a plus qu'honorablement joué son rôle dans le camp des alliés.

Il a pris conscience d'une façon aiguë de sa valeur actuelle et de ses possibilités futures. Blancs et Noirs aspirent vers un progrès intellectuel, moral et matériel, mais s'ils veulent faire plus et mieux, ils veulent également faire vite. Et s'il est vrai que la paix politique et

le développement économique sont essentiels pour la réalisation de cet objectif, une amélioration dans le domaine social et médical ne pouvait y être oubliée.

A cet état d'esprit général, s'ajoute un sentiment d'équitable reconnaissance envers les populations qui ont modestement, mais si efficacement et si fidèlement contribué à l'effort de guerre. C'est en leur faveur surtout qu'une action particulièrement efficace devait être entreprise dans les domaines social et médical.

C'est cet ensemble que l'on peut normalement considérer comme le *primum movens* de l'action entreprise pour développer les services d'hygiène et de médecine.

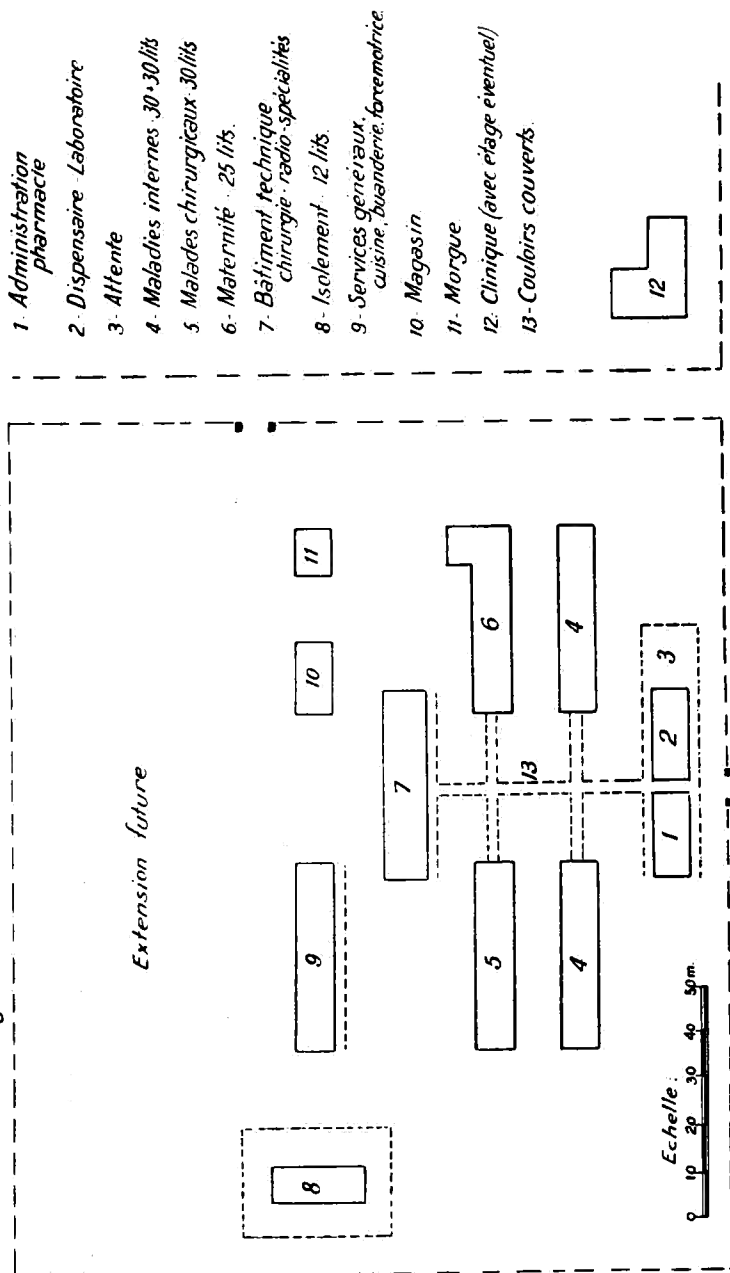
Ce ne furent pourtant pas les seules raisons. D'autres circonstances favorables ou stimulantes s'y ajoutèrent.

La demande accrue de matières premières et la création d'industries de transformation a amené des quantités de plus en plus grandes d'indigènes ruraux vers les centres urbains et industriels. Leur présence crée de nouveaux problèmes sociaux et médicaux. Il faut y parer avec d'autant plus d'empressement que les nouveaux-venus sont particulièrement vulnérables et que leurs besoins s'évaluent directement sous nos yeux.

De nouveaux moyens thérapeutiques et préventifs nous sont révélés. Les antibiotiques et les insecticides à action rémanente créent des espoirs et des enthousiasmes irrésistibles.

Enfin, les organismes internationaux qui naissent immédiatement après la guerre proclament avec une générosité qui n'a d'égale que leur ambition, des objectifs quasi illimités d'amélioration du standing de vie et de la santé de toutes les populations du globe et notamment de celles qui habitent les territoires qualifiés d'insuffisamment développés. La presque totalité des États et des Territoires ont adhéré à l'Organisation Mondiale de la Santé. Cette adhésion a créé des devoirs et a stimulé le désir de réaliser les objectifs de bien-être et de santé.

Centre médico-chirurgical rural - Schéma d'implantation sans étage.



Centre médico-chirurgical rural. — Schéma d'implantation sans étage.

Le Congo belge jouit heureusement, à l'issue de la 2^e guerre mondiale, d'un essor économique inconnu jusqu'à cette période. Les ressources qui en résultent sont de plus en plus investies dans le pays même qui en est l'origine. Elles contribuent ainsi à augmenter encore sa valeur productive, non seulement en utilisant de nouvelles sources d'énergie, en perfectionnant l'outillage, en multipliant le réseau des voies de transport, mais encore en procurant à ses habitants un meilleur-être moral et matériel et une amélioration de leur santé et des conditions hygiéniques du milieu.

Le premier des moyens mis en œuvre fut le plan d'outillage médical rural étudié conjointement par L. VAN HOOFF et A. DUREN. Il partait de l'idée que c'était surtout la population rurale de zones coutumières qui avait droit à notre sollicitude. Il consistait en quelques données fort simples : doter chacun des quelque 145 territoires du Congo belge et du Ruanda-Urundi d'une formation médico-chirurgicale rurale placée au chef-lieu ou au centre du territoire et composée d'éléments-bases d'une utilité indéniable : une polyclinique pour malades ambulatoires, une section hospitalière de médecine interne, une section chirurgicale, une maternité et enfin des consultations médico-sociales au profit des futures mères et des nourrissons.

Au moins quatre dispensaires principaux et plusieurs centres de traitement secondaires devaient être répartis dans l'intérieur du territoire.

Le centre médico-chirurgical étant desservi théoriquement par deux médecins, l'un d'eux pouvait exercer le contrôle des dispensaires sans que la formation hospitalière dût être laissée à l'abandon.

Plusieurs territoires étaient déjà dotés d'une telle organisation ; mais ils étaient loin d'être tous dans ces conditions.

Après un premier début de réalisation, notamment dans la province de l'Équateur et dans la province de Léopoldville, ce plan fut rapidement englobé dans un plan plus vaste, dû au Ministre Pierre WIGNY, le plan décennal du Congo belge pour le développement économique et social.

Ce plan est suffisamment connu pour qu'il soit inutile d'en donner un aperçu même résumé. Il englobait dans son chapitre médical, tous les autres domaines de la médecine et de l'hygiène que le premier n'avait pas compris.

L'un et l'autre de ces plans avaient pour objectif de créer des instruments nouveaux de travail. Seuls les investissements y sont prévus. Les dépenses nécessaires au fonctionnement de nouvelles installations devaient être couvertes par l'augmentation des ressources créées par le développement économique.

Au plan décennal, quelque deux milliards de francs furent prévus pour les investissements médicaux, hôpitaux, dispensaires, maternités, laboratoires, hygiène publique et enseignement médical. Ultérieurement, ce montant dut être majoré d'environ 50 %, les salaires et les prix ayant crû dans des proportions au moins aussi fortes.

Le plan décennal du Ruanda-Urundi entra en jeu trois ans plus tard, c.-à-d., en fin 1952. Il prévoit pour les investissements médicaux une somme de 497.656.000 francs.

Bien d'autres moyens encore furent utilisés par le Gouvernement pour contribuer à l'amélioration de la santé des habitants dans nos territoires africains.

Certaines institutions déjà anciennes se virent accorder une aide accrue pour continuer à développer une action médicale en collaboration avec le Service médical du Gouvernement.

Telles sont d'abord les nombreuses formations médicales des missions religieuses nationales et étrangères.

Tels sont encore la Croix-Rouge du Congo, la Fondation médicale de l'Université de Louvain au Congo (FOMULAC), le Centre médical de l'Université de Bruxelles en Afrique centrale (CEMUBAC), le Fonds social du Kivu et enfin, l'institution la plus importante de ce groupe, le Fonds Reine Élisabeth pour l'Assistance médicale aux Indigènes (FORÉAMI).

Le FORÉAMI, qui avait déjà réalisé une occupation médicale intensive au Kwango, se vit confier deux missions nouvelles : l'organisation sur place de la lutte contre la lèpre dont la Fondation Père Damien (FOPERDA) avait jeté les bases, et la coordination de toutes les activités en faveur de la mère et de l'enfant sous la forme d'une nouvelle œuvre à créer :

L'Œuvre Reine Astrid pour la Mère et l'Enfant indigènes (ORAMEI).

De nouvelles institutions furent créées soit par le Gouvernement, soit par l'initiative privée.

Dans le premier de ces groupes se rangent le Fonds du Bien-Être Indigène, qui consacra une bonne part de ses larges ressources à renforcer l'action médicale du Gouvernement dans les zones rurales, et l'Institut pour la Recherche Scientifique en Afrique Centrale, qui a inscrit dans son programme d'activité des recherches dans le domaine de la biologie, de la pathologie humaine et de la nutrition.

Dans le second de ces groupes se range *Lovanium*, dû à l'initiative de l'Université de Louvain, dans le but d'organiser au Congo belge un enseignement universitaire et en particulier une école de médecine pour la formation de docteurs en médecine congolais.

On doit comprendre également dans ce groupe la création de fonds spéciaux pour le bien-être des indigènes, auxquels procédèrent plusieurs sociétés industrielles au profit des habitants vivant dans l'orbe de leurs activités.

Ces fonds spéciaux privés furent alimentés par les bénéfices mêmes de l'exploitation.

Tels sont d'une part les éléments moteurs, d'autre part les moyens mis en œuvre pour développer l'action médicale dans ses différentes manifestations, l'assistance médicale aux populations, la recherche scientifique et le travail routinier des laboratoires, la médecine préventive et l'hygiène publique, l'enseignement médical.

Nous examinons, le plus brièvement possible, à quel résultat ont abouti tous ces efforts à la date du 1^{er} janvier 1954.

IV. — L'ORGANISATION MÉDICALE AU DÉBUT 1954.

A. Structure générale de l'organisation.

L'organisation médicale des territoires africains de la Belgique repose sur trois piliers :

- 1) Le Service médical du Gouvernement ;
- 2) Les organisations médicales philanthropiques ;
- 3) Les Services médicaux des Sociétés.

Les praticiens privés exerçant l'art de guérir comme une profession libérale indépendante sont encore actuellement une minorité, dont l'importance est inférieure à 10 % de l'ensemble.

Rappelons que les bases de cette organisation ont été jetées, après la première guerre mondiale de 1914-18, par les médecins en chef J. RODHAIN et G. TROLLI et que leurs successeurs R. MOUCHET, L. VAN HOOFF et A. THOMAS ont constamment veillé à son amélioration et à son développement.

1. Le Service médical du Gouvernement.

Le Service médical du Gouvernement occupe dans cet ensemble une place prépondérante. Il a, en effet, la charge de toutes les questions intéressant la santé à l'égard de la partie de loin la plus importante de la population autochtone considérée comme indigente ou économiquement faible, comme aussi de tous les préposés, blancs ou noirs, des services gouvernementaux et de la famille de ceux-ci. Il lui incombe en outre d'établir la législation sanitaire et d'en contrôler l'application.

Sur le plan métropolitain, le Ministre des Colonies dispose d'un Inspecteur général de l'Hygiène qui joue avant tout le rôle d'un conseiller, mais qui a, en même temps, la charge de traiter toutes les questions intéressant la santé pouvant être portées devant le Ministre par le Gouverneur général, les instances internationales et les organismes extérieurs nationaux intéressés aux mêmes questions dans nos territoires africains.

Pour les questions revêtant une importance particulière, le Ministre a recours aux avis du Conseil supérieur d'Hygiène coloniale, composé de 22 membres nommés par le Roi et dont l'Inspecteur général de l'Hygiène est le secrétaire.

Sous l'autorité du Ministre et sous la supervision de l'Inspecteur général de l'Hygiène, il a été créé, sous la forme d'un organisme extérieur au Département, un Centre médical colonial émergeant au budget du Congo belge. Le Centre médical colonial, placé sous la direction d'un médecin-chef du Centre, a pour objet de procéder à tous les actes médicaux destinés à déterminer l'aptitude aux fonctions et au séjour en Afrique des agents et de leur famille, de contrôler leur état de santé à leur retour, de traiter les cas ambulatoires, de vérifier le bien-fondé des dépenses faites dans un but de santé, de réunir les commissions d'invalidité, de conserver les dossiers médicaux de tout le personnel.

Sur le plan africain, le Service médical est représenté dans l'administration du Gouvernement général par la Direction générale des Services médicaux à la tête de laquelle se trouve le Médecin en chef placé sous les ordres du Gouverneur général. Les Gouverneurs des six provinces et du Ruanda-Urundi disposent d'un médecin provincial chargé de toutes les questions de santé sur le plan provincial.

De cette Direction dépendent quatre grandes activités, l'assistance médicale, y compris l'action médico-sociale,

l'hygiène publique, les laboratoires de recherche et d'analyses, l'enseignement médical. Elle englobe en outre l'approvisionnement en matériel et en produits des établissements médicaux du Gouvernement.

2. Les organisations médicales philanthropiques.

Dans ce groupe se trouve une série d'organismes d'inspiration et de caractère très divers, mais qui ont tous pour but de contribuer à l'amélioration de la santé des populations autochtones par esprit de philanthropie. Les uns ont un caractère parastatal, les autres sont dus à l'initiative privée. Les uns possèdent en Afrique même du personnel et des installations, les autres se contentent d'appuyer de leur influence morale et de leurs apports financiers des institutions actives sur place. Les uns ont un objectif nosologique, la lèpre, la tuberculose, les autres ont une activité générale, mais confinée géographiquement, d'autres encore s'adressent à certains groupes de personnes tels que la mère et l'enfant ou bien se consacrent à l'enseignement médical.

Toutes ces œuvres, dont on trouvera plus loin une énumération, collaborent plus ou moins étroitement avec le Service médical du Gouvernement. Mais leur efflorescence est telle qu'une coordination se révèle indispensable. C'est au Gouvernement lui-même et plus particulièrement à son Service médical que cette tâche incombe. Il y arrive plus ou moins parfaitement par le contrôle qu'il exerce sur ces œuvres du fait qu'il en a constitué la dotation financière ou qu'il leur alloue d'importants subsides ou encore qu'il a conclu avec elles des conventions ou arrangements et enfin en vertu de son droit souverain de veiller à la santé publique.

a. ORGANISMES PHILANTHROPIQUES MÉDICAUX
SANS SERVICE D'EXÉCUTION PROPRE.

1^o *En Belgique :*

Fondation Père Damien (FOPERDA). Objet : lèpre.
Aide Médicale aux Missions (A. M. M.). Objet : Assistance médicale.

Assistance aux Maternités et Dispensaires du Congo (AMDC), (A. S. B. L.). Objet : Mère et enfant.

Commission de l'Enfance et de l'Hygiène de l'Union des Femmes coloniales. Objet : Œuvres de l'enfance.

2^o *En Afrique :*

Œuvre pour la Mère et l'Enfant (OMEI). Objet : Construction de Maternités.

Œuvre d'Assistance aux Dispensaires de la Province Orientale (A. D. I. P. O.). Objet : Assistance médicale aux indigènes.

b) ORGANISMES PHILANTHROPIQUES MÉDICAUX AVEC
SERVICE D'EXÉCUTION EN AFRIQUE.

1^o Les Missions religieuses nationales et étrangères couvrant tout le territoire d'un vaste réseau d'œuvres médicales rurales : assistance médicale générale, aide à la mère et à l'enfant, enseignement médical, léproseries.

2^o Le Fonds Reine Élisabeth pour l'Assistance Médicale aux Indigènes (FORÉAMI). Programme médical et intensif au Kwango. — Programme nosologique : coordination de la lutte contre la lèpre.

3^o Le Fonds du Bien-Être Indigène (F. B. I.) : Action médicale générale et intensive dans des régions rurales limitées. Aide médicale en faveur de la mère et de l'enfant. Subsidés pour constructions médicales.

4° La Croix-Rouge du Congo : Lutte contre la lèpre dans une aire limitée. — Assistance médicale générale dans cette aire. — Pédiatrie. — Dispensaires anti-vénéériens.

5° Fondation médicale de l'Université de Louvain au Congo (FOMULAC) : Enseignement médical inférieur et moyen. — Assistance médicale générale dans des aires limitées.

6° Centre médical de l'Université de Bruxelles en Afrique centrale (CEMUBAC) : Lutte contre la tuberculose dans des aires limitées.

7° Fonds social du Kivu : Assistance médicale générale dans une aire limitée.

8° Lovanium : Enseignement médical du degré universitaire.

9° Fonds social Linéa : Assistance médicale générale de l'île Idjwi (Kivu).

10° Les Volontaires du Service médical, éducatif et social, A. S. B. L. Objet : fourniture de personnel aux formations médicales.

11° Fondations de sociétés pour l'amélioration du bien-être des indigènes (cf. Services médicaux des Sociétés), telles que celles de Cotonco, Symétain, Utextléo, Tabacongo, Elakat, H. C. B., etc...

3. Les Services médicaux des Sociétés.

Les sociétés à but lucratif, minières, industrielles et agricoles, les grands organismes de transport, possèdent des services médicaux propres en concordance avec la législation sur le contrat d'emploi et le contrat de travail et avec la législation sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs.

Leur action d'assistance médicale s'adresse avant tout à leurs préposés, blancs et noirs, et à la famille directe de ceux-ci. Elle englobe l'hygiène des personnes et des ins-

tallations. Parfois elle comprend des laboratoires scientifiques et cliniques, ainsi que l'enseignement médical du degré inférieur.

De plus, bon nombre de sociétés étendent cette action médicale aux autochtones non liés envers elles par les liens du contrat de travail, mais qui vivent dans le rayon d'action de leur activité. Plusieurs d'entre elles ont créé dans ce but des fondations spéciales souvent appelées les Fonds du Bien-Être Indigène des sociétés. Elles contribuent ainsi à l'assistance médicale aux indigènes et y trouvent l'avantage d'une heureuse propagande et de l'assainissement du milieu où elles sont installées.

