

**FONDS REINE ELISABETH**  
pour  
l'Assistance médicale aux Indigènes  
du Congo Belge

—  
**FORÉAMI**  
—

**L'Assistance Médicale  
aux Indigènes  
du Congo Belge**  
*et*  
**Notre Dynastie**

=====  
**Historique et nouvelle méthode adoptée par  
FORÉAMI**

=====  
*Foréami*  
**Dr G. TROLLI**

*Médecin en Chef Honoraire au Congo Belge,  
Directeur du Foréami*

S 17

4453

5

17

**FONDS REINE ELISABETH**  
pour  
l'Assistance médicale aux Indigènes  
du Congo Belge

—  
**FORÉAMI**  
—

*Ann. Imp. belge  
d'assistance médicale, 1885-1935.  
Année 1936. P. 256-266.*

# **L'Assistance Médicale aux Indigènes du Congo Belge**

*et*

## **Notre Dynastie**



Historique et nouvelle méthode adoptée par  
**FORÉAMI**



*[Signature]*  
**Dr G. TROLLI**

*Médecin en Chef Honoraire au Congo Belge,  
Directeur du Foréami*

*[Signature]*

## HISTORIQUE

L'assistance médicale aux indigènes dans les Colonies tropicales s'est développée partout suivant des phases successives, semblables entr'elles, quant aux principes et aux causes qui les ont provoquées, mais se différenciant suivant l'époque.

*La première phase* est caractérisée par l'occupation uniquement militaire du pays. Les médecins sont attachés aux colonnes expéditionnaires. Outre les soins à donner aux soldats et porteurs de l'expédition, ils soignent également les prisonniers ou blessés ennemis, ainsi que les indigènes amis et moins craintifs venant se présenter spontanément.

*La deuxième phase* correspond au début de l'installation de postes ou centres militaires et administratifs; des médecins, sommairement équipés, sont attachés à ces centres, soignant les indigènes au service des Européens et ceux des villages environnants. Ces médecins commencent à distinguer et étudier les maladies contagieuses propres au pays, dont certaines bien connues et d'autres insuffisamment ou parfois complètement inconnues.

*La troisième phase* représentée par le développement de l'occupation du pays et de sa pacification comporte l'augmentation des centres médicaux, l'installation d'hôpitaux, le contact plus intense avec les indigènes, l'étude approfondie des causes des maladies contagieuses et épidémiques les plus meurtrières, la recherche des moyens pour les combattre et l'installation de laboratoires.

*La quatrième phase* voit un élargissement des installations médicales, hospitalières et scientifiques en relation avec le développement du commerce et de l'industrie, des installations agricoles et minières.

*La cinquième phase* est celle qui permet l'application d'une assistance définitive, méthodique et systématique conforme aux besoins de chaque colonie et de sa nosologie en ayant pour but, non seulement le traitement des maladies, mais leur prophylaxie, le développement des œuvres sociales, l'hygiène et le relèvement démographique de la race.

Ces cinq phases ont également marqué au Congo Belge le développement de l'assistance médicale aux indigènes et elles ont été parcourues dans un laps de temps très court, si l'on tient compte des difficultés rencontrées dans un pays au climat meurtrier et habité par une population souvent hostile.

Nous venons de fêter le cinquantième anniversaire de l'occupation du Congo par la Belgique et nous pouvons dire que la conception actuelle de l'assistance médicale aux indigènes, dans leur milieu rural, adoptée en principe par notre Gouvernement et appliquée dans une partie de la Colonie, est ce qu'il y a de plus complet et de plus perfectionné. Les résultats obtenus peuvent être considérés comme concluants. Tous les espoirs pour l'avenir sont autorisés.

Qu'il me soit permis de faire un exposé de ces cinq phases se répartissant sur une période de 50 années d'occupation belge au Congo.

En 1885, il n'y avait que deux médecins attachés aux colonnes expéditionnaires. En 1888, l'Etat prévoyait déjà un cadre de médecins et promulgua un décret spécifiant les maladies réputées contagieuses et épidémiques ainsi que les mesures à prendre dès leur apparition : il s'agissait du choléra, du typhus, fièvre jaune, fièvre typhoïde, variole, diphtérie, lèpre.

Heureusement, parmi les maladies pestilentielles, la variole seulement faisait des ravages; des instituts vaccinogènes furent créés, les vaccinations yennériennes furent rendues obligatoires; mais ces mesures restèrent bien longtemps sans donner de résultats réels, sauf parmi la population des centres européens. En effet, encore en 1891, on ne comptait que 8 médecins, dont 6 dans les centres européens. Entretemps une maladie fortement meurtrière, appelée maladie du sommeil, devait préoccuper vivement les autorités locales et les médecins; la bonne volonté et le dévouement de ceux-ci, leurs moyens de recherche étant très limités, restèrent stériles en résultats.

Dans les instructions adressées de sa main au personnel de l'Etat Indépendant, le 16 juin 1897, Sa Majesté Léopold II disait notamment :

« C'est à assurer le libre épanouissement de la population native »  
» que doivent concourir nos premiers efforts. Notre programme à tous, »  
» c'est le travail de régénération matérielle et moral qu'il s'agit »  
» d'opérer parmi les populations. Chaque pas en avant fait par les »  
» nôtres doit marquer une amélioration dans la situation des indi- »  
» gènes. »

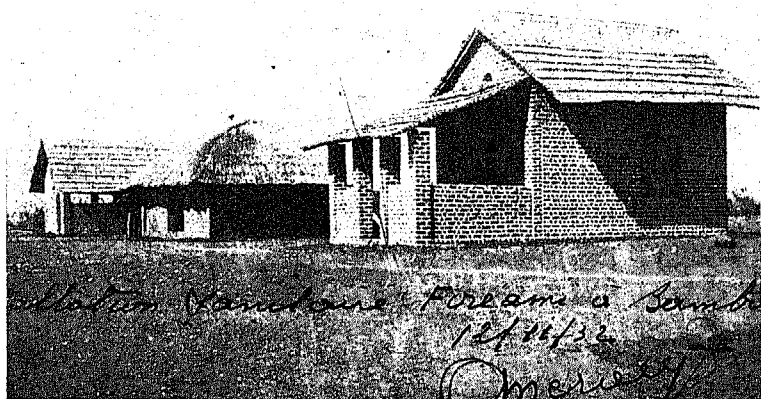
En 1899 fut créé à Léopoldville, l'Institut de bactériologie dirigé par le Dr Van Campenhout, remplacé depuis successivement par le Dr Broden et le Dr Rodhain. Cet institut devait, en ordre principal, s'occuper de l'étude de la maladie du sommeil. A cette époque, le nombre de médecins était de 25 pour 215 postes et stations occupés par 1,272 Européens. Ce personnel très limité était astreint à donner surtout des soins médicaux au personnel des centres et à parcourir de longues et fatigantes étapes pour se rendre dans les postes secondaires, y apporter leurs soins et le réconfort moral aux Européens qui, à l'intérieur de la Colonie, étaient abandonnés à eux-mêmes.