Tout en jouissant d'une grande liberté d'action, les services médicaux des sociétés se trouvent pourtant placés sous le contrôle du Gouvernement en vertu de la législation déjà nommée comme du droit de souveraineté du Gouvernement de veiller à la santé publique.

Comme on le verra dans les chapitres suivants, elles emploient un nombre important de personnel médical et possèdent de nombreuses formations hospitalières et autres.

Nous ne ferons pas l'énumération de ces sociétés ; nous nous limiterons à citer les noms de celles qui nous apparaissent comme étant manifestement les plus importantes par le nombre de leurs médecins et de leur main-d'œuvre.

1^o L'Union Minière du Haut-Katanga ;

2^o L'Office d'Exploitation des Transports Coloniaux (Otraco) ;

3^o La Forminière ;

4^o Les Huileries du Congo belge (Huilever) ;

5^o La Société des Mines d'or de Kilo-moto.

4. La législation sanitaire.

Nous ne pouvons donner de cette législation qu'un aperçu général et très succinct.

Pour la clarté de l'exposé, nous grouperons toutes les dispositions sous trois titres : L'Art de guérir, la Santé publique, les Obligations internationales.

a) LA LÉGISLATION SUR L'ART DE GUÉRIR.

La législation sur l'Art de guérir réunit toutes les dispositions qui définissent les qualifications que doivent posséder les personnes qui exercent l'Art de guérir ou l'une de ces branches. Elle spécifie également dans quelle mesure ces personnes peuvent exercer cet art suivant ces qualifications. Elle fixe le programme des études des écoles dispensant l'enseignement médical à différents échelons.

A la base de cette législation se trouve le décret sur l'Art de guérir du 19 mars 1952 qui se substitue au décret du 23 décembre 1924.

Ce décret a entraîné une série d'ordonnances et d'arrêtés et notamment l'ordonnance du 15 mars 1933 sur la pharmacie qui englobe la réglementation concernant les stupéfiants.

b) LA LÉGISLATION SUR LA SANTÉ PUBLIQUE.

Cette législation réunit toutes les mesures à prendre pour empêcher l'introduction, prévenir l'éclosion et enrayer l'extension des maladies contagieuses, pour sauvegarder et améliorer l'hygiène publique de la Colonie, l'hygiène industrielle, l'hygiène infantile et pour assurer la police sanitaire maritime, fluviale, lacustre, terrestre et aérienne.

Elle vise à sauvegarder la santé publique à l'intérieur des territoires africains de la Belgique ainsi qu'à leurs frontières.

Dans les mesures à prendre aux frontières, particulièrement, le législateur a eu le souci de rester en accord avec l'esprit et même la lettre des dispositions internatio-

nales concernant la santé auxquelles le Congo belge et le Ruanda-Urundi sont liés.

La législation sur la santé publique concerne :

L'hygiène du milieu : l'habitation, l'eau, l'éloignement des matières usées, l'alimentation ;

La lutte contre les maladies transmissibles, soit directement, soit indirectement par les hôtes intermédiaires si nombreux dans les pays chauds ;

L'hygiène sociale, c.-à-d. l'hygiène de certaines tranches de la population ou de certains groupements qui font plus spécialement l'objet de la sollicitude des pouvoirs publics.

Ci-après les références de quelques textes légaux importants qui sont loin d'épuiser la matière.

I) Fabrication et commerce de denrées alimentaires. — Décret du 26 juillet 1910 ayant entraîné de nombreuses ordonnances concernant les vivres et les boissons alcooliques ou non.

II) Hygiène et salubrité publiques. — Décret du 19 juillet 1926 ayant entraîné de nombreuses ordonnances parmi lesquelles nous citerons :

a. L'ordonnance du 4 juin 1929 sur l'hygiène publique dans les agglomérations.

b. L'ordonnance 74/213 du 22 juin 1954 sur la lutte contre les maladies transmissibles et sur la police sanitaire de la navigation intérieure fluviale et aérienne.

III) Police de l'immigration. — Décret du 27 décembre 1948, ainsi que diverses ordonnances parmi lesquelles une ordonnance d'application sur la police sanitaire de l'immigration du 5 décembre 1953 et une ordonnance sur la police sanitaire des personnes en voyage international du 14 décembre 1953.

IV) La législation du travail, dont les textes de base sont le décret sur le contrat de travail du 16 mars 1922,

le décret sur le contrat d'emploi du 25 juin 1949 ⁽¹⁾, ainsi que le décret sur l'hygiène et la sécurité du travail du 21 mars 1950 (ce dernier se substituant à l'ancien décret du 15 juin 1921).

La réparation des dommages causés par les accidents du travail et les maladies professionnelles font l'objet de deux décrets, le premier, du 20 décembre 1945, vise les cas tombant sous l'application du décret sur le contrat d'emploi, le second, du 1^{er} août 1949, vise les cas tombant sous l'application du décret sur le contrat de travail.

Le décret sur l'hygiène et la sécurité du travail donne lieu à une série d'ordonnances concernant l'aptitude physique, l'alimentation, le logement, les soins médicaux, l'acclimatation des travailleurs, ainsi que la sécurité du travail et les industries dangereuses ou insalubres.

c) LES OBLIGATIONS INTERNATIONALES.

Le Congo belge, comme aussi le Ruanda-Urundi, est régi par des lois particulières, d'après l'article 1^{er} de la Charte coloniale (loi du 18 octobre 1908) ; cependant, les articles 27 et 28 spécifient que le Roi fait les traités concernant la Colonie, que les dispositions de l'article 68 de la Constitution belge relatives aux traités s'appliquent aux traités qui concernent la Colonie et que le Ministre des Affaires étrangères du Royaume a dans ses attributions les relations de la Belgique avec les puissances étrangères au sujet de la Colonie.

Il en résulte que si le Congo belge et le Ruanda-Urundi ont sur le plan intérieur leur législation sanitaire propre, indépendante de celle de la métropole sur le plan international, c'est la Belgique qui décide des obligations des deux territoires africains en matière de santé.

⁽¹⁾ Un nouveau décret sur le contrat de travail fut pris le 30 juin 1954 et un arrêté royal du 19 juillet 1954 coordonna les deux décrets.

Ces obligations peuvent avoir un caractère mondial, comme elles peuvent aussi se limiter à des arrangements ou conventions bilatérales à des frontières communes, en passant par tous les cas intermédiaires entre ces cas extrêmes.

C'est ainsi que les deux territoires sont liés aux dispositions internationales suivantes :

I) Sur le plan mondial :

a) Le règlement sanitaire international de l'Organisation Mondiale de la Santé du 25 mai 1951 (Règlement N° 2 de l'O. M. S.).

b) Les conventions internationales concernant les stupéfiants du 19 février 1925 et du 13 juillet 1931 et du protocole additionnel du 19 novembre 1948.

c) La convention internationale de la Croix-Rouge de Genève du 6 juillet 1906, amendée et complétée le 12 août 1949.

d) L'arrangement de Bruxelles pour les soins aux marins vénériens du 1^{er} décembre 1924.

II) Sur le plan africain :

a) Dans le cadre de la Commission pour la Coopération Technique en Afrique au Sud du Sahara (C. C. T. A.) : Le Bureau Permanent Interafricain de la Tsé-Tsé et de la Trypanosomiase (B. P. I. T. T.).

b) Dans le cadre des conventions sanitaires bilatérales :

1) Convention sanitaire luso-belge (Congo-Angola) du 19 juillet 1927.

2) Convention sanitaire franco-belge (Congo-A. É. F.) du 29 juillet 1931.

3) Convention sanitaire Congo belge — Soudan anglo-égyptien, du 20 novembre 1931.

4) Convention sanitaire Congo belge — Protectorat de l'Uganda, du 19 juillet 1939.

B. Le personnel médical.

1. Données d'ensemble.

D'après les rapports médicaux du Congo belge et du Ruanda-Urundi, il résulte que le personnel médical est composé, à l'orée de l'année 1954, comme l'indique le tableau qui suit. En regard des totaux, on trouvera ceux qui intéressent l'année 1944.

Ce total de près de dix mille personnes ne comprend que des personnes ayant une qualification médicale ; il ne comprend pas les Européens, d'ailleurs peu nombreux, qui ont une qualification administrative, ni le nombre important des autochtones qui assument des tâches ne nécessitant pas une qualification médicale comme, par exemple, les équipes d'assainissement.

L'étoffement du personnel médical entre l'année 1944 et l'année 1954 est important. Il a plus que doublé en 9 ans.

Il n'est pas sans intérêt de comparer ce personnel avec l'étendue et la population des deux territoires et d'examiner sa répartition d'abord dans l'ensemble et ensuite dans les deux grandes fractions de la population : les groupements ruraux et coutumiers d'une part, les groupements urbains et extra-coutumiers d'autre part.

Le tableau qui suit fournit quelques données générales nécessaires à l'essai que nous ferons pour établir cette répartition :

*Personnel médical du Congo belge et du
Ruanda-Urundi en fin 1953.*

Catégories	Territoire	Organisations gouverne- mentales	Autres organismes	Praticiens privés	Total 1953	Total en 1944	Observations
Médecins	C. b.	317	229	48	594	318	Autres organis- mes : Sociétés, Missions reli- gieuses et orga- nismes philan- thropiques.
	R.-U.	37	16	9	62	?	
Infirmières européennes	C. b.	344	499	?	843	313	Sous-estimé en 1944 : proche de 500.
	R.-U.	10	66	?	76	?	
Agents sanitaires	C. b.	415	136	?	551	233	
	R. - U.	38	11	?	49	?	
Autre personnel médical	C. b.	28	45	26	99	37	Autre personnel: pharmaciens, dentistes, bio- logistes.
	R.-U.	1	3	4	8	?	
Total personnel européen	C. b.	1.104	909	74	2.087	901	Sous-estimé en 1944 : proche de 1100.
	R.-U.	86	96	13	195	?	
Assistants médi- caux indigènes	C. b.	86	?	?	86	?	
	R.-U.	76	5	?	81		
Infirmiers et gardes sanitaires	C. b.	782	?	?	782	?	
	R.-U.	85	3	?	88		
Aides infirmiers et aides accou- cheuses	C. b.	3.018	?	?	3.018	?	
	R.-U.	327	284	?	611		
Total personnel indigène	C. b.	3.886	±2.900	?	6.786	3.176	Non compris en 1944, le person- nel indigène des sociétés.
	R.-U.	488	292	?	780		
Total pour Euro- péens + indigènes	C. b.	4.990	3.809	74	8.873	4.077	id.
	R.-U.	574	388	13	975		
Total général	C. b.	5.564	4.197	87	9.848		id.
	+ R.-U.						

*Superficie et population du Congo belge
et du Ruanda-Urundi au début 1944.*

	Congo belge	Ruanda-Urundi.
Superficie	2.343.930 km ²	54.172 km ²
Population totale	12.026.159	4.152.427
Densité au km ²	5,13	76,6
Population coutumière	9.347.964	4.071.702
Population extra-coutumière :		
noire	2.586.919	72.298
blanche	86.688	5.306
autre	4.588	3.121
Total	2.678.195	80.725
Surface occupée par coutumiers :		
estimée à 99 %	2.320.491 km ²	53.631 km ²
Densité au km ²	4,03	75,9
Surface occupée par extra-coutumiers :		
estimée à 1 %	23.439 km ²	541 km ²
Densité au km ²	114	149

C'est entre ces deux groupements, coutumier et extra-coutumier, qu'il s'agit de répartir le personnel médical. Nous nous rendons compte des écueils qui se présentent devant nous. La difficulté principale consiste à déterminer quel est le personnel qui consacre à l'un ou à l'autre de ces groupements une activité suffisante pour qu'il puisse être considéré comme lui étant plus particulièrement affecté. S'il existe, en effet, des situations où cette détermination peut se faire d'une façon incontestable, il en est d'autres, assez nombreuses, où l'activité en question chevauche sur les deux groupements. Devant l'impossibilité d'examiner chaque cas en particulier, nous avons adopté les critères suivants :

a) Il existe une première fraction du personnel dont l'activité sert aux deux groupements. Nous y avons réparti cette fraction à parts égales. Ce sont les médecins dirigeants, les médecins de laboratoire, les hygiénistes

et les directeurs des écoles médicales, ainsi que le personnel dont ils disposent.

b) Nous avons considéré comme affecté plus spécialement aux groupements extra-coutumiers :

Tout le personnel des sociétés ;

Les médecins installés à leur compte privé ;

Le personnel de l'État affecté aux grands centres suivants dans les formations d'assistance médicale à Boma, Matadi, Léopoldville, Coquilhatville, Stanleyville, Bukavu, Elisabethville, Jadotville, Albertville, Kolwezi, Luluabourg au Congo belge et à Usumbura, au Ruanda-Urundi.

c) Le restant du personnel est considéré comme affecté totalement ou en ordre prépondérant aux groupements coutumiers.

Nous obtenons ainsi les tableaux suivants :

1) *Médecins.*

	Congo belge	Ruanda- Urundi
Groupe 1 : Commun	50	8
Groupe 2 : Extra-coutumier		
Grands centres État	71	9
Médecins privés	48	9
Sociétés	153	4
Total	272	22
Groupe 3 : Coutumier		
Rural État	196	20
Organismes philanthropiques	21	2
Missions religieuses	55	10
Total	272	32

En tenant compte du groupe commun, nous trouvons :
Affectés aux groupements extra-coutumiers :

297 médecins au Congo belge et 26 au Ruanda-Urundi ;

Affectés aux groupements coutumiers :

297 médecins au Congo belge et 36 au Ruanda-Urundi.

2) *Autre personnel médical.*

		Congo belge		Ruanda-Urundi	
Catégories		Extra- coutumiers	Coutumiers	Extra- coutumiers	Coutumiers
Européen	Infirmières	272	561	10	66
	Agents sanitaires	224	327	10	39
	Autres qualifications	85	14	7	1
	Total	581	902	27	106
Africain	a) État :				
	Assistants médic. indig.	43	43	7	74
	Infirmiers diplômés et gardes sanitaires	200	582	13	75
	Aides infirmières et accoucheuses	600	2418	109	502
	Total	843	3043	129	651
	b) Autres organismes :			Compris	
	Total supputé à	1900	1000	dans total précédent.	

3) *Tableau d'ensemble.*

		Congo belge		Ruanda-Urundi	
Catégories		Extra- coutumiers	Coutumiers	Extra- coutumiers	Coutumiers
Médecins		297	297	26	36
Autre personnel européen		581	902	27	106
Personnel indigène		2743	4043	129	651
Total		3621	5242	182	793

2. Répartition au Congo belge.

Nous trouvons une personne ayant une qualification médicale pour 1.355 habitants. Il s'y trouve un médecin pour 20.246 habitants, une autre personne européenne

pour 8.109 habitants et une personne indigène pour 1.772 habitants.

Cette vue moyenne d'ensemble est loin d'être le reflet de la répartition réelle du personnel. Si nous l'examinons dans les deux groupements extra-coutumier et coutumier, nous serrerons la réalité d'un peu plus près sans pour autant l'atteindre d'une façon exacte, étant donné qu'il existe des différences encore notables suivant les régions et les sous-groupements de la population. Nous produisons à cet effet le tableau suivant :

*Répartition du personnel médical du Congo belge
selon les 2 grands groupements.*

Groupements	1 médecin par	1 autre per- sonne euro- péenne par	Une per- sonne afri- caine par
Extra-coutumier	9.017	4.609	976
Coutumier	31.474	10.363	2.312
Moyenne	20.246	8.109	1.772

En considérant l'ensemble des personnes ayant une qualification médicale, on trouve dans les groupements extra-coutumiers, une de ces personnes pour quelque 740 habitants et dans les groupements coutumiers, une de ces personnes pour 1.780 personnes. La densité d'occupation par le personnel médical est 2,5 fois plus forte dans les groupements extracoutumiers que dans les groupements coutumiers. Quant aux médecins en particulier, on en trouve près de 3,5 fois autant dans les premiers que dans les seconds comparativement à l'importance des groupements. Encore convient-il d'ajouter que la densité du personnel médical est particulièrement forte dans les grandes sociétés industrielles et de transport et que, dans les cités indigènes qui se sont établies dans les grands centres, elle est moins élevée que la moyenne relatée pour l'ensemble des groupements extra-coutumiers.

Si l'on compare la situation actuelle du personnel médical du Congo belge avec celle de fin 1944, on constate qu'un effort très grand a été fait pour étoffer ce personnel. Le mérite n'en revient pas seulement au Gouvernement, mais également à tous les organismes parastataux, philanthropiques, religieux et industriels. On peut dire qu'après 9 ans, ce personnel est doublé.

Est-il suffisant et pouvons-nous supputer l'avenir au moins dans une certaine mesure ? Nous croyons que cet effort doit se poursuivre et nous avons d'ailleurs de bonnes raisons de croire qu'il se poursuivra autant en raison de l'exécution du plan décennal qu'en fonction de la ténacité des initiatives privées. Qu'il nous suffise de mentionner les trois points suivants d'un programme raisonnable :

a) L'étoffement en personnel des zones rurales et coutumières et notamment la constitution dans chaque centre médico-chirurgical rural de l'équipe de deux médecins selon les vues du plan VAN HOOFF-DUREN ;

b) L'étoffement du personnel médical pour la desserte des grandes cités indigènes où les besoins individuels en secours médical croissent rapidement avec l'évolution des habitants ;

c) Le développement rapide des écoles pour la formation du personnel médical africain. Nous reviendrons ultérieurement sur cette question.

3. Répartition au Ruanda-Urundi.

Nous trouvons une personne à qualification médicale pour 4.258 habitants. Il s'y trouve un médecin pour 66.974 habitants, une autre personne européenne pour 31.221 habitants, une personne autochtone pour 5.323 habitants.

La répartition de ce personnel entre groupements extra-coutumiers et coutumiers, se présente comme suit :

Grouperment	1 médecin par	1 autre per- sonne euro- péenne par	1 personne autochtone par
Extra-coutumier	3.104	2.989	625
Coutumier	113.102	38.317	6.100
Ensemble	66.974	31.221	5.323

L'occupation médicale du Ruanda-Urundi apparaît ainsi notablement moins dense que celle du Congo belge.

Comparativement à la population, elle est de l'ordre du tiers de celle du Congo belge.

Comparativement à la surface des deux territoires, nous trouvons au Congo belge une personne ayant une qualification médicale par 264 km² ; au Ruanda-Urundi, cette surface est réduite à 55 km². Cette circonstance corrige dans une certaine mesure la faible densité du personnel médical ; les malades ont à parcourir un chemin notablement plus court pour trouver le secours médical, étant donné que la population est près de 15 fois plus dense.

D'autre part, le plan décennal du Ruanda-Urundi est entré en voie de réalisation plusieurs années après celui du Congo belge. Enfin, les ressources du pays sont moindres que celles du Congo belge et ne permettent le développement de l'occupation médicale qu'à un rythme plus lent.

Nous reviendrons sur cette question au chapitre consacré à l'assistance médicale.

Il faut attendre de l'avenir que les zones rurales du Ruanda-Urundi bénéficient d'un personnel médical plus étoffé provenant de la population autochtone. Déjà actuellement, le nombre des assistants médicaux indigènes formés à l'école d'Astrida est comparativement plus élevé que ceux formés par les écoles du Congo belge.

C. Les formations d'assistance médicale.

Ces formations sont de deux espèces. Les premières sont susceptibles d'héberger des malades ; elles font l'objet du tableau joint. Les autres ne sont destinées qu'aux soins ambulatoires : ce sont les dispensaires simples et les centres de traitement.

Les formations médicales susceptibles d'héberger des malades sont réparties entre quatre catégories :

a) Les hôpitaux généraux subvenant à tous les besoins des hospitalisés hommes, femmes et enfants et comprenant au moins une section de maladies internes, une section chirurgicale et une section obstétricale.

b) Les maternités ne recevant que des cas obstétricaux.

c) Les dispensaires ruraux pourvus de locaux d'hospitalisation pour cas courants ou cas qui attendent l'évacuation vers l'hôpital central, mais où les malades subviennent le plus souvent eux-mêmes à leur alimentation. Ce sont des dispensaires infirmeries.

d) Les formations spécialisées pour certaines affections chroniques, trypanosés avancés, tuberculeux, aliénés et surtout lépreux.

Dans le tableau qui figure dans le texte, les hôpitaux généraux et les maternités sont englobés dans la même rubrique, sans qu'il soit possible de faire entre les deux catégories de formations un partage exact.

Les formations se répartissent toutes entre :

1° Le Gouvernement ;

2° Les missions religieuses et les organisations médicales philanthropiques (subsidées par le Gouvernement) ;

3° Les sociétés privées industrielles, agricoles ou autres, ayant des obligations médicales envers leur personnel.

Formations médicales hospitalières du Congo belge.

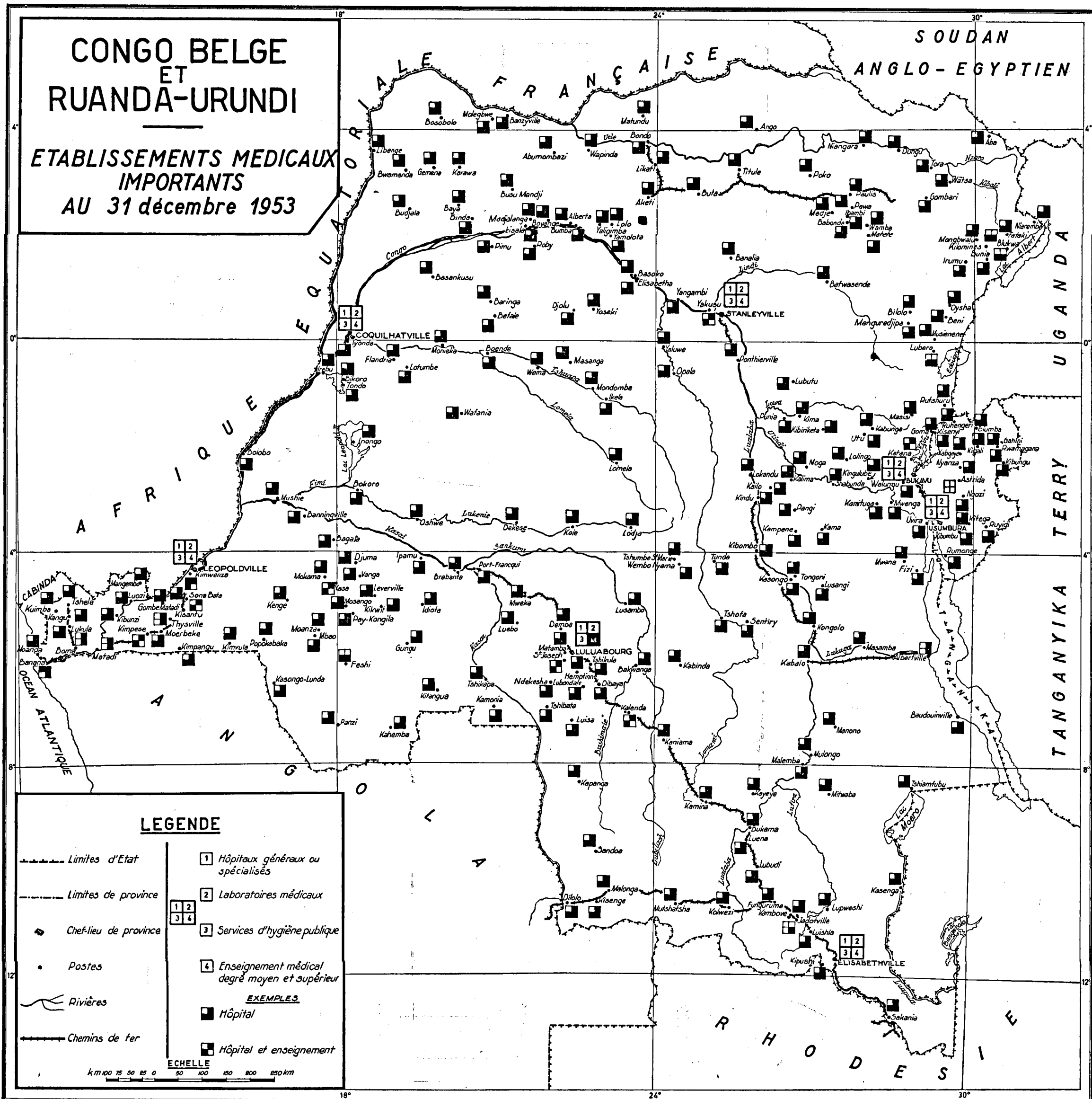
Désignation	Nombre d'établis- sements	Nombre de lits	Nombre moyen de lits par éta- blissement
A) Hôpitaux généraux et maternités.			
<i>a) Européens.</i>			
Gouvernement	42	612	15
Missions et organismes philanthropiques	22	109	5
Sociétés privées	34	225	7
<u>Total</u>	<u>98</u>	<u>946</u>	<u>10</u>
<i>b) Indigènes.</i>			
Gouvernement	99	11.505	106
Missions et organismes philanthropiques	106	7.891	74,5
Sociétés privées	119	12.378	104
<u>Total</u>	<u>324</u>	<u>31.774</u>	<u>100</u>
B) Dispensaires infirmeries pour indigènes			
Gouvernement	570	5.648	10
Missions et organismes philanthropiques	338	7.694	23
Sociétés privées	696	2.133	3
<u>Total</u>	<u>1.604</u>	<u>15.475</u>	<u>10</u>
C) Formations spécialisées (lèpre, tuberculose, trypanosomiase).			
Gouvernement	45	3.973	88
Missions et organismes philanthropiques	93	5.061	54
<u>Total</u>	<u>138</u>	<u>9.034</u>	<u>65</u>
<u>TOTAL GÉNÉRAL :</u>	<u>2.164</u>	<u>57.229</u>	

1. Au Congo belge.

Le tableau donne la répartition des lits selon la nature des formations hospitalières. Il demande des commentaires.

CONGO BELGE ET RUANDA-URUNDI

ETABLISSEMENTS MEDICAUX
IMPORTANTES
AU 31 décembre 1953



LEGENDE

--- Limites d'Etat

--- Limites de province

• Chef-lieu de province

• Postes

~ Rivières

— Chemins de fer

1 Hôpitaux généraux ou spécialisés

2 Laboratoires médicaux

3 Services d'hygiène publique

4 Enseignement médical degré moyen et supérieur

EXEMPLES

■ Hôpital

■ Hôpital et enseignement

ECHELLE

km 100 75 50 25 0 50 100 150 200 250 km

a) FORMATIONS POUR EUROPÉENS.

Les 946 lits servent à un total de 86.688 personnes de race blanche, ainsi qu'à un certain nombre d'autres personnes susceptibles d'être hospitalisées dans les mêmes cliniques. On peut estimer qu'il existe un lit pour environ 100 personnes, ce qui à première vue apparaît comme très satisfaisant.

Toutefois la répartition territoriale des lits présente certains défauts. Les petites cliniques des centres de faible ou moyenne importance (2 à 6 lits) ont un rendement irrégulier. Les hôpitaux plus vastes des grandes villes (50 lits et plus) sont le plus souvent surpeuplés du fait que, mieux outillés, ils servent de centres d'attraction pour les malades. Il en est notamment ainsi à Léopoldville et à Elisabethville. Aussi, toutes dispositions ont-elles été prises pour augmenter la capacité hospitalière des grandes cliniques pour porter le nombre de lits à au moins 1.200.

b) FORMATIONS POUR CONGOLAIS.

1) *Les hôpitaux généraux.*

Pour un ensemble de 11.939.471 Congolais ou personnes assimilées, il existe au 1^{er} janvier 1954 56.283 lits (soit $57.229 - 946 = 56.283$) c.-à-d., 1 lit pour 210 habitants, ou encore 0,475 pour 100, si l'on tient compte des formations spécialisées et de 0,399 pour 100 si l'on n'en tient pas compte.

La situation est satisfaisante, mais il faut examiner la répartition entre zones coutumières et zones extra-coutumières. Les zones extra-coutumières comptent, sans les Européens, 2.591.497 personnes. Les zones coutumières comptent 9.347.964 habitants.

Nous ne tiendrons pas compte des disponibilités hospitalières dans les formations spécialisées, nous réserverons

vant d'y revenir ultérieurement. Dans les 47.249 lits d'hospitalisation générale pour autochtones, une ventilation faite le plus objectivement possible nous a permis de trouver 19.511 lits à la disposition des habitants des zones extra-coutumières et 27.738 à la disposition des habitants des zones coutumières.

Il se trouve ainsi que les zones extra-coutumières bénéficient d'un lit pour environ 133 personnes ou encore le nombre de lits représente 0,753 pour 100 de la population.

Dans les zones coutumières, le nombre de lits ne représente que 0,296 pour 100 de la population, c.-à-d. qu'il y a un lit pour environ 338 habitants.

Signalons en passant qu'au 1^{er} janvier 1953, le nombre total de lits d'hospitalisation générale représentait environ 0,38 % de la population, et que dans les zones extra-coutumières, ils atteignent environ 0,77 % et dans les zones coutumières 0,28 %. Il y a donc une amélioration dans les zones coutumières et un léger recul dans les zones extra-coutumières, l'afflux d'habitants nouveaux vers les centres n'ayant pas été aussitôt compensé par un développement des formations hospitalières.

La situation décrite représente un progrès considérable sur celle de 1944-45 où l'on comptait 686 lits pour Européens et 29.833 lits pour autochtones, contre 946 lits pour Européens et 47.249 lits pour autochtones au 1^{er} janvier 1954, non compris les établissements spécialisés.

Est-ce à dire que la situation est tout à fait bonne et que notre armature hospitalière est susceptible de parer à tous les besoins ? Nous ne le croyons pas et nous sommes persuadé qu'il reste un effort à faire. L'exécution de la tranche en cours du plan décennal nous fournit d'ailleurs la certitude que cet effort est actuel.

Pouvons-nous nous fixer dès à présent un but à atteindre ? Sans chercher à proposer une solution idéale, nous croyons cependant que si les disponibilités hospitalières atteignent un nombre de lits égal à 1 % de la population

extra-coutumière et 0,5 % de la population coutumière, non compris les établissements spécialisés, nous aurons accompli l'étape la plus importante.

Que nous manque-t-il pour cela ? En supposant la population fixée à 12 millions et ces 12 millions répartis finalement en 1/4 dans les agglomérations extra-coutumières et 3/4 dans les zones coutumières, il nous manque dans les premières $30.000 - 19.511 = 10.489$ lits et dans les secondes $45.000 - 27.738 = 17.262$ lits.

En supposant, par contre, la population en progression selon un indice annuel de l'ordre de 7,5 à 8 pour mille, cette population atteindrait un ordre de grandeur de :

12.190.000 après 2 ans,
12.410.000 après 4 ans,
12.840.000 après 8 ans,
13.750.000 après 16 ans.

Les besoins accrus de ce fait peuvent s'exprimer comme suit :

Périodes	Augmentation de la population	Lits nouveaux à créer dans les agglomérations extra-coutumiè- res 1 % (1/4 de la population)	Lits nouveaux à créer dans les zones rurales 0,5 % (3/4 de la population)
Après 2 ans	190.000	475	712
» 4 ans	410.000	1.025	1.537
» 8 ans	840.000	2.100	3.150
» 16 ans	1.750.000	4.375	6.562

En tenant compte des besoins accrus, le nombre de lits supplémentaires serait ainsi :

Périodes	Nombre de lits encore à pourvoir	
	dans les agglomérations extra-coutumières	dans les zones coutumières et rurales
Après 2 ans	10.964	17.974
» 4 ans	11.514	18.799
» 8 ans	12.589	20.412
» 16 ans	14.864	23.824

Le manquant total est :

Actuellement	de	27.771 lits ;
Au 1-1-1956		28.938 lits ;
Au 1-1-1958		30.313 lits ;
Au 1-1-1962		33.001 lits ;
Au 1-1-1970		38.688 lits .

Or, le taux moyen d'accroissement du nombre de lits depuis 1944-45, c.-à-d., en 9 ans, a été de $47.249 - 29.833 = 17.416$. On peut donc dire que l'augmentation annuelle a été de l'ordre de 2.000 lits. Après 16 ans, elle serait de 32.000 lits, si nous persévérons dans notre effort. Ce serait déjà là une situation fort satisfaisante et il suffirait d'augmenter l'accroissement annuel d'un coefficient fixé de 20 %, soit 400 lits, pour arriver au résultat escompté.

Il nous reste à justifier nos taux de 1 % pour les agglomérations extra-coutumières, c.-à-d. dans notre esprit les grands centres urbains et les centres industriels, et le taux de 0,5 % dans les moyens et petits centres urbains et les zones rurales. Cette justification est basée sur deux constatations.

En premier lieu, les populations agglomérées dans les grands centres urbains et dans les centres industriels acquièrent rapidement des besoins accrus d'une façon généralement quelconque et en particulier en matière de secours médical. Les habitants des zones rurales, et il en est spécialement ainsi au Congo, sont plus frustes et le resteront encore durant de longues années.

En second lieu, les installations hospitalières des grands centres desservent toujours une population nombreuse concentrée en un petit espace. Elles sont de ce fait plus importantes et mieux servies en personnel et matériel. Elles attirent les patients venant des zones rurales. Les médecins de ces dernières zones y envoient eux-mêmes les cas spéciaux pour le traitement desquels ils ne possèdent pas les moyens nécessaires.

2) *Les formations hospitalières spécialisées.*

Il faut entendre par là, au sens de l'organisation médicale du Congo belge, des formations destinées à traiter une affection déterminée, généralement chronique et endémique. Il faut ranger dans ce cadre notamment la lèpre, la tuberculose, la trypanosomiase avancée, et par analogie, les affections psychiatriques.

On aurait pu y ajouter, *sensu lato*, les asiles pour vieillards infirmes et les orphelinats. Toutefois, nous croyons que ces deux catégories de personnes, malgré tout l'intérêt qu'elles nous inspirent, relèvent bien plus de la sollicitude du Service d'assistance sociale que du Service médical. Aussi, nous suffira-t-il, dans cet exposé, de dire que les quelques 2.000 à 3.000 orphelins recueillis actuellement au Congo belge, le sont presque tous par des organismes religieux en annexe des hôpitaux et maternités et que pour les vieillards infirmes, rien de spécial n'est encore organisé.

Comme synthèse de ce chapitre, nous pouvons dire que les établissements spéciaux pour les lépreux sont en pleine voie de développement.

Les sanatoria pour tuberculeux sont à leur début.

Les asiles pour aliénés sont à peine existants.

Les lazarets pour trypanosés avancés sont à leur déclin et destinés bientôt à disparaître avec le déclin de la maladie du sommeil. Il n'en reste plus que quelques rares exemplaires. Nous n'en dirons pas plus.

Le Congo belge dispose dans les établissements spéciaux de 9.034 lits répartis entre 138 formations, soit en moyenne 65 lits par formation. La grande majorité de ces formations servent à l'isolement et au traitement des lépreux.

Au début 1954, un nombre restreint de lits était réservé, dans les établissements spéciaux aux tuberculeux et aux aliénés. On peut supputer ce nombre à quelque

400 pour chaque catégorie. Il existe entre autres un sanatorium pour tuberculeux à Léopoldville, qui hébergeait, le 31 décembre 1953, 314 tuberculeux. Le CEMUBAC en hébergeait 91 à cette date, à Shabunda. L'asile des aliénés de Léopoldville, de conception vétuste, hébergeait quelque 200 aliénés. Au total, tuberculeux, aliénés, trypanosés avancés, disposent d'un bon millier de lits, laissant le surplus aux lépreux, soit environ 8.000 lits.

Cet exposé de la question donne une idée fort imparfaite de l'effort fait en faveur des aliénés, des tuberculeux et surtout des lépreux. Bon nombre d'aliénés, un grand nombre de tuberculeux, sont soignés dans les formations médicales à activité générale, soit dans les hôpitaux, soit dans les dispensaires. En 1953, le nombre de tuberculeux soignés dans les seules formations du Gouvernement atteignait 6.814, dont 4.802 furent hospitalisés. Il est évident que les quelque 400 lits de deux sanatoria n'ont pu suffire à cette action.

Quant aux lépreux, 34.774 se trouvaient présents le 31 décembre 1953 dans 180 centres d'isolement plus ou moins bien organisés. Aussi, s'il est fait mention de 8.000 lits dans un peu plus de 100 formations destinées aux lépreux, il s'agit uniquement de lits d'hospitalisation pour cas aigus, pour grabataires chroniques et pour affections intercurrentes.

Parmi les 180 centres d'isolement de lépreux, il s'en trouve 19, relatés dans le rapport annuel du Service médical pour 1953, qui abritent 20.700 lépreux, soit une moyenne supérieure à mille par centre. Ces formations importantes ont mérité le nom de centres d'isolement organisés (C. I. O.) pour lépreux.

Quels sont nos besoins réels pour recueillir et traiter les aliénés, tuberculeux et lépreux ?

Le recensement des aliénés n'a pas été effectué, si ce n'est dans quelques groupements restreints. Il n'est pas téméraire d'affirmer qu'un asile de 500 lits par province

serait un premier pas nécessaire, soit 3.000 lits pour le Congo belge. Un premier asile moderne de cette importance sera réalisé sous peu près de Luluabourg.

Le nombre de tuberculeux qui devraient recevoir des soins sanatoriaux est également difficile à définir. Quelques prospections soigneusement faites, mais très localisées, permettent d'avancer que le nombre de lésions tuberculeuses pulmonaires qu'il est possible de déceler par la radiographie de masse, serait probablement de 1 % dans les centres extra-coutumiers et de 0,5 % dans les zones rurales. Il y aurait ainsi pour le Congo belge, 75.000 personnes donnant une radiographie positive. Sont-elles toutes justiciables d'une cure sanatoriale ? Certes non. On peut exclure d'abord les cas typiques de primo-infection qui constituent plus ou moins 50 % de ce nombre, ensuite tous les cas ganglionnaires ou à évolution supposée terminée, pour ne retenir finalement que les cas nettement évolutifs, à lésions ouvertes, disséminateurs de bacilles. Pour avoir une idée suffisamment précise de l'importance de ce dernier groupe, la mise en évidence du B. K. aurait dû être faite ; or c'est là une tâche qui dépasse nos possibilités actuelles.