En 1901, commencent à apparaître les résultats des recherches entreprises par le Dr Dutton sur la maladie du sommeil et, en 1903, lors des découvertes du Professeur Castellani, cette affection fut classée au Congo parmi les maladies contagieuses et épidémiques.

Notre Grand Souverain le Roi Léopold II ne pouvait rester indifférent à l'importance de ces découvertes. En 1904, avec Son autorisation et Son appui, une mission scientifique spéciale fut envoyée au Congo pour étudier la trypanosomiasse; elle fut dirigée par le Dr Dutton auquel fut adjoint le Dr Heiberg, alors médecin de l'Etat Indépendant du Congo. C'est à cette époque que l'on peut placer réellement le commencement de l'assistance médicale aux indigènes au Congo correspondant à la troisième phase dont il est question précédemment. Il n'a fallu donc réellement que trente ans pour par-

courir les trois dernières étapes du développement normal. Etant arrivé moi-même au Congo en 1902, j'ai pu suivre les dernières phases de cette assistance et ai pu ainsi apprécier les efforts accomplis.

A partir de 1904, les études et recherches furent poursuivies par les médecins de l'Etat Indépendant du Congo; elles étaient l'apanage du laboratoire ou de quelques rares médecins spécialement préparés à cette besogne et possédant l'outillage indispensable. C'est le 3 juin 1906 que le Roi Léopold II devait, par un appel touchant et vibrant, donner l'essor voulu à la lutte qu'il fallait entreprendre contre le fléau le plus meurtrier ravageant la Colonie. C'est à cette date, en effet, qu'il adressa à Messieurs les Secrétaires Généraux de l'Etat Indépendant du Congo une lettre sublime qui tomba trop rapidement dans l'oubli et que je crois utile de reproduire. En voici le passage qui nous intéresse :



*Installation sanitaire Foréami à Bamba.*

« L'Etat Indépendant du Congo mit fin à la traite sur ses terri-  
» toires non sans une lutte de plusieurs années dans laquelle il a  
» triomphé grâce à sa persévérance. Il a empêché l'entrée de l'alcool  
» dans le Haut-Congo qui, sans cette prohibition, aurait été empoi-  
» sonné. Il a introduit le vaccin, bienfait immense.

» Toute son énergie doit se porter à combattre la maladie du  
» sommeil qui domine l'Afrique centrale. Mettez à prix l'écrasement  
» de ce fléau, offrez une prime de 200.000 fr. à celui qui parviendra  
» à le faire disparaître. Faites-moi signer un décret attribuant un  
» crédit de 300.000 fr. aux études nécessaires à cette victoire.

» Si Dieu m'accorde cette grâce, je pourrai me présenter à son  
» tribunal avec l'acquit d'une des plus grandes bonnes actions du

» siècle et une légion d'êtres sauvés appelleront sur moi sa miséricorde. »

C'est la tâche que le Souverain laissa en leg à la Belgique lorsque celle-ci reprit la Colonie.

Les nobles paroles de notre Souverain ne pouvaient que trouver un écho enthousiaste parmi le corps médical belge et colonial, ainsi que parmi tous ceux qui étaient doués d'esprit et de cœur. Les Secrétaires Généraux d'Etat exécutèrent les ordres du Souverain. Les crédits furent accordés. Un programme fut établi et des instructions furent édictées en vue de combattre la maladie du sommeil. Tous ceux qui entravèrent la réussite de cette œuvre, soit par ignorance, soit par négligence ou parti pris, auront retardé ainsi la miséricorde que le Roi attendait de Son geste.

La première mesure prise fut la création d'une Ecole de Médecine tropicale dont le diplôme était obligatoire pour tous les médecins au service de l'Etat. Les éléments sortis de cette école au début de 1907 formèrent le premier groupe de médecins chargés d'appliquer les mesures édictées ainsi que de collaborer aux études et recherches des laboratoires. La méthode adoptée consistait dans l'isolement et le traitement des malades dans les lazarets établis à la limite des régions considérées comme indemnes. L'assistance aux indigènes dans leurs villages était toujours impossible, sauf dans les environs les plus rapprochés de la résidence de ces médecins. En effet, en 1910, quand parut le règlement coordonnant les mesures à prendre contre cette endémie, il n'y avait encore que 59 médecins au Congo. Cependant de nombreuses reconnaissances avaient pu être entreprises dans les différentes parties de la Colonie en vue de situer l'extension de la maladie ainsi que celle de la *glossina palpalis*. Des recherches thérapeutiques et scientifiques furent poursuivies notamment à Léopoldville par le Dr Broden et, en 1910, par une mission dirigée par le Dr Rodhain.

En 1911, devant les résultats décevants de la méthode consistant en l'internement des malades dans les lazarets, méthode appliquée depuis 1907, une circulaire prescrivit que seuls, les impotents, aliénés dangereux ou abandonnés, fussent hospitalisés. C'est à ce moment que commence à se dessiner la méthode ambulatoire. Néanmoins on se heurta à l'hostilité des indigènes; ceux-ci s'enfuyaient à l'approche du médecin et ont mis souvent sa vie en danger. La tâche à accomplir apparut disproportionnée aux moyens dont la Colonie pouvait disposer.

En cette même année 1911, le Dr Lejeune, chargé d'un secteur de prophylaxie au Katanga, institua une nouvelle méthode qui consistait dans la visite systématique par le médecin, des populations indigènes dans leur village, et le traitement ambulatoire des malades par des infirmiers noirs suffisamment instruits par lui à ces fins; il établit ainsi les premiers centres de traitement auprès des chefferies indigènes. Je crois pouvoir affirmer que ce fut la première expérience entreprise en ce sens. Elle devint la base de toutes les méthodes d'assis-

tance médicale adoptées par la suite au Congo Belge et dans les autres colonies, mais modifiée, complétée, perfectionnée par l'expérience et les nécessités locales.

En 1913, Sa Majesté le Roi Albert Ier, qui avait suivi avec un particulier intérêt les efforts entrepris et rendus vains par la pénurie du budget, se rappelant sans doute les paroles de Son Auguste Pré-décesseur, mettait à la disposition du gouvernement, prélevé sur Son fonds spécial, une somme de 1 million 250 mille francs. C'est grâce à ce geste, renouvelé en 1914, que la lutte contre la maladie du sommeil a pu être continuée. D'autre part, Sa Majesté la Reine Elisabeth mettait à son tour à la disposition du gouvernement une somme de 115,000 francs, provenant de la vente de la « Fleur de la Reine » et destinée à l'édification d'un lazaret pour trypanosés à Léopoldville. Un nouvel essor fut ainsi donné à la lutte anti-trypanosomique.

Nous voici malheureusement arrivés à la grande guerre. En 1914, au moment où elle éclata, on comptait 81 médecins du gouvernement. Une grande partie d'entr'eux furent mobilisés pour la campagne dans l'Est africain allemand. Cependant les recherches scientifiques et l'application des mesures adoptées continuèrent, même au cours de cette période.

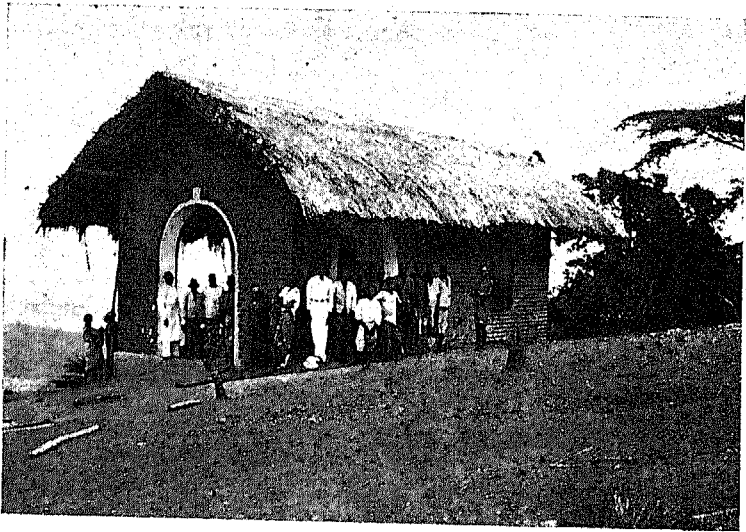
D'autre part, les médecins ont pu poursuivre leur lente et patiente pénétration auprès des indigènes, se faire apprécier, susciter la confiance et compléter les études sur la maladie, sur sa distribution et son intensité. Les arsenobenzols vinrent à leur aide en frappant l'esprit du noir par les résultats curatifs qu'ils considéraient comme miraculeux dans les manifestations externes du pian et de la syphilis. La lutte contre ces deux endémies commença donc à se dessiner dès ce moment en étendant considérablement la tâche déjà entreprise.

Dès la fin des hostilités, il apparut que les méthodes, appliquées jusqu'alors, étaient insuffisantes et qu'il fallait un personnel médical plus nombreux. Pour renforcer celui-ci, très dispendieux, un cadre d'auxiliaires médicaux européens, destinés spécialement à la lutte contre la maladie du sommeil, fut créé en 1919; à ceux-ci vint s'ajouter un service médical bénévole représenté par les missionnaires catholiques et protestants, par les religieuses infirmières. Dans le cadre indigène, outre les aides-infirmiers, on créa un corps de microscopistes, d'injecteurs et d'infirmiers assistants médicaux pourvus d'un diplôme décerné par des écoles instituées à ces fins.

Grâce à ce personnel, on adopta définitivement, en 1920, la méthode des missions médicales spéciales chargées de recenser les malades existant parmi les populations de certaines régions les plus atteintes et de les traiter ambulatoirement dans les dispensaires ruraux ou centres de traitement. Une ordonnance du Gouverneur Général, en juillet 1920, édictait à cet effet les nouvelles mesures prises en vue de combattre la maladie du sommeil, donnant pouvoir aux autorités médicales pour lancer des convocations personnelles ou collectives afin de procéder au dépistage de tous les malades du sommeil. Vers la fin

1920, deux missions furent ainsi créées : l'une dans l'Uélé et l'autre au Kwango, ainsi qu'un service spécial anti-trypanosomique dans la région de Yakoma, dans l'Ubangi.

La maladie du sommeil sévissait un peu partout dans l'immense étendue de la Colonie. Les crédits accordés et le personnel chargé de la lutte ne pouvaient suffire qu'à pallier aux situations les plus graves, ou à travailler en surface et non en profondeur. Avec la pénétration médicale plus intensive, on découvrait de nouvelles endémies ne pouvant laisser indifférents les médecins qui, en principe, étaient chargés uniquement de la lutte contre la maladie du sommeil. Le pian se montra très répandu, la lèpre assez fréquente en certains en-



*Dispensaire de Bedi (Kibunzi)*

droits, la tuberculose commençait à s'introduire en milieu rural, les maladies vénériennes menaçaient l'avenir de la race. Bref, le service médical était débordé.

Au Congrès colonial de 1920, S. M. le Roi vint encore une fois à l'aide du service médical en prononçant les paroles ci-dessous :

« Pour assurer à la Colonie, la population, le bien-être et la richesse, il faut placer en premier lieu les mesures d'hygiène. »

Ces paroles royales ne tardèrent pas à produire les plus heureux effets. Survint en 1921, un homme pratique et énergique, le Gouverneur Général Lippens qui, ayant compris toute la pensée du Roi, comprit aussi que l'avenir de la Colonie était intimement lié au relèvement de la race indigène et que, pour y arriver, le service médical devait être son principal collaborateur. C'est du séjour à la Colonie du Gouverneur Général Lippens, que date l'action médicale de plus en plus intensive. Son passage au Congo et son action permanente ont



fait comprendre que les dépenses engagées par le service médical ne sont pas improductives et que le service de l'hygiène ne doit pas se limiter à donner des soins aux malades dans les centres européens, mais qu'il doit également porter son action à la source même des maladies, dans les villages indigènes. C'est de cette même époque que date la reconnaissance, pour le personnel médical, d'une légitime indépendance et d'une certaine autorité. Doté d'un statut nouveau, il vit son cadre augmenter sérieusement; le budget du service de l'hygiène prit d'année en année une plus grande importance. Ainsi il fut possible d'intensifier la lutte contre la maladie du sommeil et d'étendre, dans une certaine mesure, la lutte contre les autres endémies en milieu rural. Malheureusement, M. le Gouverneur Général Lippens nous a quitté trop tôt. La politique médicale de M. Lippens, poursuivie par le Gouverneur Général Rutten, marqua entre 1921 et 1926 une nouvelle progression qui, précieusement surveillée par les membres du service médical, ne pouvait s'arrêter quelque fût la mauvaise volonté de certains esprits.