Force nous est donc de nous contenter d'une supputation approximative et de situer le nombre de tuberculeux pulmonaires à traiter en sanatorium entre 0,5 et 1 pour mille de la population. Il faudrait donc 6.000 à 12.000 lits. Si, dans dix ans, le Congo belge était doté d'au moins six sanatoria de 500 lits, un premier pas important serait déjà franchi.

Le nombre de lépreux est mieux connu. D'après les nombreuses prospections faites un peu partout et les estimations du Dr DRICOT, ce nombre se situerait aux environs de 200.000, dont un peu moins de 10 % seraient au stade réputé le plus contagieux des manifestations lépromateuses. Une autre fraction, représentant un peu plus de 10 %, grouperait d'autres formes multibacil-

laïres et les grabataires impotents. 40.000 lépreux devraient ainsi trouver asile dans des Centres organisés d'isolement, répartis dans les six provinces. Chaque C. I. O. devrait grouper de 500 à 2.000 lépreux, dont les plus valides s'adonneraient à une occupation et plus particulièrement à des travaux agricoles. Grâce à une véritable conjugaison d'efforts de la part du Gouvernement, des missions religieuses, de la Croix-Rouge du Congo, du Fonds du Bien-Être Indigène, grâce à la vigoureuse impulsion morale que la Fondation Père Damien a imprimée à la lutte contre la lèpre depuis quelque 15 ans, la moitié de ce vaste programme est en bonne voie de réalisation. La découverte de l'action bienfaisante des sulfones fut l'un des facteurs les plus importants de réussite.

Le Fonds Reine Élisabeth (FORÉAMI) vient, à la demande du Gouvernement, de prendre en mains la tâche importante de mieux coordonner les efforts et de mener à bien tout le programme de la lutte antilépreuse. À côté des C. I. O., le traitement ambulatoire des cas réputés peu ou non contagieux s'organise dans un nombre considérable de dispensaires et d'hôpitaux.

On peut espérer que dans 10 ans, le FORÉAMI aura accompli l'essentiel de son programme.

3) *Les dispensaires.*

Outre les dispensaires munis de locaux réduits d'hospitalisation, que nous appellerons dispensaires-infirmes, le Congo belge dispose d'un nombre considérable de dispensaires à activité permanente et de centres de traitement à activité intermittente pour les traitements des cas ambulatoires. Aux 1.604 dispensaires-infirmes du Gouvernement, des missions religieuses, d'organismes philanthropiques, des sociétés industrielles, s'ajoute un nombre de même importance de dispensaires simples et de centres de traitement. Il est intéressant de noter

que bon nombre de chefferies ont fait construire sur leurs propres ressources des dispensaires ruraux qui sont généralement desservis par le personnel du Gouvernement.

Nous ne possédons malheureusement pas le décompte exact de toutes ces formations. Nous croyons ne pas être loin de la vérité en admettant qu'il existe un nombre total de dispensaires et de centres de traitement proche de 3.000. Si nous ajoutons à ce nombre celui des hôpitaux, nous obtiendrons le nombre de tous les points où le secours médical est disponible, soit 3.560 postes de secours médical, c.-à.-d., un poste pour une moyenne de 3.300 à 3.400 habitants.

Cela suffit-il ? Les dispensaires ne sont pas répartis d'une façon uniforme. Les groupements de main d'œuvre des sociétés en possèdent à eux seuls 40 % ; viennent ensuite les cités indigènes et enfin les zones rurales.

Admettant que les groupements extra-coutumiers, soit 2.591.507 habitants, disposent de 45 % des postes de secours médical et les zones rurales, soit 9.367.964 habitants, de 55 %, nous obtenons la répartition suivante :

Population desservie par un poste de secours médical.

Groupements	Population desservie		Aire moyenne couverte
Extra-coutumier	1.555	1 %	14,6 km ²
Coutumier (rural)	4.784	99 %	1.185 km ²
Moyenne générale	3.376	100 %	655 km ²

Il s'avère ainsi que la situation est très différente dans les deux groupements. Encore faut-il ajouter que dans les groupements extra-coutumiers, le sous-groupe de la main-d'œuvre (M. O. I.) est mieux desservi que le sous-groupe des cités indigènes.

On peut en conclure qu'il manque encore des dispensaires dans les cités indigènes et plus encore dans les zones rurales pour permettre à chacun d'accéder facilement à un secours médical courant. Quel est l'importance

de ce manquant ? Il est difficile de répondre d'une façon précise à cette question. Elle recevra une réponse différente suivant les endroits et notamment en considération du fait que dans des groupements denses où la population peut atteindre aisément le dispensaire, celui-ci doit être plus important, mais peut desservir un plus grand nombre de personnes, alors que dans les zones peu peuplées, les dispensaires seront peut-être plus rudimentaires, mais plus nombreux, pour éviter aux malades l'obligation de parcourir de trop grandes distances.

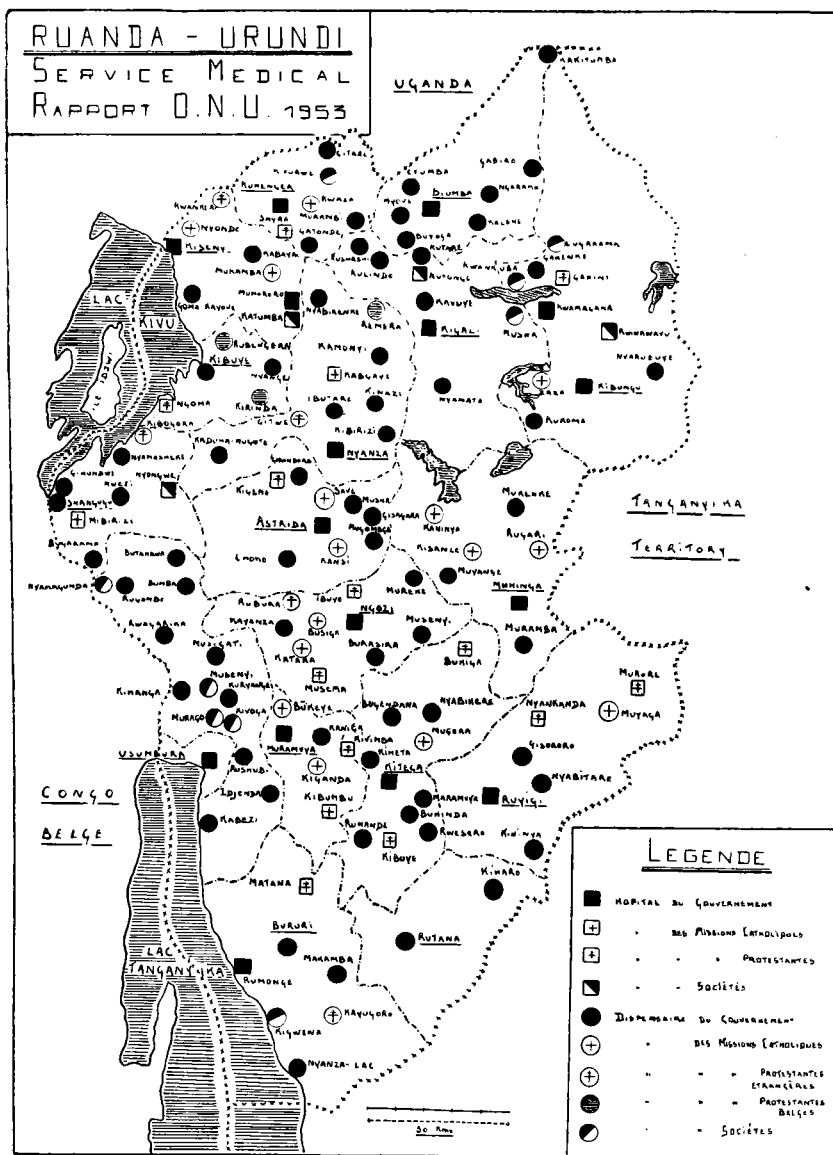
2. Au Ruanda-Urundi.

Le tableau ci-joint donne la répartition des formations hospitalières au Ruanda-Urundi.

Formations médicales hospitalières du Ruanda-Urundi.

Désignation	Nombre d'établis- sements	Nombre de lits	Nombre moyen de lits par établissement
A) <i>Hôpitaux généraux.</i>			
Gouvernement	16	1.915	120
Missions	15	1.083	71
Sociétés privées	4	255	62
<u>Total</u>	<u>35</u>	<u>3.253</u>	<u>92</u>
B) <i>Maternités.</i>			
Gouvernement	5	?	
Missions	4	?	
<u>Total</u>	<u>9</u>	<u>630</u>	<u>70</u>
C) <i>Dispensaires-infirmes.</i>			
Gouvernement	35	417	12
Missions	11	169	15
Sociétés privées	1	10	10
<u>Total</u>	<u>47</u>	<u>596</u>	<u>13</u>
D) <i>Établissements spéciaux.</i>			
Gouvernement	1	800	800
Sociétés philanthropiques	1	108	108
<u>Total</u>	<u>2</u>	<u>908</u>	<u>454</u>
<u>TOTAL GÉNÉRAL :</u>	<u>93</u>	<u>5.387</u>	<u>58</u>

Le rapport annuel du Ruand-Urundi ne fait pas de distinction entre hôpitaux généraux pour Européens et autochtones.



Ruanda-Urundi. Formations médicales hospitalières.

Il ne fait pas non plus la répartition des lits entre maternités du Gouvernement et des Missions.

a) FORMATIONS POUR EUROPÉENS.

Il n'est pas fait de distinction, dans les rapports du Ruanda-Urundi, entre hôpitaux pour autochtones et hôpitaux pour Européens. Les cliniques réservées à la partie évoluée de la population sont d'ailleurs peu nombreuses et ne comptent au total guère plus de 40 à 50 lits. La plus importante de ces cliniques est l'hôpital « J. RODHAIN » d'Usumbura.

b) FORMATIONS POUR AUTOCHTONES.

1) *Hôpitaux généraux.*

Le Ruanda-Urundi dispose de 35 hôpitaux généraux, dont 34 destinés aux autochtones avec 3. 212 lits, 9 maternités comptant 630 lits et 47 dispensaires-infirmes comptant 596 lits, soit 4.466 lits pour une population de 4.071.702 habitants coutumiers et 75.419 habitants extra-coutumiers, c.-à.-d., 4.147.121 de population totale.

Il y a donc un lit pour 906 habitants ou un nombre de lits représentant 0,105 % de la population.

Comme pour le Congo belge, nous essaierons de répartir les lits entre zones rurales coutumières et groupements extra-coutumiers. Les seules formations que nous considérons comme plus particulièrement réservées aux groupements extra-coutumiers sont l'hôpital du Gouvernement d'Usumbura et les formations des sociétés.

Le Ruanda-Urundi dispose ainsi de quelque 600 lits pour les groupements extra-coutumiers et de 3.866 lits pour les habitants des zones coutumières. Dans les premiers, il existe un lit pour 125 personnes ou encore un nombre de lits égal à 0,8 % de la population.

Dans les secondes, il existe un lit pour 1.053 habitants, ou encore un nombre de lits égal à 0,094 % de la population.

Il résulte de ces données que si les groupements extra-coutumiers du Ruanda-Urundi sont un peu mieux desservis en lits d'hospitalisation que le Congo belge, les zones rurales le sont dans une mesure notablement moindre : 0,8 contre 0,753 d'une part, 0,094 contre 0,296 d'autre part.

Dans l'ensemble, l'armature hospitalière du Ruanda-Urundi est moins pourvue que celle du Congo belge. A la base de cette situation, nous trouvons plusieurs raisons. Nous nous contenterons d'en donner trois qui nous paraissent importantes :

a) Le Ruanda-Urundi n'a été confié à l'administration de la Belgique que depuis un peu plus de 30 ans, alors qu'au Congo belge ce délai est de l'ordre du double ;

b) Les ressources de ce pays, basées avant tout sur l'agriculture et l'élevage, sont notablement moindres que celles du Congo belge. Or, il est incontestable que le développement de l'organisation médicale dépend directement de la prospérité économique ;

c) Le plan décennal du Ruanda-Urundi est à peine en voie de réalisation. Rendu public en 1951, il ne fait sortir ses premiers résultats qu'en fin 1952. C'est pourtant de sa mise en œuvre qu'il faut attendre un premier développement du Service médical et en particulier de l'armature hospitalière.

Dans la préface du Plan décennal du Ruanda-Urundi élaboré par le vice-gouverneur général PÉTILLON, le ministre des Colonies A. DEQUAE s'exprime comme suit : « Pour les habitants du Ruanda et de l'Urundi, le Plan décennal est une promesse que leur fait la Belgique : c'est aussi la garantie d'un avenir meilleur ».

En supputant, d'autre part, les investissements à faire

par les sociétés et surtout par le Fonds du Bien-Être Indigène, on peut espérer que dans 8 à 10 ans, la capacité hospitalière du Ruanda-Urundi se sera accrue d'au moins 50 %.

Sur une prévision de 497.656.000 F consacrés aux investissements médicaux, 166.466.000 F sont destinés à augmenter la capacité hospitalière, sans compter 27.536.000 F à consacrer aux établissements spéciaux. Plus de 75 % de ces sommes sont destinés aux zones rurales.

2) *Les formations spécialisées.*

La maladie du sommeil n'est pas au Ruanda-Urundi un problème suffisamment important pour entrer en ligne de compte ici. Par contre, ces formations s'imposent au profit des lépreux, des aliénés et des tuberculeux.

La lèpre est moins répandue au Ruanda-Urundi qu'au Congo. On estime le nombre de lépreux à plus ou moins 5.000, soit environ 1,25 ‰ de la population. Un premier centre d'isolement organisé a été établi à Nyankanda en Urundi ; il dispose de 800 lits. Un second établissement sera construit au Ruanda.

Les aliénés sont actuellement soignés dans les hôpitaux généraux et notamment à l'hôpital d'Usumbura. Le Plan décennal prévoit la construction d'un asile, probablement à proximité d'Usumbura. Le recensement des aliénés n'a pas été fait jusqu'à présent.

Le problème de la tuberculose prend au Ruanda-Urundi une ampleur au moins égale à celle qu'il prend au Congo belge. Une première prospection a été faite par les équipes spécialisées du Centre médical de l'Université de Bruxelles en Afrique centrale (CEMUBAC). Il existe un premier sanatorium à Kibumbu (Urundi) comprenant 108 lits. Un deuxième sanatorium est en voie de réalisation dans le Ruanda à Rwamagana.

Deux établissements de ce genre seront loin de satisfaire aux besoins. A supposer que ceux-ci soient égaux à ceux du Congo belge (et ils sont au moins aussi grands), le nombre de lits nécessaires se situerait entre 2.000 et 4.000.

Le plan décennal n'ayant pas nommément prévu des sanatoria pour tuberculeux, un effort supplémentaire devra être fait pour parer à ces nécessités.

3) *Les dispensaires.*

Outre les 47 dispensaires-infirmes portés sur le tableau déjà mentionné, le Ruanda-Urundi compte encore 64 dispensaires fixes à fonctionnement permanent et un certain nombre de centres de traitement à activité intermittente qu'on peut estimer à un minimum d'une cinquantaine. Si l'on ajoute à ces nombres les hôpitaux et maternités, on peut compter environ 210 postes de secours médical pour le Ruanda-Urundi.

La superficie moyenne à réserver par poste de secours est de l'ordre de 257 kilomètres carrés, c.-à.-d. des carrés ayant environ 16 kilomètres de côté. Le poste de secours se trouvant au centre de ce carré, la distance maxima à parcourir pour y accéder est à vol d'oiseau de 11,5 kilomètres. Chaque poste de secours médical dessert une population moyenne de 19 à 20.000 habitants.

Au Congo belge, où il existe environ 3.650 postes de secours médical, chaque poste dessert en moyenne une aire de 655 km², soit un carré d'environ 26 km de côté, habité par une moyenne d'à peine 3.400 habitants qui auront à parcourir, à vol d'oiseau, des distances plus longues. Si l'on ne considère que les zones rurales, chaque poste de secours dessert en moyenne quelque 4.800 personnes occupant une aire de 1.185 km², soit un carré d'environ 34 km de côté.

Il résulte de ces constatations que le secours médical

courant est plus accessible au Ruanda-Urundi qu'au Congo belge, malgré le fait que chaque dispensaire dessert un groupe plus important d'habitants dans le premier territoire que dans le second. Ainsi se trouve au moins partiellement compensée une certaine carence en armature d'assistance médicale.

3. Conception future des formations hospitalières.

L'exposé qui précède montre que, dans le passé, un principe de dualité a présidé à la conception des formations hospitalières, les unes étaient réservées aux Européens, les autres aux autochtones.

Chaque formation se suffisait à elle-même en installations, en personnel et en outillage. On était ainsi entraîné, tout au moins dans les centres importants, à une duplication de tous ces éléments.

Le principe de dualité ne fut pourtant pas rigide. Il subit de nombreuses atteintes en raison des circonstances locales, de l'utilisation économique du personnel et de l'outillage, de l'évolution des populations, du développement rapide de nos territoires africains :

a) Les hôpitaux se multiplièrent dans l'intérieur des territoires sous le nom de Centres médico-chirurgicaux ruraux (C. M. C.) Au voisinage immédiat de ces centres s'érigèrent de modestes cliniques pour Européens ou personnes cultivées, qui sont desservies par le même personnel et qui sont les tributaires des services techniques généraux du centre.

b) Dans les agglomérations importantes, il fut paré à un gaspillage de personnel et de matériel en mettant à la disposition des Européens et des autochtones les mêmes spécialistes et le même matériel, tel que celui de la radiographie.

c) En fait, le caractère tranché des deux espèces d'hôpitaux s'est émoussé au cours des années ; des pavillons

pour personnes évoluées ont été créés dans les hôpitaux pour autochtones ; de même, les hôpitaux dits « d'Européens » reçoivent des malades non européens dont la culture et les moyens matériels leur en permettent l'accès.

d) Quelques réalisations récentes ont été inspirées par le souci de réunir les deux espèces d'hôpitaux en un seul complexe qui utilisera des services généraux et techniques communs et qui permettra d'en simplifier la desserte (Luluabourg-Astrida).