Deux nouvelles missions médicales commencèrent leurs travaux, l'une au district des Bangala, dans la province de l'Équateur, l'autre au Mayumbe, dans le Bas-Congo; une troisième fut organisée sur le Luabala, entre Kongolo et Bukama, dans la province du Katanga; puis on occupa successivement dans les mêmes provinces les districts du Kasai et du Lomami.

En 1926, tous les plus importants foyers de l'endémie trypanosomique étaient occupés. Le service médical du gouvernement se composait alors de 97 médecins et 137 agents sanitaires; les missions religieuses comptaient 24 médecins et 114 missionnaires pourvus du diplôme d'assistants médicaux.

Malgré ce personnel déjà très important, on peut se rendre compte de ce que, en retranchant des 97 médecins ceux qui étaient nécessaires aux directions des services et aux inspections, aux laboratoires, aux services d'hygiène et aux hôpitaux de 22 grands centres, il ne restait plus qu'une quarantaine de médecins pour s'occuper de l'assistance médicale aux indigènes. Cela était, encore une fois, insuffisant. Le nombre d'indigènes examinés et traités relatés dans les rapports était cependant énorme et augmentait d'une façon surprenante. Ainsi que je l'ai déjà cité précédemment, le service médical de l'assistance ne pouvait plus se borner au dépistage et au traitement de la seule maladie du sommeil. Il était entraîné par les circonstances à intervenir pour toutes les autres maladies et notamment dans le traitement du pian et de la syphilis. L'indigène se soumit spontanément aux traitements arsenicaux par injections endoveineuses, dont il constatait les effets certains et rapides. Il accourait au médecin, demandait et exigeait même des médicaments, se montrait tout disposé à créer des routes et à construire des dispensaires.

Au cours de la même période, entre 1921 et 1926, nous voyons aussi se dessiner un développement rapide et incessant de toutes les exploitations commerciales, industrielles, minières et agricoles. La

main-d'œuvre noire nécessaire à ces exploitations devint de plus en plus nombreuse jusqu'à faire craindre à un certain moment d'avoir atteint le maximum compatible avec l'existence des communautés indigènes. En effet, seuls les hommes valides, sains, aptes à ces différents travaux, sachant supporter le changement de milieu, d'habitudes, de climat, pouvaient et devaient être recrutés pour ces exploitations. La nécessité d'augmenter la population noire, de la rendre plus saine et plus résistante, s'imposa vite comme un postulat irréfutable.

Voici comment S. A. R. le prince Léopold s'exprimait à ce sujet : « Si l'on considère que l'on créa des entreprises industrielles en nombre toujours plus grand et que l'on effectua des travaux publics de plus en plus vastes, appelant une main d'œuvre toujours plus considérable, on aura les éléments d'un système où l'indigène continua à être considéré comme un simple outil de production. On ne se préoccupa guère, au début tout au moins, des conséquences sociales et hygiéniques que semblable pratique devait entraîner. Deux cris d'alarme furent poussés : en 1926, sous l'impulsion éclairée de notre service médical, le problème de la main-d'œuvre fut étudié avec soin et de sages mesures furent édictées. »

C'est au cours de cette période que nous voyons la Province Orientale entrer résolument dans la politique des nombreux dispensaires ruraux polyvalents dirigés par des infirmiers indigènes; beau programme déjà appliqué par l'Uganda; malheureusement il n'a pas été poursuivi dans toute sa rigueur. Nous voyons aussi la création de la Croix-Rouge du Congo qui s'installa dans la région de Pawa-Wamba-Medje, avec le même programme; nous voyons la Fomulac organiser un service médical pour les indigènes dans la région de Kisantu, dans le Bas-Congo. Puis encore les grandes sociétés privées développer leur service médical, notamment pour la protection du capital humain indigène qui lui est indispensable. L'on pourrait ainsi se rendre compte de la masse énorme de travail médical qui se poursuivait à la Colonie à cette époque. Un développement semblable, qui se produisit en si peu d'années, ne pouvait évidemment que présenter des lacunes fâcheuses par manque de coordination et, par conséquent, amener un gaspillage d'efforts et d'argent. Comme dans toutes les autres branches de l'activité de la Colonie « le désir d'en arriver rapidement et partout à des résultats tangibles a eu pour conséquence une diminution des efforts et une absence de méthode : l'évolution rationnelle de la Colonie devait en être fatalement contrariée ». (S. A. R. le Prince Léopold, le 25 juillet 1933).

Au Congrès colonial de 1926, Sa Majesté le Roi vint une fois encore tracer notre devoir. En concrétisant sa pensée exprimée au Congrès de 1920, il s'exprima ainsi :

« Nous avons une responsabilité vis-à-vis des indigènes dont nous avons assumé le Gouvernement. Nous devons défendre leur vie et préserver leur santé »

Il appartenait donc au service médical de prendre position et de trouver la solution adéquate au problème en améliorant le programme

d'assistance médicale aux indigènes, en lui donnant comme but la lutte contre les endémies et épidémies, la protection de la femme enceinte, des nourrissons et des enfants, l'amélioration de la situation d'hygiène des villages. En résumé « faire du nègre » en relevant la situation démographique du pays.

Il fallait donc examiner le problème médical et hygiénique de l'indigène vivant dans son milieu ancestral dans tout son ensemble. Il m'incomba, comme médecin en chef de la Colonie, d'étudier cette question très complexe, ce que je fis à partir de 1927.

Le 7 juin 1927, M. le Gouverneur Général honoraire Lippens disait au Sénat :

« Un de mes plus chers souvenirs est d'avoir pu collaborer, dans » la mesure de mes moyens, à l'œuvre de l'hygiène au Congo. La » question de l'argent ne peut ici entrer en ligne de compte. J'ai » essayé de vous démontrer combien il était indispensable de continuer » l'effort que nous avons commencé en Afrique au point de vue mé- » dical. J'ai dit que j'estimais qu'il ne fallait pas reculer devant » aucun sacrifice dans cet ordre d'idées, ni hésiter, sous prétexte de » faire des économies, à envoyer là-bas les médecins qui sont néces- » saires. »

Ayant pratiqué moi-même l'assistance médicale aux indigènes au cours de nombreuses années et aux différentes phases de son développement, ayant par la suite été chargé de nombreuses inspections des différents services médicaux de la Colonie, ayant pu étudier sur place dans certaines colonies étrangères l'organisation adoptée par celles-ci, j'ai cru pouvoir déterminer les défauts et les manquements de l'organisation existante, en proposer les remèdes et définir une nouvelle conception de l'assistance médicale aux indigènes.

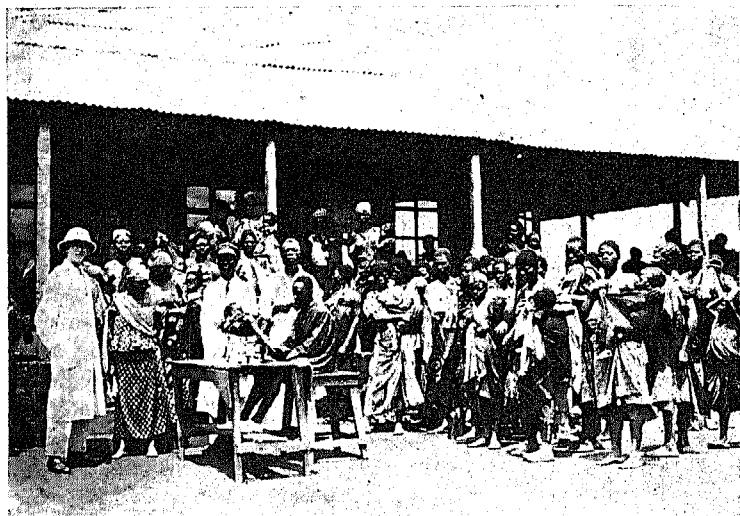
Quelle était en résumé l'organisation de l'assistance médicale en 1927 ?

D'une part, des missions médicales itinérantes chargées de dépister et traiter en ordre principal les malades du sommeil.

D'autre part, des dispensaires ruraux polyvalents à poste fixe qui soignaient les malades voulant bien s'y présenter. Le nombre des missions médicales, les crédits dont elles disposaient n'étaient nullement en relation avec l'étendue de la tâche qu'elles devaient assumer. On n'a pas dit : nous avons tels ou tels crédits qui nous permettent une occupation déterminée pour qu'elle soit efficace, mais on a dit : il y a autant de régions infectées, nous n'avons qu'autant de crédits et de personnel : distribuons ceux-ci en proportions adéquates et faisons partout ce que nous pouvons. En effet, on a fait beaucoup et les résultats obtenus ont été magnifiques grâce à l'endurance et à l'enthousiasme du personnel. Mais médecins et agents sanitaires avaient la plupart du temps une égale besogne, c'est-à-dire, d'une importance semblable. Les médecins se morfondaient dans une besogne monotone dont ils ne pouvaient constater les résultats définitifs et pratiques. Malgré les ordonnances et les convocations, ne se présentaient aux visites que les

indigènes qui voulaient bien le faire. Les malades suivaient leur cure d'une façon peu régulière et l'impossibilité de pratiquer les ponctions lombaires faisaient traîner les traitements outre mesure. La pénurie de médecins laissait les dispensaires sans contrôle, aux mains des missionnaires, agents sanitaires et souvent même uniquement aux mains des infirmiers noirs ou des agents territoriaux.

Les conséquences de ce système furent que chaque année, un même nombre impressionnant de malades fut traité et qu'une quantité énorme de médicaments fut employée sans aucun espoir de pouvoir enfin parvenir à éteindre l'une ou l'autre endémie.



*Consultations des nourrissons à Seke-Banza.*

Les deux méthodes étaient excellentes : il suffisait de les continuer, de les coordonner et surtout d'arriver à occuper une région avec un personnel suffisant pour pouvoir toucher toute la population, y dépister les malades et les soigner tous jusqu'à guérison. Il fallait, proportionnellement aux crédits existants, limiter le rayon d'action de l'assistance ou bien augmenter les crédits afin d'occuper d'une façon satisfaisante, méthodique et scientifique tous les points à assainir ou même toute la Colonie. Il était nécessaire de dépister, non pas seulement les malades déclarés, mais aussi ceux atteints à leur insu des premiers symptômes de la maladie, et enfin, les malades qui se croyant guéris, portaient encore des germes latents de l'infection. Il apparaît évident que la première condition de réussite était l'établissement d'un recensement correct de la population, recensement qui faisait défaut presque partout ou qui était très rudimentaire. Au cours du recensement, il fallait examiner tous les individus recensés, répéter périodiquement recensements et visites, à des intervalles assez rapprochés.

Une première étude générale du programme me convainquit que pour mener à bien, dans toute la Colonie, une croisade telle que je l'avais conçue et toucher l'entière de la population, que j'évalue à 13 millions d'indigènes, il aurait fallu 400 médecins, 800 agents sanitaires et y consacrer, au cours de six ans au moins, un budget annuel de 180 à 200 millions. Aucun pays n'aurait pu envisager un tel effort. L'on pouvait, par contre, espérer y parvenir par étapes successives.

Lors du voyage au Congo de nos Souverains en 1928, le Professeur Nolf qui les accompagnait fut saisi de ce projet. Avec sa clairvoyance, sa compétence et sa haute influence, il se fit le promoteur en Europe d'une propagande en sa faveur. Il écrivit le 1er décembre 1928 :

« Il suffit de réfléchir à l'immense changement qui serait réalisé dans l'état sanitaire du Congo si seulement notre Colonie possédait un corps médical aussi nombreux que la Belgique, c'est-à-dire d'environ un médecin pour 1500 habitants. Il est clair que la conséquence en serait la disparition en peu de temps de certains fléaux qui sévissent cruellement aujourd'hui. La supposition qui vient d'être faite est du domaine de l'utopie. »

Mais on n'en demandait pas tant, et l'utopie aurait pu devenir une réalité, si la situation économique de la Colonie et du monde entier n'avait pas pris une allure catastrophique. Il fut décidé cependant, de procéder à une prospection médicale pour étudier l'application du système dans quelques régions du Congo. Des médecins spécialisés par leurs connaissances de l'indigène et du pays, ayant une grande expérience des maladies endémiques dominantes et possédant des qualités réelles d'organiseurs, furent choisis dans trois des quatre provinces de la Colonie, à l'exception de la Province Orientale, fidèle à sa méthode des dispensaires ruraux. L'étude devait se porter sur un secteur bien déterminé dans chaque province, secteur correspondant à un district dont la population aurait comporté un demi-million d'habitants. Le but à poursuivre avait été défini comme suit :

« Véritable croisade médicale systématique et méthodique contre tous les grands fléaux qui déciment nos populations indigènes, notre assistance ne se bornera donc plus en ordre principal, à la lutte contre la maladie du sommeil, mais elle s'étendra sans limite à la lutte contre la variole, le pian, la syphilis, la lèpre, la tuberculose, les helminthiases, les ulcères, la mortalité des femmes en couches, la mortalité infantile. Dans un but social d'une haute portée générale, il faudra s'attacher à solutionner les grandes questions d'hygiène, la rénovation même de la race en développant les consultations prénatales et de nourrissons, en s'attachant aux études démographiques. Il importe que le travail de toutes les bonnes volontés soit coordonné sous une direction unique; les méthodes employées doivent être asservies à un principe standard immuable. »

La prospection médicale devait renseigner :

1<sup>o</sup>) Les facilités d'accès des différents points : ses systèmes orographiques et hydrographiques.