Pour des raisons en même temps économiques, professionnelles et sociales, l'autorité gouvernementale s'est tracée comme ligne de conduite pour l'avenir, d'adopter la conception d'un complexe groupant les deux genres de bâtiments hospitaliers autour des installations d'utilité générale ou technique destinées à desservir les uns et les autres. Sur un même emplacement se trouveront ainsi réunis les installations à usage communs, telles que cuisine, buanderie, magasin, pharmacie, groupe opératoire, radiographie, etc..., ainsi que, d'une part, le ou les corps de bâtiments constituant l'hôpital général comparable, *mutatis mutandis*, à nos hôpitaux belges d'assistance publique et, d'autre part, une clinique ouverte à tous ceux auxquels leur culture, leur rang social ou leurs moyens matériels permettent l'accès. Ainsi, tous les malades, quel que soit leur état social, bénéficieront des mêmes avantages au point de vue médical.

D'autre part, une sérieuse économie sera réalisée par la concentration du personnel, des installations communes et de l'outillage.

Certes, cette façon d'agir ne peut se généraliser du premier coup. Il y a des situations acquises qu'il est impossible de modifier sous peine de bouleversements importants et de dépenses qui outrepasseraient l'économie escomptée. La nouvelle ligne de conduite adoptée ne peut donc s'appliquer directement qu'aux réalisa-

tions futures ; ce n'est qu'en temps et lieu qu'elle peut progressivement modifier la situation déjà créée.

Il n'en est pas moins vrai qu'elle apparaît comme mieux adaptée aux besoins et aux aspirations de l'heure présente que la duplication des installations qui, à juste titre, croyons-nous, a prévalu autrefois.

D. Action en faveur de la mère et de l'enfant.

1. Généralités.

Il est peu de questions qui ont suscité autant d'enthousiasme et d'initiatives agissantes que celle qui concerne la protection de la mère et de l'enfant au Congo belge et au Ruanda-Urundi. Les Services médicaux et les Services d'assistance sociale y manifestent une émulation qui a créé, à plus d'une reprise, un certain degré de confusion et d'empiètement réciproque dans les attributions de chacun. À côté de l'action gouvernementale, il est éclos une floraison d'œuvres qui renforcent très notablement cette action, mais la compliquent également par leur diversité et leur dispersion.

Aussi, L. VAN HOOFF, médecin en chef du Congo belge de 1934 à 1946, a-t-il préconisé et partiellement réalisé, en 1939, la mise sur pied d'une œuvre coordinatrice à laquelle il comptait donner une appellation rappelant le nom de la regrettée reine Astrid. La première guerre mondiale le força à se limiter à la création de l'Œuvre pour la Maternité et l'Enfance Indigènes (OMEI) établie sur des bases modestes. Le plan décennal du Congo belge reprit l'idée primitive et inscrivit à son programme la création de l'Œuvre Reine Astrid pour la Maternité et l'Enfance Indigènes (O. R. A. M. E. I.), dont la mise sur pied est en voie de réalisation dans le cadre du Fonds Reine Élisabeth pour l'Assistance Médicale aux Indigènes (FORÉAMI).

Du point de vue médical, l'action en faveur de la mère et de l'enfant repose sur la trilogie : consultations prénatales, maternités, consultations postnatales (ou pour nourrissons). Cette trilogie doit se compléter par des établissements de pédiatrie. Cette action doit aussi couvrir la période qui débute à la grossesse avérée et finit à la fin de l'âge préscolaire.

Du point de vue social, la nouvelle œuvre à créer doit encore spécifier son programme. Il est à prévoir que celui-ci comprendra les orphelinats, ainsi que d'autres aspects de la question où l'action médicale et l'action sociale se compénètrent chez les nourrissons et les jeunes enfants à l'âge préscolaire.

L'action elle-même est menée par le Gouvernement et par toutes les institutions que nous avons citées dans le chapitre traitant de la structure générale de l'organisation médicale. Les sièges de l'action sont les formations hospitalières générales, ainsi que les maternités et les dispensaires importants.

Nous ne pouvons passer sous silence la part prépondérante qu'ont prise dans cette action les missions religieuses depuis de nombreuses années et plus récemment le Fonds du Bien-Être Indigène (F. B. I.).

Il ne nous est pas possible de faire l'énumération de tous les établissements qui se consacrent à cette action. Il nous paraît préférable, dans cet objet particulier, de donner une idée sur son étendue en nous basant sur les données des rapports annuels des Services médicaux de 1953 au Congo belge et au Ruanda-Urundi.

Signalons en passant, qu'à l'exception de la remarquable réalisation de la Croix-Rouge du Congo à Léopoldville, il n'existe pas d'hôpitaux pédiatriques séparés dans nos territoires africains. Des pavillons spéciaux sont réservés aux enfants malades dans les hôpitaux généraux des grands centres.

2. Les consultations prénatales et les maternités.

a) MATERNITÉS POUR EUROPÉENNES AU CONGO BELGE.

La quasi-totalité des Européennes ont recours, en cas de grossesse et d'accouchement, aux formations hospitalières du Gouvernement ou d'autres organismes.

Formations	Grossesses observées	Accouchements		
		normaux	dysto- ciques	préma- turés
Formations gouvernementales	2.042	1.757	145	70
Autres formations	1.018	682	61	20
TOTAL	3.060	2.439	206	90

Au Ruanda-Urundi, les maternités du Gouvernement relatent 115 accouchements eutociques et 13 accouchements dystociques. Les autres formations, respectivement 13 et 2.

b) MATERNITÉS POUR INDIGÈNES AU CONGO BELGE.

Quant aux indigènes, le rapport du Congo belge fournit les renseignements condensés dans le tableau suivant :

Formations	Grossesses observées	Accouchements		
		normaux	dysto- ciques	préma- turés
Formations gouvernementales	69.801	47.151	4.458	2.390
Formations des missions nationales	48.323	28.097	1.648	987
Formations des missions étrangères	23.653	9.290	1.155	380
Autres formations	37.481	26.849	1.386	1.334
TOTAL :	179.258	111.387	8.647	5.091
		125.125		

Si l'on estime la natalité des indigènes du Congo belge à un taux d'environ 32 pour mille, le nombre de naissances dans une population de 11.939.471 sera d'environ 380.000. Il en résulte que environ 33 % de naissances se passent dans des établissements hospitaliers et des maternités.

En 1944, l'activité déployée dans ce domaine porte sur 59.299 accouchements. Elle se trouve donc plus que doublée en 1953.

Le rapport du Ruanda-Urundi signale en 1953, 15.536 accouchements dans les hôpitaux et maternités du territoire ; 34 consultations prénatales ont été suivies par 32.494 personnes.

3. Les consultations postnatales.

Les rapports ne fournissent pas de renseignements sur les consultations postnatales organisées au profit des nourrissons européens. Elles existent cependant, mais ne portent que sur un nombre d'enfants relativement restreint qui peuvent facilement bénéficier des conseils et de l'assistance du médecin.

Au profit des nourrissons indigènes, il n'existe pas moins de 602 sièges où les consultations sont organisées. Elles sont classées en quatre catégories, suivant la qualification du personnel médical qui les dirige. On y trouve inscrits 284.236 enfants de 0 à 2 ans. La moyenne de présence se chiffre à 120.477 soit 41 %. Les consultations sont organisées sur un rythme hebdomadaire. Le taux de fréquentation, comme aussi le nombre d'inscrits est proportionnellement plus élevé dans les zones extra-coutumières que dans les zones coutumières, en raison des distances à parcourir pour se rendre aux sièges.

Sur la base d'une natalité de 32 pour mille et d'une mortalité proche de 20 à 25 pour cent durant la première année, nous pouvons estimer le nombre d'enfants de

0 à 2 ans présents au Congo à $\pm$ 670.000. Le nombre d'enfants inscrits est ainsi d'environ 44 % de l'ensemble.

C'est là un résultat que l'on peut considérer comme très satisfaisant avec l'état actuel de l'occupation médicale. Mais il reste un chemin considérable à parcourir non seulement pour toucher médicalement un plus grand nombre de nourrissons, mais encore pour coordonner et mieux organiser les consultations existantes. Ce sera là la tâche de la future œuvre Reine Astrid, ORAMEI, tâche vaste et complexe, mais susceptible de combattre efficacement la mortalité infantile encore trop élevée et d'apporter plus de santé à l'enfance indigène.

Au Ruanda-Urundi, il existait en 1953, 53 sièges de consultation pour nourrissons. Il y a été relevé une présence moyenne hebdomadaire de 23.034 consultants contre 20.431 en 1952. Chaque consultation y réunit un nombre de consultants double de celui du Congo belge, en raison de la plus grande densité de la population et des distances plus courtes à parcourir.

* * *

E. Les laboratoires médicaux.

1. Généralités.

La nécessité de la recherche scientifique s'imposa au Souverain de l'État Indépendant du Congo, dès le début de l'occupation belge à la fin du siècle dernier, pour contribuer à résoudre les angoissants problèmes de la pathologie centre-africaine.

Après la tentative malheureuse du Dr H. DE MARBAIX en 1894, VAN CAMPENHOUT fonda le premier laboratoire médical à Léopoldville en 1899. On y trouve plus tard, A. BRODEN, A. DUBOIS, J. RODHAIN, F. VAN DEN BRANDEN, L. VAN HOOF, P. BRUTSAERT, G. NEUJEAN.

Progressivement, d'autres laboratoires se créèrent au Katanga et dans les chefs-lieux des Provinces.

Ce sont les recherches concernant la maladie du sommeil de l'homme et les trypanosomiasés en général qui constitueront l'objet dominant du programme.

D'autres sujets s'y ajouteront incessamment ; mais nous préférons renvoyer pour plus de détails au travail de 1947 de A. DUBOIS et A. DUREN, publié dans le *Liber Jubilariis* consacré à J. RODHAIN en 1947.

On s'aperçut rapidement que les laboratoires médicaux ne pouvaient se confiner à l'étude des problèmes nouveaux. Leur intervention dans les problèmes courants entourant le diagnostic, le pronostic et le traitement des affections courantes, fut sollicitée de la part des médecins chargés de l'assistance médicale hospitalière et ambulatoire.

Ces laboratoires auront ainsi en même temps une tâche d'utilité pratique et immédiate et une seconde tâche de recherche à échéance plus lointaine et plus scientifique.

La grande majorité d'entre eux ont ce caractère de polyvalence. Seul peut-être l'Institut pour la Recherche Scientifique en Afrique Centrale (I. R. S. A. C.), qui consacre une partie de son activité aux questions médicales, échappe à cette règle générale ; en effet, l'I.R.S.A.C. met au premier plan de ses préoccupations la recherche scientifique dans le cadre de la biologie et de la pathologie, en évitant d'empiéter sur les activités habituelles des autres laboratoires médicaux.

Le Gouvernement a estimé que les laboratoires médicaux méritaient d'occuper une place de choix dans l'organisation médicale. Il a créé un cadre spécial des médecins de laboratoire et a mis à leur disposition des établissements nettement séparés des autres formations médicales, mais en relation constante avec elles.

D'autres organismes ont créé des laboratoires médicaux ; toutefois, l'ensemble de ces créations est notablement moins important que celles du Gouvernement.

La tâche des laboratoires médicaux est très vaste.

Elle englobe notamment les objets suivants :

- 1) Les examens et analyses utiles au diagnostic et au pronostic, d'exécution difficile, que les formations d'assistance médicale ne peuvent pas ou ne peuvent que difficilement pratiquer. Ceux-ci comprennent notamment certaines analyses cliniques, la sérologie, l'anatomie pathologique ;
- 2) La parasitologie médicale englobant la protozoologie, l'helminthologie ;
- 3) L'entomologie médicale, partagée avec les bureaux d'hygiène publique ;
- 4) La bactériologie et la fabrication de vaccins ;
- 5) Les analyses alimentaires, la nutrition et la toxicologie ;
- 6) Les recherches scientifiques en matières diverses que les circonstances du moment imposent ou que la spécialisation du chercheur l'incite à faire.

Tous les laboratoires n'assument pas nécessairement toutes ces tâches. On peut pourtant avancer que tous exécutent les examens nécessaires au diagnostic, à la protozoologie et à la bactériologie ; la plupart font en outre de la recherche scientifique.

Avant d'énumérer les différents laboratoires médicaux des territoires belges en Afrique, il convient de rappeler qu'il existe également en Belgique une institution directement intéressée à la recherche scientifique en matière de pathologie tropicale, c'est l'Institut de Médecine Tropicale « Prince Léopold » à Anvers (I. M. T.), dont l'Institut « Princesse Astrid » à Léopoldville est en quelque sorte une réplique. Des relations constantes existent entre l'I. M. T. et les laboratoires d'Afrique.

L'I. M. T. est en même temps école de médecine tropicale, clinique tropicale et laboratoire de recherches. Il contribue à la formation des futurs médecins de laboratoire de nos territoires d'Afrique. Son activité scienti-

Laboratoires médicaux du Congo belge et du Ruanda-Urundi.

Appartenance	Appellation	Localisation	Importance relative	Spécialisation ou activité prépondérante
Gouvernement	Institut Princesse Astrid	Léopoldville	1	Toutes activités ; trypanosomiasse ; analyses alimentaires ; toxicologie. B.P.I.T.T.
id.	Laboratoire provincial	Élisabethville	2	Activité générale ; vaccin antivariolique ; virologie.
id.	Laboratoire provincial	Stanleyville	2	Activité générale ; anatomie pathologique ; fièvre jaune.
id.	Laboratoire provincial	Bukavu	2	Activité générale ; rickettsioses ; virologie.
id.	Laboratoire provincial	Coquilhatville	2	Activité générale.
id.	Laboratoire provincial	Luluabourg	2	Activité générale ; vient d'être ouvert.
is.	Laboratoire du Ruanda-Urundi	Astrida	2	Activité générale ; rickettsioses.
id.	Laboratoire de la peste	Blukwa	3	Recherches sur la peste ; surveillance du foyer ; une annexe à Lubero.
id.	Bureaux-Laboratoires d'hygiène publique	Tous les grands centres	2 ou 3	Hygiène publique ; cf. ce chapitre.
I.R.S.A.C.	Laboratoire de recherches	Lwiro (Kivu)	2	Nutrition y compris <i>Kwashiorkor</i> .
I.R.S.A.C.	Laboratoire de recherches	Élisabethville	2	Biologie.
FORÉAMI	Laboratoire de campagne	Feshi (Kwango)	3	Nutrition : <i>Kwashiorkor</i> .
Croix-Rouge du Congo	Laboratoire de campagne	Pawa (Prov. orientale)	3	Lèpre.
Union Minière du Haut-Katanga	Laboratoires médicaux	Élisabethville et Jadotville	3	Analyses cliniques : bactériologie ; sérologie ; anatomie pathologique.
Kilo-Moto	Laboratoire médical.	Kilo (Ituri)	3	Analyses cliniques : bactériologie ; sérologie.

fique s'exerce dans tout le domaine de la pathologie tropicale et notamment dans ceux de la parasitologie, de la bactériologie, de l'entomologie médicale, de la mycologie tropicale. Nous y reviendrons au chapitre de l'enseignement médical.

2. Énumération des laboratoires.

Nous partageons ces laboratoires en 2 groupes : celui du Gouvernement et celui d'autres organismes. Le tableau en donne la localisation, l'importance relative, la spécialisation ou l'activité prépondérante.

Rappelons que l'Institut « Princesse Astrid » abrite le bureau permanent interafricain de la Tsé-tsé et de la Trypanosomiose (B.P.I.T.T.), dépendant de la C. C. T. A. ⁽¹⁾ Cet institut est en même temps le laboratoire provincial de la Province de Léopoldville.

Les activités spécialisées et prépondérantes des laboratoires ne sont pas nécessairement permanentes ; des circonstances d'opportunité dans le temps et dans la pathologie dominante, ainsi que la spécialisation des hommes eux-mêmes, peuvent aboutir à des changements dans l'orientation scientifique. On peut toutefois supputer une certaine stabilité dans la recherche de la trypanosomiose à Léopoldville, de la fièvre jaune à Stanleyville (Laboratoire reconnu par l'O.M.S.), de la peste à Blukwa, de la lèpre à Pawa et des objectifs poursuivis par l'I.R.S.A.C.

Il mérite d'être signalé que les intentions conjointes des services médicaux et vétérinaires du Gouvernement d'une part, celles de l'I.R.S.A.C. d'autre part, ont abouti à créer à Élisabethville un complexe de laboratoires érigés à proximité immédiate l'un de l'autre dans la même enceinte et qui comporte : un laboratoire médical pro-

⁽¹⁾ Commission pour la Coopération technique en Afrique au sud du Sahara, organisme intergouvernemental groupant la Belgique, la Fédération de Rhodésie et du Nyassaland, la France, le Portugal, le Royaume-Uni et l'Union de l'Afrique du Sud.

vincial, un laboratoire de médecine vétérinaire, un laboratoire de biologie avec bibliothèque centrale pour le complexe (I.R.S.A.C.), un animalier commun. Le complexe sera sous peu complété et achevé par l'établissement d'un laboratoire d'hygiène publique et de malariologie. Ce complexe se trouve situé à proximité de l'hôpital général des Congolais et de l'école des infirmiers. Cette situation apparaît comme particulièrement favorable.

Le programme futur de cet outillage scientifique apparaît comme peu chargé. Il y a lieu surtout de prévoir la modernisation et la reconstruction des laboratoires provinciaux de Stanleyville, Bukavu et de Coquilhatville. Il faut surtout espérer que l'équipe des chercheurs puisse être renforcée pour permettre aux établissements et à l'outillage de donner le maximum possible de leur rendement.

3. Les publications scientifiques.

Les chercheurs et les cliniciens intéressés aux problèmes médicaux tropicaux trouvent en Belgique l'hospitalité scientifique pour leurs travaux dans deux publications principales :

Les *Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale* ;

Le *Bulletin des Séances* et les *Mémoires* de l'Académie royale des Sciences coloniales (anciennement Institut Royal Colonial Belge, fondé en 1929), dont une des trois classes (la deuxième) a pour objet les sciences naturelles et médicales.

La Société belge de Médecine tropicale a été fondée le 21 mai 1920 ; elle publie des annales depuis la même année. C'est elle qui reçoit et accueille la plus grande partie des travaux originaux. Ces travaux y sont examinés et passés au crible d'une critique qui, tout en étant bienveillante et constructive, n'en est pas moins objective et sélective. Les annales ne publient qu'accessoire-

ment des notes cliniques ou statistiques d'importance plus locale ou plus restreinte.

Aussi serait-il souhaitable qu'une revue se crée en Afrique même qui, en collaboration avec celle de la Société belge de Médecine tropicale, publierait les observations médicales que leurs auteurs hésitent à envoyer en Belgique et qui pourraient cependant être d'un intérêt pratique pour leurs confrères.

La Classe des Sciences naturelles et médicales de l'Académie royale des Sciences coloniales accueille non seulement des travaux originaux, mais également des études d'ensemble, tant historiques que techniques. Les ressources dont dispose l'Académie lui permettent d'accueillir des travaux plus volumineux que ne peut se le permettre la Société belge de Médecine tropicale.

En réalité, ces deux organismes se complètent harmonieusement dans le domaine de l'hospitalité scientifique des travaux.

Certes, bien d'autres revues scientifiques nationales et étrangères sont utilisées par les chercheurs médicaux du Congo belge et du Ruanda-Urundi. Toutefois, le fait qu'en Belgique il n'existe que deux sièges importants d'accueil pour les travaux scientifiques médicaux doit être considéré plutôt comme un bien que comme une manifestation de carence.