2<sup>o</sup>) Les voies de communication existantes, prévues ou à prévoir, soit : voies ferrées, fluviales, routes automobiles, pistes motocyclables ou simplement cyclables.

3<sup>o</sup>) L'emplacement des grosses agglomérations des populations, les zones désertes, les marchés peuplés.

4<sup>o</sup>) Les régions d'influence médicale desservies par les missions médicales, les médecins de la colonie, les médecins des missions nationales ou étrangères, les médecins des sociétés, les membres des missions religieuses disposés à nous donner leur aide dans cette croisade médicale.

5<sup>o</sup>) Les emplacements, dispositions, capacité des formations médicales, hôpitaux principaux et secondaires ; dispensaires des centres ruraux, territoriaux, infirmeries, lazarets, caravansérails, existants ou à prévoir.

6<sup>o</sup>) Les possibilités d'établir et de construire dans les régions choisies et adéquates, des sanatoria, lazarets, léproseries, asiles.

7<sup>o</sup>) L'endémiologie de la région.

La connaissance de tous ces points devait permettre de déterminer de façon précise, les secteurs médicaux dont un médecin aurait pu assumer la direction et la responsabilité, chaque secteur étant constitué par un ou plusieurs territoires, et chaque médecin étant assisté ou non d'autres médecins et d'un ou plusieurs agents sanitaires, missionnaires, religieuses, infirmières, infirmiers indigènes. Chaque sous-secteur comprendrait des cercles constitués par un groupe de chefferies. Aucun point mort ne pouvait subsister. Des centres avec hôpital principal ou secondaire devaient être prévus dans chaque secteur et avec, comme complément, un certain nombre de postes de traitement disséminés à la périphérie du centre hospitalier : dispensaires, infirmeries, lazarets et caravansérails, formant ainsi un réseau à mailles serrées permettant d'effectuer les traitements prescrits sans obliger les malades à des déplacements supérieurs à 15 ou 20 kilomètres.

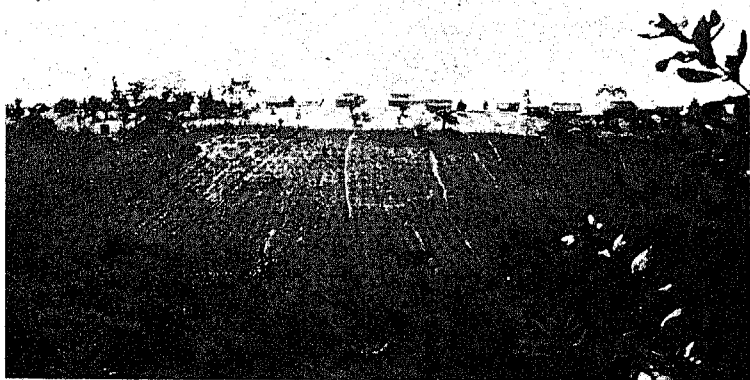
L'effectif du personnel médical devait être établi avec la préoccupation dominante que c'est au médecin même qu'il appartient de procéder au recensement de la population, au dépistage des malades et à l'établissement de leur traitement. Le traitement doit être toujours appliqué sous la surveillance d'un membre européen de l'assistance. Le médecin doit pouvoir contrôler les résultats des traitements.

Suivant ces principes et d'après les études préliminaires, dont le programme vient de vous être exposé, il fallait établir des prévisions budgétaires ordinaires et extraordinaires précises. La croisade médicale

envisagée devait être uniquement limitée par les crédits dont on pouvait disposer.

Ces études furent poursuivies au cours de l'année 1928-1929 à la province du Congo-Kasaï, dans le district du Bas-Congo et ensuite au Kwango; à la province de l'Equateur, dans le district des Bangala et à la province d'Elisabethville dans l'hinterland du fleuve Lualaba entre Bukama et Kongolo.

Entretemps le professeur Nolf avait continué sa campagne en Europe. Il put convaincre M. Henri Jaspar, Premier Ministre et Ministre des Colonies, de la nécessité d'une croisade médicale en faveur de la population indigène du Congo. Le Premier Ministre, dans son discours du 27 février 1929 aux Chambres, s'exprima ainsi :



*Hygiène des villages. Débroussaillage périphérique.*

« Je vous ai montré que dans ces dernières années ma préoccupation avait été de chercher la solution de trois grandes questions. Mais voici une quatrième qui dépasse de beaucoup les trois autres, qui est essentielle, capitale, à laquelle nous devons nous attacher, qui sera notre honneur si nous la résolvons : c'est la question hygiénique et médicale. C'est là une nécessité inéluctable pour la Colonie. J'ajoute que c'est aussi un bien pour notre santé morale à nous. Un peuple, comme un individu, ne vit pas sans se consacrer à un grand idéal. C'est en nous attachant à faire reculer la souffrance, à réduire la douleur, à retarder la mort de ces indigènes dont nous avons la charge que nous aurons, j'en atteste le Parlement et la Nation toute entière, accompli la véritable œuvre colonisatrice belge. »

« La lutte doit être entreprise simultanément sur toute l'étendue du territoire par une série de croisades; dix croisades médicales suffiraient, dit-on, qui requièreraient 60 médecins, accompagnés d'infirmiers et d'agents sanitaires.

» Mais surtout il faut résoudre la question d'argent et il faut l'envisager avec courage et volonté. Une organisation telle que celle que je vous expose et telle que je la conçois, nécessite des sommes énormes.

» Messieurs, il faut les trouver, parce que l'avenir de la Colonie en dépend.

» Il faut aussi à mon sens examiner si une des parties du portefeuille de la Colonie ne pourrait pas être consacrée à la lutte pour le salut des indigènes du Congo. »

Cet appel du chef du Gouvernement fut entendu par le Parlement tout entier, lequel vota sans hésitation une dotation nationale de 50 millions auxquels, de son côté, le Ministère des Colonies ajouta 100 millions inscrits au budget extraordinaire de 1930. Notre Souveraine, Sa Majesté la Reine Elisabeth, intervint par un don de 282,000 francs, reliquat de la souscription ouverte au Congo pour offrir un cadeau de mariage à S.A.R. la princesse Marie-José.

M. le professeur Nolf envisagea ainsi la création d'un fonds spécial dont les revenus devaient servir à équiper et à faire fonctionner la première des croisades envisagée par le Premier Ministre. Donnant un nouveau témoignage de l'intérêt qu'Elle portait aux œuvres sociales et médicales, notre Souveraine a daigné permettre que l'on donna Son nom à cette institution. L'arrêté royal du 8 octobre 1930 créa ainsi le « Fonds Reine Elisabeth pour l'assistance médicale aux indigènes » (Foréami) et lui attribua la personnalité civile. Ce fonds jouissait d'une existence autonome, en marge de l'administration proprement dite, afin de lui donner plus de facilité pour assouplir son activité aux circonstances particulières et utiliser ses ressources financières, sans aucune des entraves qu'apportent les règles budgétaires à l'emploi des crédits. Ce même décret nomma un Conseil d'administration chargé de la gestion du Fonds. Le président du Conseil fut le professeur Nolf qui proposa comme but de l'œuvre à entreprendre par l'assistance médicale intégrale, ainsi qu'il l'a dénommée, l'accroissement de la race, non seulement quantitatif (capital humain), mais aussi qualitatif (capital santé), donc lutte contre la mortalité et la morbidité générale, chez l'adulte comme chez l'enfant, protection de la femme enceinte et de la première enfance, médecine sociale, recherche des causes de la dénatalité et de la mortalité infantile, amélioration de l'hygiène générale.

Son Altesse Royale le Prince Léopold a bien voulu témoigner tout l'intérêt qu'Elle porte à la réussite de notre œuvre en assumant,



après le professeur Nolf, la présidence du Foréami. Sa gestion ne fut malheureusement que de trop courte durée. Il fut remplacé par M. le vice-gouverneur général honoraire Heenen.

Le programme du Service d'assistance médicale aux indigènes ou S.A.M.I., esquissé en 1928, fut ainsi adopté par le Foréami.

Les revenus du Fonds, qui étaient de l'ordre de neuf millions de francs annuellement, ne pouvaient permettre l'application d'un programme d'une aussi grande envergure que par étapes successives. Les efforts devaient donc être concentrés au début dans une région vitale. Ce n'est que lorsque de nouvelles ressources auraient pu être obtenues, ou dès que les moyens employés dans la première région seraient libérés au fur et à mesure de leur assainissement même, que la concentration médicale pourrait étendre son action aux régions qui auraient été désignées ultérieurement. Compte tenu des intérêts du fonds, le Conseil d'administration, le Ministre des Colonies et le Gouverneur Général, décidèrent de faire porter les premiers efforts en tout premier lieu vers les population du Bas-Congo. Il fut convenu de passer à l'exécution à partir du 1er juillet 1931. Mais il ne suffisait pas d'avoir établi un programme, d'avoir procédé à une étude préliminaire, d'avoir trouvé l'argent et décrété une mise en exécution. Il fallait d'abord construire des maisons, dispensaires et routes. Ensuite, s'assurer la confiance du personnel médical, des administrateurs, des missions religieuses, des sociétés; surmonter toutes les difficultés résultant de l'application d'une méthode nouvelle qui provoque toujours des méfiances, critiques, voire même des hostilités.

Pour appliquer ce programme, il restait à trouver l'homme à même d'organiser et de diriger avec tact, compétence et autorité une conception aussi vaste et aussi neuve. Cet homme devait avant tout posséder l'enthousiasme, le feu sacré, la conviction et la confiance dans la méthode qu'il devait appliquer. J'eus la chance de le découvrir en la personne de notre confrère, le Dr Dupuy. C'est lui qui avait procédé aux études préliminaires dans le Bas-Congo et c'est à lui que fut confiée l'exécution de la première expérience du S.A.M.I. pour le compte du Foréami. C'est lui encore qui poursuivit l'exécution du programme au cours de quatre ans, avec un inlassable dévouement, avec une énergie, une constance, une ténacité dont Foréami et la Colonie doivent lui être reconnaissants, surtout si l'on considère les résultats acquis et dont on pourra se rendre compte par l'exposé qui va suivre.

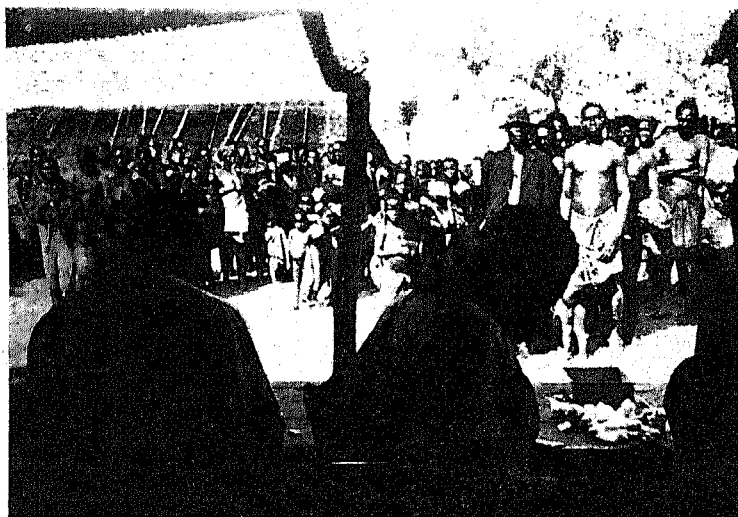
Les rapports du Dr Dupuy devraient être lus attentivement par tous ceux qui s'intéressent à la question de l'assistance médicale aux indigènes des colonies, non pas dans leur résumé, mais dans leur intégralité. Ainsi on pourrait se rendre compte de la complexité des problèmes qu'il faut étudier et résoudre pour arriver au but, et de l'importance des résultats que la méthode adoptée peut avoir dans les différents ordres : nosologique, moral, social, économique et démographique.

## RESULTATS OBTENUS

Je ne puis que résumer brièvement l'activité du Foréami depuis juillet 1931 à fin décembre 1934.

En 1931, l'action médicale du Foréami se portait sur la région comprise entre la mer et la rivière Inkisi. Foréami surveillait, mais pour le compte du gouvernement, la population de la région comprise entre cette rivière et le Kwango.

En 1932, Foréami entreprit par ses seuls moyens, toute la région correspondant à l'ancien district du Bas-Congo.



*Recensement à Yanga Pompe (cataractes Nord)*

En 1933, Foréami occupa un sous-secteur du district du Kwango : le Bas-Kwilu, et en 1934 un deuxième sous-secteur de ce même district : le Bas-Kwango.