Il ne semble pas qu'il soit utile de multiplier ces revues, sauf la suggestion que nous avons cru opportun de faire au sujet d'une revue de médecine et d'hygiène pratique à créer éventuellement au Congo belge.

F. L'hygiène publique.

1. Généralités.

L'importance très grande que revêtent dans les régions tropicales les problèmes de l'hygiène publique, l'atten-

tion plus particulière qu'y éveille l'impérieuse nécessité de combattre les maladies transmissibles, ont incité le Gouvernement à créer au sein des services médicaux un cadre de médecins hygiénistes.

Certains organismes industriels, tel que l'Union Minière du Haut-Katanga, ont organisé de leur côté des services d'hygiène dans le cadre de leur activité et dans l'aire de leur occupation du pays.

On peut définir d'une façon condensée la tâche du Service d'Hygiène publique sous deux rubriques :

a) L'hygiène du milieu, notamment l'hygiène de l'emplacement, de l'habitation, de l'eau potable, de l'alimentation et des matières usées. On peut englober dans cette rubrique l'hygiène de certaines collectivités ou tranches de la population, telles que les travailleurs, les nourrissons et jeunes enfants, les écoliers.

b) La prévention des maladies, notamment des maladies transmissibles et plus particulièrement de celles qui sont propagées par les insectes et les acariens ou dans lesquelles certains animaux interviennent comme hôtes intermédiaires tels que les mollusques et les rongeurs.

Le Service d'Hygiène publique et le médecin-hygiéniste en particulier interviennent dans ces domaines à des titres divers. Ici encore, nous essaierons de réduire les choses à leurs axes.

Dans les questions intéressant l'hygiène du milieu, le médecin hygiéniste intervient surtout à titre de conseiller : il étudie ces questions du point de vue de l'hygiène, il donne son avis dans les cas concrets d'application, mais il contribue également à surveiller et même à contrôler le fonctionnement. Il n'a la charge exclusive ou principale d'aucun de ces objets. Il collabore avec les services des travaux publics, de l'agriculture, du travail et de l'enseignement, comme aussi avec certaines organisations à caractère parastatal, telles que la Régie des

Eaux, l'Office des Cités Indigènes, et toujours avec le service administratif et territorial.

Dans les questions intéressant la prévention des maladies, il assume un rôle d'exécution et de responsabilité directe. Il dispose à cet effet de personnel, de matériel et d'installations. Son activité se manifeste en ordre principal dans la lutte contre les transmetteurs et hôtes intermédiaires des maladies transmissibles.

Des bureaux-laboratoires d'hygiène sont installés dans la plupart des grands centres et dirigés par des médecins-hygiénistes. Dans les zones rurales, ce sont les médecins chargés de l'assistance médicale qui ont également la charge de l'hygiène publique. Ils s'acquittent de cette charge dans la limite des moyens et des possibilités réduites dont ils disposent.

Toutefois, dans certaines zones rurales encore limitées et considérées comme des zones pilotes, une action plus énergique a été entreprise pour lutter contre les transmetteurs de la malaria.

2. Réalisations en matière d'hygiène publique.

Nous ne croyons pas pouvoir entrer dans un plus grand nombre de détails au sujet des attributions du Service d'Hygiène publique. Nous ne voulons pourtant pas perdre cette occasion pour décrire sommairement trois réalisations importantes en cette matière : l'approvisionnement en eau potable, et la lutte contre les insectes dangereux pour l'homme, et l'hygiène des travailleurs.

La sélection de ces trois sujets ne signifie nullement que l'alimentation et la nutrition, l'habitation, l'hygiène infantile et scolaire aient été négligées. Quant au problème de l'éloignement rationnel des matières usées, il est loin d'avoir reçu une solution satisfaisante. S'il est vrai que l'évacuation des matières usées de l'économie domestique (ordures ménagères) est organisée au moins dans les quartiers les plus évolués des grands centres, l'éloi-

gnement des matières usées du corps humain par des moyens collectifs (égouts) est à peine ébauchée. C'est là, nous en sommes persuadé, un des gros problèmes à résoudre dans l'avenir.

a) APPROVISIONNEMENT EN EAU POTABLE.

L'approvisionnement en eau potable des collectivités est considérée par le Gouvernement comme une des conditions essentielles de l'hygiène du milieu.

Il a confié cette tâche importante à un organisme parastatal, la Régie des Distributions d'eau et de l'électricité du Congo belge et du Ruanda-Urundi, REGIDESO.

Sauf dans quelques cas particuliers, comme celui de Jadotville, les installations appartiennent à l'État ; la REGIDESO en a l'exploitation et l'entretien.

En fin 1953, des distributions d'eau potable se trouvaient établies au Congo belge, à Boma, Bukavu, Coquilhatville, Élisabethville, Goma, Jadotville, Kamina, Kolwezi, Léopoldville, Luluabourg, Matadi, Paulis, Stanleyville et au Ruanda-Urundi, à Astrida et Usumbura. Des travaux étaient en cours pour l'alimentation en eau de Albertville, Bunia, Buta, Kikwit, Kindu, Kisenyi, Kongolo et Tshela. Des études étaient en cours à Banana, Bumba, Kabinda, Kasenga, Kigali, Kitega et Tongoni. Le programme s'étendra ultérieurement à d'autres centres.

Alors qu'en 1944, la REGIDESO distribuait 2.999.180 m³, en 1953, elle en distribuait 17.032.424. La population urbaine ainsi desservie s'élevait à près de 50.000 Européens et 750.000 Congolais.

Dans les zones rurales, c'est le Fonds du Bien-Être Indigène (F. B. I.) qui a entrepris de créer des points d'eau dans les régions où l'eau est plus rare ou plus difficilement accessible, ou bien encore où cette création contribue à la lutte contre la bilharziose. Le F. B. I. a chargé la REGIDESO d'exécuter son programme. En fin 1953,

les réalisations suivantes étaient dues à l'intervention du F. B. I.

Au Congo belge, 726 points d'eau desservent 194.917 personnes dans le Sud-Est et 126 points d'eau desservent 60.500 personnes dans le Kivu. Au Ruanda-Urundi, où les travaux furent plus poussés en raison de la pénurie naturelle d'eau, 7.356 points d'eau desservent 1.161.386 habitants.

Le programme du F. B. I. se poursuivra durant les années à venir.

b) LUTTE CONTRE LES VECTEURS DE MALADIES.

Cette seule tâche de la lutte contre les vecteurs des maladies transmissibles est susceptible d'absorber toute l'activité des médecins hygiénistes et de leurs équipes. Nous nous bornerons à en décrire les aspects principaux.

Rappelons que le déboisement des rives des cours d'eau et des lacs en amont, en face et en aval des agglomérations extra-coutumières et des villages riverains suffisamment peuplés a fait disparaître localement les tsé-tsé, *glossina palpalis*, transmetteurs de la maladie du sommeil.

Une campagne scientifiquement préparée et méthodiquement menée par feu le Dr M. WANSON a délivré Léopoldville d'une invasion de simulides et du danger de l'onchocercose, il y a quelques années, au moyen du D. D. T. répandu par avion.

La lutte contre les moustiques est menée dans les grands et moyens centres depuis de nombreuses années avec des succès divers. La destruction, ou tout au moins une grande raréfaction des *stegomyia* a été obtenu d'abord à Matadi, puis dans les autres centres, grâce à la recherche et à la destruction systématique des gîtes larvaires. L'inspection hebdomadaire a porté sur 116.350 habitations et parcelles en 1953. Dans tous les centres

importants, l'indice domiciliaire des *stegomyia* est tombé bien en dessous du plafond de 1 % admis par le règlement sanitaire international : l'indice est tombé dans la plupart des endroits à un taux de l'ordre de 1 ‰.

La lutte contre les anophèles par tous les procédés antilarvaires a certes eu des résultats appréciables. Ce n'est pourtant que depuis l'emploi des insecticides de contact à action rémanente que les anophèles se sont raréfiés à un point tel que la transmission de la malaria est devenue improbable. Toutefois, cette situation favorable n'est pas encore générale. D'abord appliquée dans les grands centres, puis dans les centres moyens et petits, la méthode de lutte par le D. D. T. ou le gammexane n'est encore appliquée dans les zones rurales que dans quelques territoires pilotes, notamment dans ceux de Thysville, Madimba et Astrida. A cette méthode de lutte s'ajoute en bien des endroits, l'usage de la chimio-prophylaxie préventive, surtout dans les consultations pour nourrissons.

Nous produisons, ci-après, quelques données numériques sur le nombre de personnes qui sont protégées par l'emploi des insecticides dans les centres et leur voisinage rural immédiat, comme aussi dans les zones pilotes rurales.

Population protégée en 1953.

Catégories de personnes	Centres urbains	Voisinage rural des centres	Zones rurales pilotes
Non autochtones	50.000	petit nombre	petit nombre
Autochtones extra-coutumiers	800.000	± 100.000	—
Autochtones coutumiers	—	—	105.000 au Congo belge 97.000 huttes au R.-U. représentant ± 300.000 habitants.

Au total, quelque 1.250.000 personnes.

L'éradication du paludisme n'a pu être obtenue **nulle**

part ; la raison peut en être probablement trouvée dans un manque de généralisation de lutte sur cet immense territoire, comme aussi dans la difficulté plus grande de lutter contre le dangereux et résistant *Anopheles gambiae*.

La chute des indices plasmodiques est partout nette ; en certains endroits elle atteint 90 %, mais dans l'ensemble, elle ne dépasse pas 75 %.

Les produits employés furent surtout le D. D. T. et plus rarement le gammexane.

Il faut attendre de l'avenir une extension territoriale de la lutte contre le paludisme et une intensification de celle-ci. Les mesures antilarvaires ne peuvent être perdues de vue et la chimioprophylaxie doit s'ajouter comme adjuvant aux autres mesures.

c) HYGIÈNE DES TRAVAILLEURS.

Le contrôle de l'hygiène des travailleurs est du ressort de la Direction des Affaires indigènes et sociales et plus spécialement de la Direction du Travail et non pas de la Direction générale des Services médicaux.

Il n'en est pas moins vrai que les services médicaux du Gouvernement et des sociétés y jouent un rôle important. Le sujet lui-même s'y prête d'ailleurs.

La législation en la matière suit le travailleur depuis son recrutement ou son engagement jusqu'à la fin de son emploi, y compris son rapatriement, ainsi que la sécurité du travail, l'indemnisation des dommages causés par les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Elle s'attache particulièrement en faveur du travailleur à son aptitude physique, à son alimentation, à son logement, à son équipement, à ses soins médicaux ambulatoires et hospitaliers ; elle englobe dans le bénéfice de ses dispositions la famille immédiate du travailleur.

Le décret sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs date du 15 juin 1921. Les résultats obtenus depuis quelque 32 ans sont manifestement bons.

La quantité de santé dont jouit le travailleur a considérablement augmenté, la morbidité et la mortalité ont été abaissés. Au point de vue démographique, le bilan déficitaire des collectivités de travailleurs, comme aussi de grandes cités indigènes où les travailleurs sont majorité, s'est retourné vers un net excédent des naissances sur les décès.

On peut donc en conclure que la mise en pratique des règles d'hygiène générale et spéciale a eu un résultat très favorable, tant au point de vue social que sanitaire.

3. Répartition du Service d'Hygiène publique.

On trouvera ci-après un tableau montrant la répartition des médecins hygiénistes du Gouvernement ou bien, en leur absence, la désignation des postes où un personnel technique qualifié est chargé de certaines questions d'hygiène publique sous la supervision du médecin chargé de l'assistance médicale.

Postes pourvus d'un Service d'Hygiène publique.

Postes	Médecin hygiéniste avec personnel d'Hygiène publique	Personnel d'Hygiène publique sous direction d'un médecin d'assis- tance médicale
Banana	1	—
Boma	1	—
Matadi	1	—
Thysville (et zones rurales pilotes)	1	—
Léopoldville	2	—
Coquilhatville	—	1
Stanleyville	1	—
Bukavu	1	—
Luluabourg	1	—
Élisabethville	2	—
Jadotville	1 (U.M.H.K.)	—
Kolwezi	—	1
Albertville	—	1
Usumbura	1	—
Astrida + zone rurale pilote	—	1 (médec. laboratoire)

Des bureaux-laboratoires d'hygiène ont été construits ou aménagés dans plusieurs de ces postes : Boma, Matadi, Thysville, Léopoldville, Coquilhatville, Stanleyville, Bukavu, Luluabourg, Albertville, Élisabethville, Jadotville (U. M. H. K. s'occupant en même temps de l'hygiène urbaine), Usumbura.

Plusieurs de ces installations sont anciennes et précieuses, notamment à Léopoldville et Élisabethville. Elles doivent être remplacées par des installations plus modernes.

Comme programme d'avenir on peut espérer, en outre, que le cadre du personnel spécialisé en hygiène publique soit considérablement étoffé et stabilisé. Il est à souhaiter que chaque province et le Ruanda-Urundi dispose d'un hygiéniste provincial qui aurait la charge de l'hygiène publique, non seulement au chef-lieu, mais encore la supervision technique de cet objet si important pour la santé publique et notamment du personnel spécialisé, dans toute la province.

* * *

G. L'enseignement médical.

1. Historique et généralités.

Les premiers médecins qui vécurent au Congo belge à l'âge héroïque de la conquête et de la pénétration n'avaient pas toujours bénéficié d'une formation spéciale en hygiène et médecine des pays chauds. Les Congolais qui les assistaient étaient éduqués à leur contact par la pratique journalière.

Dès que des signes de pacification et de stabilisation se manifestèrent, d'abord dans l'Ouest, une première école pour la préparation médicale d'auxiliaires congolais fut ouverte à Boma. La date exacte en est ignorée, mais

doit se situer après 1900. Cette école eut des répliques dans d'autres centres.

Plus tard, surtout après 1921, l'enseignement en vue de la formation d'infirmiers s'organise sur des bases stables, sous l'impulsion de J. RODHAIN et G. TROLLI.

Dans l'entre-temps, dès 1906, une école de médecine tropicale fut fondée à Bruxelles, par le Dr Émile VAN CAMPENHOUT, par décision du roi LÉOPOLD II, souverain de l'État Indépendant du Congo. Elle était destinée à préparer les futurs médecins coloniaux à leur mission dans le centre de l'Afrique.

L'enseignement médical se développa progressivement non seulement suivant les nécessités, mais encore, et surtout en Afrique, suivant le degré d'évolution et d'instruction générale des personnes destinées à assimiler cet enseignement.

Il se fait ainsi que certains échelons de cet enseignement peuvent être considérés comme relativement bien fixés chaque fois qu'ils sont établis sur des études de base elles-mêmes suffisamment généralisées et définies ; il n'y a plus lieu que d'y apporter des aménagements ou des améliorations.

D'autres échelons ont été établis sur des bases plus précaires, comme par exemple sur une connaissance plus ou moins complète des matières qui font l'objet des études générales du degré moyen, à un moment où ces études n'étaient organisées que sporadiquement et sans programme légalement défini. Ces échelons doivent faire, en temps et lieu, l'objet d'une revision soigneuse. Il est même normal de prévoir que certains peuvent être supprimés lorsqu'ils sont susceptibles de faire, en quelque sorte, double emploi avec d'autres échelons que la généralisation et la stabilisation des études de base permettent d'établir solidement.

C'est dire par là que l'enseignement médical des au-

tochtones est encore à un stade évolutif, notamment lorsqu'on aborde les échelons les plus élevés.

2. État actuel de l'enseignement médical.

L'enseignement médical, en vue de l'exercice de l'art de guérir au Congo belge et au Ruanda-Urundi est dispensé en Belgique et dans nos territoires africains.

a) EN BELGIQUE.

Le caractère dominant de cet enseignement, c'est d'être complémentaire. Nous mentionnerons plus loin les exceptions à cette règle : les agents sanitaires et les assistantes-infirmières et accoucheuses coloniales.

L'enseignement donné en Belgique est dispensé par l'Institut de Médecine tropicale « Prince Léopold » à Anvers.

Il a pour but de donner aux médecins, infirmières et accoucheuses déjà régulièrement diplômés, une formation spécialisée qui aboutit à la délivrance des diplômes ou certificats prévus et exigés par le décret sur l'art de guérir dans nos territoires africains.

Il forme dans le même sens les médecins vétérinaires, les auxiliaires vétérinaires et les licenciés en sciences biologiques, mais sans obligation légale.

Il prépare complètement à leur mission coloniale les agents sanitaires, dès après la fin de leurs études moyennes. Il est délivré aux agents sanitaires un certificat conforme aux dispositions du décret sur l'art de guérir. Ce certificat n'a de valeur que pour l'exercice de cet art dans nos territoires africains.

Il complète encore la formation de durée réduite des assistantes infirmières et des accoucheuses, par une spécialisation en médecine et hygiène tropicales ; le certificat délivré à ces personnes leur confère le titre

d'assistantes infirmières coloniales et d'assistantes infirmières et accoucheuses coloniales prévu par le décret sur l'art de guérir et qui n'a de valeur que dans nos territoires africains. Des écoles agréées par le Ministre des Colonies, jusqu'à présent séparées de l'I. M. T., dispensent l'enseignement réduit d'assistante infirmière (un an) et d'assistante infirmière et accoucheuse (deux ans).

Le corps professoral de l'I. M. T. procède également aux examens de maturité des médecins de l'Administration coloniale, examens exigés avant l'accession aux degrés supérieurs de la carrière.

La formation médicale générale et spécialement en médecine tropicale acquise à l'étranger peut tenir lieu de celle qui est acquise en Belgique sur présentation de documents probants que le Ministre peut tenir pour équivalents après examen de chaque cas particulier par la Commission permanente de l'Art de guérir du Conseil supérieur d'Hygiène coloniale.

L'I. M. T. remplit donc dans l'enseignement médical tropical un rôle de premier plan. L'Institut a organisé une section supérieure bilingue pour les diplômés des Universités, une section inférieure bilingue pour les porteurs d'autres certificats d'études. La préparation en médecine et hygiène tropicale y dure quatre mois ; cette préparation est assez courte, mais intensive. Il y est organisé deux sessions par an.

L'enseignement y est condensé dans les chaires suivantes : Pathologie tropicale et dermatologie (clinique) ;

Hygiène tropicale ;

Protozoologie et hématologie ;

Compléments de bactériologie ;

Zoologie médicale (entomologie-helminthologie) ;

Pathologie tropicale vétérinaire ;

Formation médicale ou vétérinaire générale pour agents sanitaires et auxiliaires vétérinaires ;

Conférences sur la déontologie, législation sanitaire intérieure et internationale, administration médicale ;

Nombreux exercices pratiques de laboratoire.

Durant l'année scolaire 1953-54, les cours ont été suivis par 355 élèves.

Pour les étudiants en médecine de dernière année, la fréquentation de l'école et de la clinique de l'I. M. T. tient lieu d'une des spécialités entre lesquelles les futurs médecins peuvent exercer leur droit d'option, en vue de l'obtention de leur diplôme de docteur en médecine en Belgique.

Il ne semble pas qu'il y ait à prévoir, dans l'avenir, des modifications profondes dans cette organisation qui répond aux besoins, sauf sous deux rapports. L'actuel Institut se révèle trop exigu pour son activité croissante. Il faut donc trouver la solution qui lui donne plus d'ampleur. D'autre part, une formation plus poussée en hygiène tropicale des médecins destinés au cadre de l'hygiène publique pourrait s'avérer nécessaire.

Nous ne pouvons passer sous silence les noms des directeurs de l'école de médecine tropicale et de l'I. M. T. qui s'y sont succédé depuis 1906 : les docteurs E. VAN CAMPENHOUT, A. BRODEN, J. RODHAIN et A. DUBOIS.

b) EN AFRIQUE.

Plusieurs écoles pour la formation du personnel médical sont établies dans nos territoires africains. Elles sont destinées avant tout à préparer du personnel autochtone.

Signalons toutefois que la formation du personnel sorti de l'I. M. T. est complétée dans les hôpitaux et laboratoires d'Afrique par un stage pratique d'au moins un mois.

Les écoles médicales du Congo belge et du Ruanda-Urundi peuvent être classées en trois groupes ou trois

degrés : le degré inférieur, le degré moyen, le degré supérieur ou tout au moins une ébauche de celui-ci. Chacun de ces degrés comporte deux caractères qui les différencient : d'abord la formation de base, ensuite le programme de la formation médicale. La résultante de ces deux formations détermine la mesure dans laquelle les personnes qui en ont bénéficié sont aptes à poser les actes nécessaires à la conservation de la santé, tant du point de vue préventif que du point de vue curatif. En vertu du décret sur l'art de guérir, le Gouverneur général détermine les conditions auxquelles le personnel médical formé au Congo belge et au Ruanda-Urundi peut donner des soins médicaux et pratiquer certaines interventions.

L'accès des écoles du degré inférieur est permis à toutes les personnes ayant des notions élémentaires d'école primaire, sans pour autant qu'elles aient parachevé les études primaires. Un concours d'admission peut être institué.

Le programme des études elles-mêmes comporte une partie théorique relativement courte et une partie pratique plus développée d'une durée minima d'un an et maxima de deux ans.

Ces écoles peuvent être dirigées par un seul docteur en médecine ; elles forment des aides infirmiers et des aides accoucheuses. La formation médicale y est simple et surtout pratique. Les études aboutissent à la délivrance d'un certificat.

Elles font l'objet de l'ordonnance du Gouverneur général du 26 avril 1935, chap. I et chap. II.

L'accès des écoles du degré moyen est permis aux personnes qui sont en possession d'un certificat d'études primaires complètes ; un concours d'admission peut être institué ; une préparation post-scolaire peut préparer à ce concours.

Ces écoles forment des infirmiers, des infirmières-accou-

cheuses et des gardes sanitaires. Elles requièrent la présence permanente d'au moins deux médecins.

Le programme des études médicales comporte :

Pour les infirmiers, 3 années d'études théoriques et 2 années de stage pratique dans les hôpitaux et dispensaires ;

Pour les infirmières accoucheuses, 3 années de cours théoriques et d'exercices pratiques combinés dans les hôpitaux et les maternités ;

Pour les gardes sanitaires, 3 années de cours théoriques et deux années de stage pratique en hygiène publique.

Les études aboutissent à la délivrance d'un diplôme. Des internats sont prévus dans ces trois espèces d'écoles.

Ces écoles font l'objet des ordonnances suivantes du Gouverneur général :

Ordonnance du 26 avril 1935 pour les infirmiers et gardes sanitaires ; pour ces derniers, également l'ordonnance du 5 novembre 1945 ;

Ordonnance du 22 février 1951 pour les infirmières accoucheuses.

Les écoles du degré supérieur ou plutôt intermédiaire entre le degré moyen et supérieur ne doivent pas être confondues avec des facultés de médecine du degré universitaire. Elles doivent être considérées comme des écoles techniques supérieures créées à un moment où un certain développement de l'enseignement médical et un relèvement du niveau de la formation médicale étaient estimées désirables et possibles, mais où un enseignement universitaire n'aurait pas encore pu être institué en raison de l'organisation insuffisante de l'enseignement général moyen du degré supérieur.

Les écoles médicales techniques du degré supérieur forment des assistants médicaux indigènes.

L'accès de ces écoles est permis aux élèves qui ont satisfait aux conditions d'un concours portant sur l'ensemble des matières enseignées dans les écoles moyennes.

officielles. L'ordonnance concernant ces écoles date du 12 mars 1936. L'enseignement moyen officiel n'étant pas suffisamment développé et généralisé, les élèves subissaient et peuvent encore subir actuellement une préparation post-scolaire préalable au concours.

Le programme des études médicales de ces écoles comporte 4 années théoriques et 2 années de stage pratique dans les hôpitaux et dispensaires. Il aboutit à la délivrance d'un diplôme d'assistant médical indigène.

Les écoles médicales de nos territoires d'Afrique sont organisées soit par le Gouvernement, soit par l'initiative privée. En ce dernier cas, les certificats et diplômes qu'elles délivrent ne sont reconnus que si elles sont agréées par le Gouvernement aux conditions qu'il fixe.

ÉNUMÉRATION ET ACTIVITÉ DES ÉCOLES MÉDICALES EN 1953 AU CONGO BELGE.

I. — *Degré supérieur.*

Assistants médicaux indigènes (4 ans théorie, 2 années de stage).

1 école officielle :	59 élèves,	6 diplômés, Léopoldville ;
1 école agréée :	28 élèves,	7 diplômés, Kisantu.

II. — *Degré moyen.*

A) *Infirmiers diplômés* (3 ans théorie, 2 ans stage).

4 écoles officielles :	271 élèves,	34 diplômés ;
5 écoles agréées :	186 élèves,	15 diplômés.

B) *Grades sanitaires* (2 ans pratique, 3 ans théorie).

3 écoles officielles :	49 élèves,	3 diplômés.
------------------------	------------	-------------

C) *Infirmières accoucheuses* (3 ans théorie et stage combinés).

2 écoles officielles :	26 élèves,	5 diplômées ;
1 école agréée :	8 élèves,	néant : création récente.

III. — *Degré inférieur* (1 à 2 ans, surtout pratique) :

A) *Aides infirmiers.*

40 écoles officielles : 537 élèves, 238 certificats ;

2 écoles agréées : 16 élèves, 9 certificats.

B) *Aides accoucheuses* (2 ans, surtout pratiques).

32 écoles officielles : 200 élèves, 69 certificats.

ÉCOLES MÉDICALES AU RUANDA-URUNDI, EN 1953.

Il existait au Ruanda-Urundi, 1 école d'assistants médicaux indigènes à Astrida, 3 écoles pour infirmiers diplômés, 2 écoles pour aides infirmiers, 5 écoles pour aides accoucheuses, dont 2 officielles et 3 agréées.

Les renseignements numériques sur le nombre d'élèves ne sont pas disponibles dans les rapports établis pour l'année 1953.

Il est pourtant possible d'affirmer que l'école d'Astrida forme un nombre d'A. M. I. au moins égal et même plus élevé que chacune des 2 écoles du Congo belge.

* * *

Au cours de 1953, 386 personnes qualifiées à des degrés différents sont sorties des écoles médicales du Congo belge. Sur un effectif de 6.786 unités en service, ce nombre représente environ 5,7 %, soit 10 pour 175. Ce rendement des écoles est à peine suffisant pour garantir une continuité dans l'effectif. D'autre part, le plus grand nombre des personnes formées se trouve au degré inférieur. Tout en reconnaissant que les éléments issus de ce degré inférieur sont indispensables et très précieux, nous pensons pourtant que ceux qui sortent des écoles du degré supérieur et surtout du degré moyen sont en nombre insuffisant. La carence est manifeste dans les écoles de gardes sanitaires.

Dans les lignes qui suivent, nous émettrons quelques suggestions pour l'avenir.

3. Programme d'avenir.

a) PRINCIPES.

En matière d'enseignement médical, c'est sur la base du développement quantitatif et qualitatif des écoles d'Afrique qu'il faut bâtir l'avenir. Ces écoles sont essentiellement destinées à la formation de personnel autochtone, mais doivent être accessibles également à toute autre personne désireuse d'acquérir une formation médicale en Afrique.

Telle est d'ailleurs la voie suivie par le Gouvernement en conformité avec les aspirations des habitants du Congo belge et du Ruanda-Urundi.

C'est là une règle générale, mais nullement absolue et exclusive. L'enseignement donné en Belgique reste une nécessité. Comme nous l'avons déjà écrit, cet enseignement est organisé sur des bases solides qui excluent toute réforme fondamentale. Des adaptations et des améliorations y sont toujours possibles. Nous avons déjà mentionné l'utilité de promouvoir à l'I. M. T. la formation coloniale des futurs médecins hygiénistes, comme aussi le manque d'ampleur des locaux actuels.

D'autre part, le développement de l'enseignement médical en Afrique ne doit pas exclure la possibilité pour le personnel médical africain et notamment pour les médecins, de bénéficier d'un enseignement supérieur ou spécialisé dans des écoles situées ailleurs qu'en Afrique, par exemple en Belgique. Une sorte d'interpénétration des études et de l'enseignement médical est d'ailleurs à l'ordre du jour des organisations internationales ; elle se traduit par l'échange d'élèves et de professeurs entre les différents États et par l'octroi de nombreuses bourses d'études à l'étranger.

Toutefois dans des pays relativement neufs, il convient d'user de ces moyens d'enseignement, avec la circonspection qu'impose leur degré d'évolution. C'est l'enseignement dans le territoire même qui reste le procédé de choix.

b) PROGRAMME.

Un premier pas vient d'être fait par l'initiative privée pour l'organisation d'un enseignement universitaire comprenant une faculté de médecine. *Lovanium* (a. s. b. l., créée par l'Université de Louvain) établit à Kimuenza, à quelque 25 km au sud de Léopoldville des Facultés de sciences, de médecine, d'agronomie, de pédagogie. La Faculté des sciences en sera la première réalisation et entrera en activité en fin 1954. Cette école sera surtout préparatoire à l'enseignement médical.

Étant donné que l'enseignement moyen du degré supérieur est une institution fort jeune dans nos territoires d'Afrique, il a été jugé bon de faire précéder l'accès à la première année de sciences par une préparation post-scolaire d'un an, qui aboutit à un examen destiné à choisir les éléments les plus aptes à assimiler l'enseignement supérieur. Cette préparation est en cours depuis fin 1953.

L'initiative de *Lovanium* a été suivie de près par le Gouvernement ; elle a été largement secondée par ce dernier, mais se place également sous son contrôle quant au programme à suivre. L'enseignement médical se fera suivant un programme parallèle à celui des facultés de médecine belges ; il comprendra 3 années de candidature en sciences naturelles et médicales, 3 années d'études médicales proprement dites et une année de stage pratique universitaire.

Il faut prévoir que dans un avenir proche, le Gouvernement établira lui-même une réplique de cet enseigne-

ment supérieur et notamment une faculté de médecine dans la partie orientale de nos territoires africains.

La création d'un enseignement universitaire médical remet en cause l'organisation actuelle de l'enseignement médical. Il est apparu à l'autorité que toute la question devait être revue.

Le Ministre des Colonies en a saisi le Conseil supérieur d'Hygiène coloniale. Non seulement le Conseil a eu la mission d'établir le programme des études de la faculté de médecine en se basant sur les programmes belges, mais encore d'éclairer l'autorité sur les répercussions de la création de l'enseignement universitaire sur les différents échelons de l'enseignement médical technique.

Le Conseil a estimé qu'une réforme de structure était nécessaire et a fait au Ministre des propositions auxquelles celui-ci a donné son agrément.

On trouvera ci-après les données essentielles de ces propositions.

Les 2 critères pour établir les échelons restent l'enseignement général de base et le programme des études médicales consécutives.

Entre les différents échelons, la distance doit être nette, c.-à-d., suffisante pour éviter toute tendance au chevauchement, toute ambiguïté dans l'étendue du droit d'exercer l'art de guérir. Si l'un des échelons déjà établis était entaché de ces défauts, il devrait disparaître dans le délai nécessaire à la mise en place des échelons nettement définis et séparés.

Il devrait y avoir 3 échelons dénommés : inférieur, moyen et supérieur, ce dernier étant réservé au degré universitaire.

Les échelons inférieurs et moyens actuellement existants devraient être améliorés et revalorisés ; l'échelon technique supérieur des A. M. I. devrait disparaître ou plutôt s'amalgamer avec l'échelon des infirmiers, ce dernier élevant son niveau, le premier au contraire réduisant quelque peu son programme.

Par application de ces données, les différents échelons seraient concrétisés dans le tableau schématique ci-après :

Degrés	Genre d'école	Formation de base	Formation médicale
Supérieur	Faculté de médecine	Études moyennes complètes.	7 années d'études.
Moyen	Écoles d'infirmiers (ou A. M. I. nouveau modèle), de gardes sanitaires d'infirmières-accoucheuses.	Enseignement moyen degré inférieur.	3 à 5 années d'études.
Inférieur	Écoles d'aides-infirmiers. Écoles d'aides-accoucheuses.	École primaire complète.	1 à 2 années de préparation surtout pratiques.

Le degré inférieur pourrait être complété par des écoles d'aides-gardes sanitaires et d'aides-infirmières. Les écoles d'aides-accoucheuses pourraient également se transformer en écoles d'aides-infirmières et accoucheuses en 2 années de préparation combinée surtout pratique.

Au point de vue administratif, les écoles du degré supérieur, universitaire, entreraient dans les attributions de la Direction générale ayant la charge de l'Enseignement. Les écoles du degré moyen et inférieur à caractère technique resteraient dans les attributions de la Direction générale des Services médicaux.

H. Les pharmacies et l'approvisionnement médical.

1. Généralités.

Depuis 1944, aucune modification importante n'est survenue dans ces deux domaines.

L'exercice de la pharmacie est réglementé par ordonnance du Gouverneur général en vertu du décret sur l'art de guérir. Seuls des pharmaciens qualifiés peuvent

tenir une officine ouverte au public dans son ensemble. D'autres personnes peuvent détenir et céder gratuitement ou à titre onéreux, des drogues ou produits pharmaceutiques dans des conditions et des limites fixées par le Gouverneur général.

Tels sont notamment les médecins, les vétérinaires, les personnes en charge de l'assistance médicale aux indigènes, les personnes ayant des obligations médicales envers leur personnel européen ou leur main-d'œuvre indigène. Les limites qui leur sont fixées concernent surtout les lieux de leur activité ou bien les groupes de personnes dont les soins médicaux leur incombent ou encore le genre de produits qui sont mis à leur disposition.

Toute importation de substances médicamenteuses destinées à la thérapeutique ou à la prophylaxie humaines est soumise à la délivrance d'une autorisation d'importation, même s'il s'agit de produits d'usage personnel. Il en est a fortiori ainsi des substances toxiques et des stupéfiants.

2. Le service du Gouvernement.

Le Gouvernement n'a établi nulle part une officine pharmaceutique ouverte au public. Il a laissé ce soin à l'initiative privée. Il se limite à l'approvisionnement, en produits et en matériel, de ses propres formations sanitaires fixes ou itinérantes. Encore a-t-il recours, pour les prescriptions médicales de détail de ses ayants droit, aux pharmacies privées, chaque fois que faire se peut, en vertu d'arrangements conclus avec elles.

Aussi le Gouvernement ne dispose-t-il que d'un corps pharmaceutique assez réduit. Sa tâche n'en est pas moins très lourde, étant donné l'extension du Service médical gouvernemental décrit dans les chapitres précédents.

Le Gouvernement dispose de 12 pharmaciens, dont 1 pharmacien en chef, ainsi que d'un nombre plus élevé

d'agents sanitaires faisant fonction d'aides en pharmacie, de techniciens et de personnel indigène.

Ce service pharmaceutique a particulièrement dans ses attributions :

- a) L'approvisionnement en produits et en matériel ;
- b) Le dépôt, la conservation et la distribution de ces matières ;
- c) L'inspection des pharmacies et l'analyse des produits ;
- d) Le contrôle des substances alimentaires en collaboration avec les laboratoires médicaux ;
- e) La desserte des formations hospitalières très importantes des grands centres tels que Léopoldville et Elisabethville.

Il a été établi à Léopoldville un vaste dépôt central médical et pharmaceutique dénommé D. C. M. P. qui reçoit, entrepose, conserve et distribue les produits et le matériel à toutes les formations médicales, gouvernementales, du Congo belge et du Ruanda-Urundi. A ce dépôt sont annexés des ateliers pour la revision du matériel scientifique, ainsi que des sections de radiographie, d'électricité médicale et d'orthopédie.

En 1953, l'approvisionnement a porté sur des médicaments, des pansements et du matériel de toute espèce, pour une valeur de 172 millions.

La satisfaction des besoins des formations médicales a nécessité de la part du D. C. M. P. la confection et l'expédition de 33.191 colis pour un poids total de 1.784 tonnes, comportant 10.296 expéditions par avion d'un poids total de 208 tonnes, le tout pour une valeur de 173 millions de francs, soit 3.460.000 dollars U. S. A.

Dans l'approvisionnement, la Belgique intervient pour 72,4 millions, le Congo belge pour 33,3 millions, une série de pays étrangers pour le solde.

Le Congo belge et le Ruanda-Urundi interviennent notamment pour la fourniture de matériel non technique et d'objets de pansement ; ils fournissent peu de produits médicaux, sauf la totalité de la quinine nécessaire aux besoins et qui constitue une partie de la production du Kivu et du Ruanda-Urundi.

Dans l'avenir, on peut prévoir une certaine extension du service pharmaceutique du Gouvernement, plus spécialement concernant les pharmaciens nécessaires à l'inspection de pharmacies et des stocks constitués dans les formations médicales éloignées comme aussi à la desserte des formations hospitalières d'un plus grand nombre de centres importants.

On peut entrevoir également que des matières autres que la quinine et les pansements viendront s'ajouter aux produits fabriqués dans l'intérieur même des territoires.

* * *

3. Les officines pharmaceutiques.

Plusieurs sociétés pharmaceutiques et un certain nombre de pharmaciens isolés ont établi au Congo belge et au Ruanda-Urundi quelque quarante officines desservies par 45 pharmaciens.

Ces officines ne desservent en pratique que les centres urbains et leur hinterland proche, ces agglomérations étant seules susceptibles de rendre viables ces établissements en tant que pharmacies de détail. Nous avons déjà mentionné que le Gouvernement avait recours à elles sous ce rapport.

Plusieurs d'entre elles sont pourtant organisées pour satisfaire à l'approvisionnement médical d'autres organismes ou sociétés industrielles qui préfèrent recourir à elles plutôt que d'acheter ces produits en Belgique ou à l'étranger.

Leur nombre ira sans doute en croissant avec le développement toujours progressif des centres urbains petits et moyens.

I. Les rapports annuels sur les Services médicaux du Congo belge et du Ruanda-Urundi.

Avant l'année 1925, on ne trouve sur l'activité des services médicaux que des rapports partiels ou des notes de caractère limité.

TROLLI établit en 1925 le premier rapport général. Il y donne des renseignements précieux sur l'historique du Service médical du Congo belge et fournit également quelques chiffres concernant le passé.

Le rapport qui est présenté annuellement par l'Administration coloniale aux Chambres législatives comprend un chapitre traitant de la santé au Congo belge. Ce document est public.

En outre, le Médecin en chef établit chaque année un rapport détaillé sur les services médicaux du Congo belge. Ce document fut imprimé et publié de 1925 à 1929, excepté pour 1926. Depuis 1930, il s'est replié sur la forme plus modeste d'un document à usage intérieur et simplement photocopié. Il n'en a pourtant rien perdu de sa valeur. C'est avant tout un instrument de travail destiné aux personnes qui ont une bonne connaissance des questions médicales du Congo belge.

Le Ruanda-Urundi ne publie pas de rapport détaillé de son service médical. Il se contente du chapitre médical inclus dans le rapport de l'Administration belge sur le Ruanda-Urundi, présenté annuellement aux Chambres législatives par le Ministre des Colonies. Ce document est également envoyé aux instances internationales et notamment au Conseil de Tutelle.

Indépendamment de ces rapports, il convient de signaler les rapports établis annuellement sur l'activité du

FORÉAMI qui est particulièrement intéressant et détaillé sur l'activité de la Croix-Rouge du Congo et du Fonds Social du Kivu.

D'autres organisations médicales relatent leurs activités, soit sous forme de documents détaillés d'usage intérieur (Sociétés comme l'OTRACO, l'Union Minière du Haut-Katanga, etc...), soit sous forme de courts résumés inclus dans d'autres rapports rendus publics.

C'est en dernière analyse le rapport détaillé du Médecin en Chef qui donne la meilleure idée sur l'ensemble de la question.

Mentionnons, pour terminer cet exposé, les montants consacrés par le Congo belge et le Ruanda-Urundi pour les dépenses médicales annuelles au budget ordinaire de 1953.

	Congo belge	Ruanda-Urundi	
Total budget ordinaire	7.047.463.000,— F	623.070.000,— F	en francs belges ou congolais.
Prévisions pour service médical	860.567.000,— F	101.546.000,— F	1 \$ USA. = ± 50 F ;
% pour Service	12,2 %	16,3 %	1£ = ± 140 F.

Il y a lieu d'ajouter à ces montants les dépenses consenties par les organismes parastataux et philanthropiques, ainsi que par les sociétés. Leur montant est inconnu, mais il est élevé et atteint, croyons-nous, au moins la moitié du budget du Gouvernement.

Au sujet du Budget extraordinaire, c.-à-d. des investissements, nous en avons donné une idée précédemment en parlant des Plans décennaux.

10 mars 1955.

BIBLIOGRAPHIE

Publications officielles.

1. Rapports annuels du Service médical du Congo belge (Ministère des Colonies, Bruxelles, et Gouv. général du Congo, Léopoldville, 1925 à 1953).
2. Rapports annuels sur l'Administration du Congo belge (Ministère des Colonies, Bruxelles).
3. Rapports annuels sur l'Administration du Ruanda-Urundi (Ministère des Colonies, Bruxelles).
4. Discours annuels du Gouverneur général au Conseil du Gouvernement à Léopoldville (Ministère des Colonies, Bruxelles).
5. Rapports annuels du FORÉAMI (14, square de Meeus, Bruxelles).
6. Plan décennal pour le développement économique et social du Congo belge (Éditeur de Visscher, Bruxelles, 1949).
7. Plan décennal pour le développement économique et social du Ruanda-Urundi (Éditeur de Visscher, Bruxelles, 1951).

Publications d'auteurs.

8. TROLLI, G., Rapport sur l'hygiène publique du Congo belge en 1925 (Van Gompel, Bruxelles).
9. MOUCHET, R., Le problème médical au Congo (*Liège médical*, n° 46, 1929).
10. MARQUET, A., TROLLI, G., VAN HOVE, L., Exposé de la législation sanitaire du Congo belge et du Ruanda-Urundi, Nouvelles, Droit Colonial (Édit. Larcier, F., Bruxelles, 1938).
11. DUBOIS, A., La médecine au Congo belge en fin du XIX^e siècle (*Bull. I. R. C. B.*, XV, 1944, 1-2, p. 350).
12. DUBOIS, A., Note pour servir à l'histoire du service médical au Congo belge (*Bulletin I. R. C. B.*, XVI, 1945, 2, p. 388).
13. SCHWETZ, J., L'évolution de la médecine au Congo belge (Inst. de Soc. Solvay, Bruxelles, 1946).
14. DUBOIS, A. et DUREN, A., Soixante ans d'organisation médicale au Congo belge (*Liber Jubilaris J. Rodhain*, Goemaere, Bruxelles, déc. 1947).
15. DE BRAUWERE, P., DUREN, A., MOTTOULLE, L., RODHAIN, J., Rapport sur l'hygiène et la démographie (Congrès Colonial National, 1947, Comptes rendus, Éditeur R. Louis, Bruxelles, 1948).

TABLE DES MATIÈRES.

I. — Introduction	3
II. — L'organisation médicale au début 1945	5
III. — Quelques faits importants survenus depuis 1945	10
IV. — L'organisation médicale au début 1954	17
A. Structure générale de l'organisation	17
1) Le Service médical du Gouvernement	17
2) Les organisations médicales philanthropiques	19
3) Les Services médicaux des Sociétés	21
4) La législation sanitaire	22
B. Le personnel médical	27
1) Données d'ensemble	27
2) Répartition au Congo belge	31
3) Répartition au Ruanda-Urundi	33
C. Les formations d'assistance médicale	34
1) Au Congo belge	36
2) Au Ruanda-Urundi	46
3) Conception future des formations hospitalières	52
D. Action en faveur de la mère et de l'enfant	54
1) Généralités	54
2) Les consultations prénatales et les maternités	56
3) Les consultations postnatales	57
E. Les laboratoires médicaux	58
1) Généralités	58
2) Énumération des laboratoires	62
3) Les publications scientifiques	63

F. L'hygiène publique	64
1) Généralités	64
2) Réalisations en matière d'hygiène publique	66
3) Répartition du Service d'Hygiène publique	71
G. L'enseignement médical	72
1) Historique et généralités	72
2) État actuel de l'enseignement médical	74
3) Programme d'avenir	81
H. Les pharmacies et l'approvisionnement médical	84
1) Généralités	84
2) Le Service du Gouvernement	85
3) Les officines pharmaceutiques	87
I. Les rapports annuels sur les Services médicaux du Congo belge et du Ruanda-Urundi	88
Bibliographie	90



FIG. 1. — Aile droite de la clinique médicale d'Albertville.
 Avant-plan : monument à Mgr Roelens.

(Photo C. I. D. — C. Lamote).



FIG. 2. — L'hôpital pour autochtones « Prince Régent Charles » à Usumbura.
 (Photo C. I. D. — C. Lamote).



FIG. 3. — Hôpital des Congolais à Luluabourg.

(Photo C. I. D. — C. Lamote).



FIG. 4. — Le centre de pédiatrie de la Croix-Rouge du Congo à Léopoldville.

(Photo C. I. D. — H. Goldstein).



FIG. 5. — Centre médico-chirurgical de Masi-Manimba (Kwango), Foréami.
(Photo Foréami).



FIG. 6. — Hôpital pour Congolais de la Société sucrière de Moerbeke (Kwilu).
Bas-Congo.
(Photo C. I. D. — H. Goldstein).

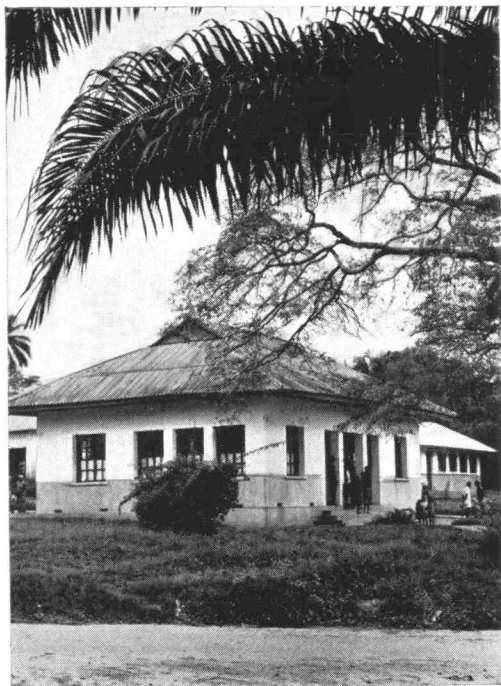


FIG. 7. — Dispensaire rural à Bulungu (Kwango).

(Photo C. I. D. — J. Mulders).



FIG. 8. — Habitations de lépreux au centre d'isolement organisé (C. I. O.) de Yonda-lez-Coquilhatville.

(Photo C. I. D. — E. Lebied).



FIG. 9. — La maternité de l'hôpital pour Congolais à Élisabethville.
(Photo C. I. D. — E. Lebied).

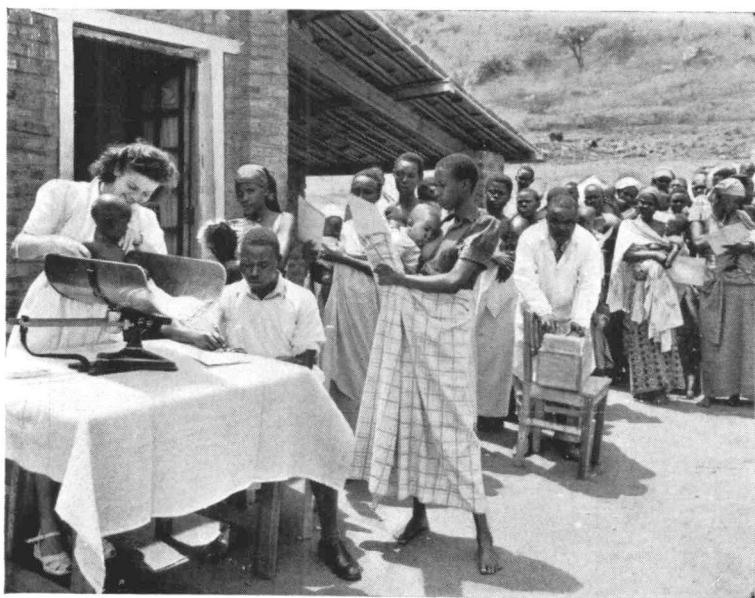


FIG. 10. — Une consultation pour nourrissons à la Compagnie Georuanda
 (Ruanda-Urundi).
(Photo C. I. D. — J. Mulders).

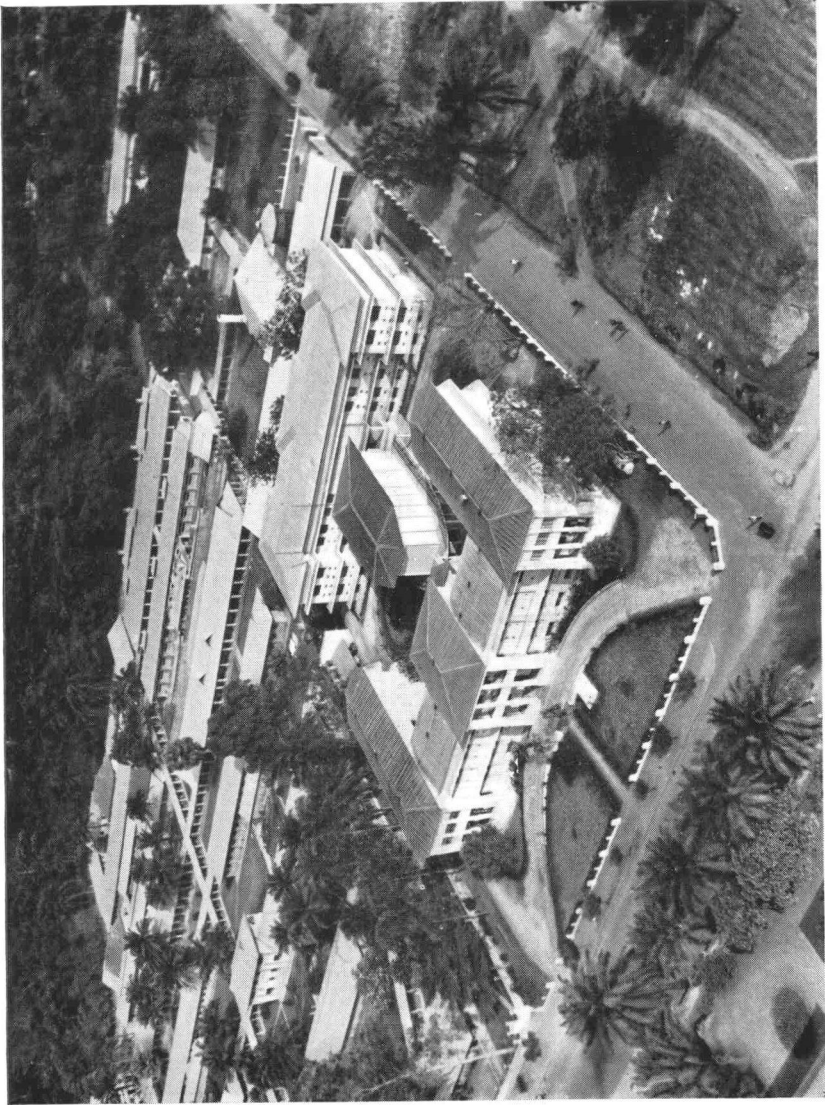


FIG. 11. — Complexe médical de Léopoldville.
 Avant-plan : Institut (laboratoire) de Médecine Tropicale « Princesse Astrid ».
 Second plan à gauche : Hôpital pour Congolais.
 Arrière-plan à droite : École pour Assistants Médicaux Indigènes.
 (Photo C. I. D. — C. Lamote).

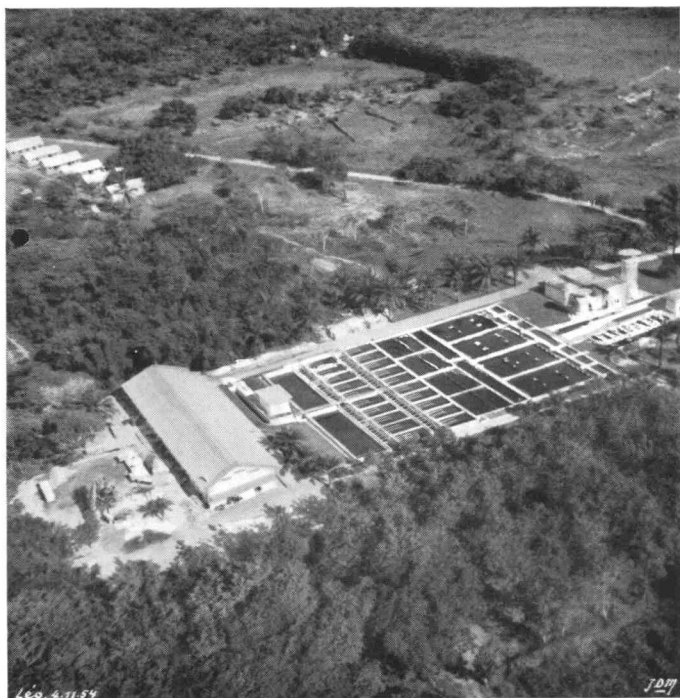


FIG. 12. — Distribution d'eau de Léopoldville. Station d'épuration (1954).
(Photo De Meersman, Régideso).



FIG. 13. — Fumigation de D.D.T. par hélicoptère
sur un camp militaire provisoire à Ndolo près de Léopoldville.
(Photo C. I. D. — C. Lamote).



FIG. 14. — Habitations réalisées à Léopoldville par l'Office des Cités Congolaises. — Fumigation insecticide.

(Photo C. I. D. — C. Lamote).



FIG. 15. — L'École pour Assistants Médicaux Indigènes (A. M. I.) à Léopoldville.

(Photo C. I. D. — J. Mulders).

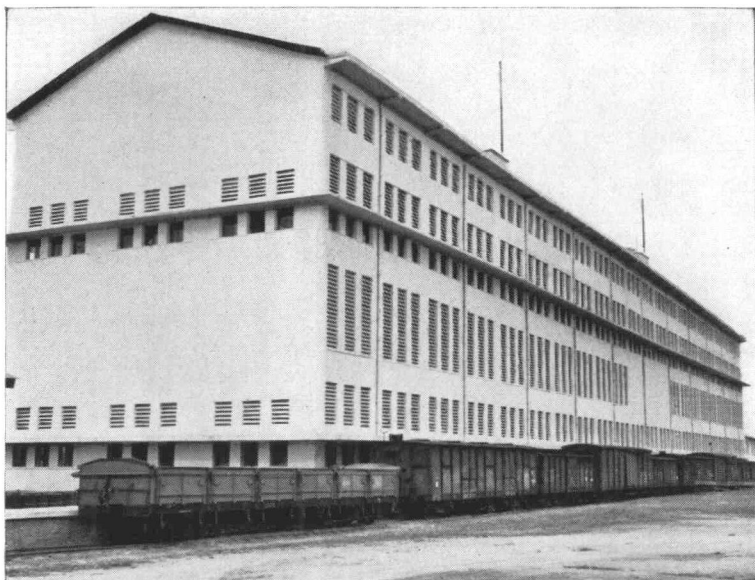


FIG. 16. — Le Dépôt central médical et pharmaceutique de Léopoldville
(D. C. M. P.).

(Photo C. I. D. — C. Lamote).



FIG. 17. — D. C. M. P. à Léopoldville.
Préparations des expéditions vers les formations médicales de l'intérieur.

(Photo C. I. D. — C. Lamote).



FIG. 18. — Siège du Bureau permanent interafricain de la tsé-tsé et de la trypanosomiase, à Léopoldville.

(Photo C. Lamote).



FIG. 19. — Consultation des nourrissons, au camp de travailleurs de Thysville.

(Photo A. Da Cruz).



FIG. 20. — Une salle à la maternité de l'hôpital des Noirs à Léopoldville.
(Photo J. Costa).



FIG. 21. — Hôpital construit par les usines textiles de Léopoldville (Utexléo),
pour leurs travailleurs et leurs familles.
(Photo H. Goldstein).



FIG. 22. — Habitations pour lépreux à Pawa (Ituri).
(Photo H. Goldstein).



FIG. 23. — Le laboratoire de Léopoldville.
(Photo Zagourski).



FIG. 24. — Hôpital de Kolwezi.

(Photo C. Lamote).



FIG. 25. — L'hôpital indigène de Costermansville.

(Photo E. Lebied).



FIG. 26. — L'hôpital « Dr Rodhain », à Usumbura.

(Photo C. Lamote).



FIG. 27. — Fumigation d'insecticides par hélicoptère
au-dessus de Léopoldville.

(Photo C. Lamote).