\*  
\*\*

Le personnel européen en service en 1934 a été de 29 médecins — 21 agents sanitaires et 14 missionnaires, 25 infirmières ; le personnel noir était composé de 22 infirmiers diplômés, 298 aides-infirmiers, 22 gardes-accoucheuses, 20 clercs, 100 travailleurs divers.

\*  
\*\*

Le recensement est la pierre angulaire de la méthode Foréami. Il se fait case par case, famille par famille. Tout indigène doit être touché par le médecin et subir un examen médical complet. Recensement et examen sont renouvelés au moins tous les six mois. Ce travail incombe uniquement au médecin, à seule fin d'obtenir :

- a) des statistiques exactes qui permettront de dresser les tableaux démographiques et les cartes endémiologiques de chaque région;
- b) des diagnostics précis;
- c) des traitements adéquats à chaque affection.

Les recensements s'exécutent progressivement, cercle par cercle, en tache d'huile, de telle manière que toutes les populations des chefferies d'un même cercle aient subi l'examen médical, avant que le médecin puisse passer à un autre cercle.

Les résultats des recensements et des examens sont inscrits sur un registre spécial remplaçant le casier sanitaire individuel et qui permet de retrouver et suivre chaque individu au cours de toute la durée de l'expérience.

La population recensée et celle examinée médicalement au cours de ces quatre années se chiffre globalement comme suit :

	1931	1932	1933	1934
Recensés .....	507.432	579.303	659.876	787.086
Examinés .....	469.708	531.798	620.549	774.717

Exception faite des indigènes représentant la population flottante ou hors chefferie, c'est-à-dire en ne considérant que la population réellement existante dans les chefferies et qui nous intéresse surtout, nous trouvons :

	1931	1932	1933	1934
Recensés .....	507.432	568.545	634.068	774.599
Examinés .....	468.709	621.671	593.513	743.133

Dans le but de pouvoir se rendre compte des résultats obtenus, il est utile de ne considérer que les statistiques concernant la région qui a été réellement occupée au cours de ces quatre années, c'est-à-dire, la population des chefferies Bakongo. La population recensée et examinée s'établit ainsi :

	1931	1932	1933	1934
Recensés .....	507.341	568.545	588.148	601.682
Examinés .....	468.708	621.671	548.556	575.361

Nous sommes à même de certifier que désormais toute la population Bakongo, à quelques unités près, est recensée et se trouve sous contrôle médical. La comparaison de notre recensement avec celui de l'administration se chiffre encore, en 1934, par une plus-value de l'ordre de 60.000 unités en notre faveur.

La population examinée par rapport à la population recensée a été :

1931	1932	1933	1934
84,6 %	91,8 %	93,27 %	95,62 %

Examinons les résultats obtenus dans le Bas-Congo et, avant tout, ceux se rapportant à la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques.

*Maladies épidémiques.* — La seule maladie épidémique constatée au cours de ces quatre années fut la dysenterie bacillaire qui éclata au Mayumbe en 1933, se poursuivit en 1934 et s'étendit quelque peu vers l'Est. Elle fut complètement jugulée grâce à des mesures sévères d'hygiène et à la vaccination.

658 cas déclarés et traités ont provoqué 181 décès, soit 25,51 % de mortalité.

103,915 indigènes ont été vaccinés à l'anavaccin, 83,697 à l'anatoxine, 5,776 au Dysperon.

*La variole major* est exceptionnelle. — 5 cas ont été constatés ; 179,938 vaccinations yennériennes ont été pratiquées en 1934.

*Maladies endémiques.* — La plus importante parmi ces endémies est indiscutablement la *Maladie du sommeil*.

Il suffira de relater les quelques indices les plus importants qui démontrent la marche décroissante de l'endémie.

*Indice de contagiosité*

1931	1932	1933	1934
0,59	0,41	0,30	0,21

*Indice d'endémicité*

1931	1932	1933	1934
2,45	2,08	1,66	0,97

*Indice de guérison*

1931	1932	1933	1934
35,5	54,1	54,1	54,5

*Indice de contagiosité maintenue*

1931	1932	1933	1934
1,55	1,2	0,64	0,36

Ces résultats, déjà excellents, auraient pu être meilleurs, si l'un des huit secteurs, celui de la Lufimi-Basse-Sele, ne marquait une régression très lente pour de nombreuses raisons qui seront définitivement vaincues au cours des années 1935-1936. En éliminant, en effet, les pourcentages rencontrés dans ce sous-secteur, nous trouvons que l'indice de contagiosité qui était en 1931 de 0,57 tombe en 1934 à 0,17.



*Ponction lombaire. Village de Zamba. Région de Zulu.*

Il est intéressant d'examiner les résultats de l'ensemble de trois sous-secteurs qui, depuis 1927, étaient occupés par une des anciennes missions médicales de la Colonie, la mission du Mayumbe, comprenant les sous-secteurs du Mayumbe, du Bas-Fleuve et de Seke-Banza.

	Examinés	Nouveaux cas	Indice de contagiosité
1927 ....	173.158	1.851	1,1 %
1938 ....	154.172	1.211	0,7
1929 ....	193.919	1.135	0,58
1930 ....	204.621	1.091	0,58
1931 ....	209.742	589	0,28
1932 ....	225.665	417	0,18
1933 ....	221.424	335	0,15
1934 ....	225.242	261	0,115

\*\*\*

Dans le but de pouvoir établir l'état des malades au début de la cure et au cours du traitement et, d'autre part, en vue d'établir

leur guérison apparente ou définitive, des ponctions lombaires furent pratiquées par les médecins, ponction de diagnostic, ponction d'élimination, ponction de contrôle et mise hors cure.

En 1931, 4.583 ponctions lombaires avaient été pratiquées; 10.885 en 1932; 27.047 en 1933 et 38.317 en 1934.

Ces nombreuses ponctions lombaires permirent de mettre hors cure un grand nombre de malades qui s'accumulaient d'année en année; le médecin y trouva un gros intérêt professionnel, l'indigène un précieux bénéfice matériel et le Foréami une importante économie de médicaments. L'arséno-résistance était venue compliquer notre action et cependant nous en sommes venus à bout. Grâce aux nouveaux traitements mixtes institués, elle est complètement enrayée partout. Pour le diagnostic de cette résistance, la ponction ganglionnaire systématique, l'examen de la lymphe et du sang de tout trypanosé, à quelque stade qu'il soit, sont obligatoires. Chez les suspects, l'examen du liquide céphalo-rachidien est devenu la règle.

\*\*\*

*Malaria.* — Nombreux sont les cas de malaria que nos médecins sont appelés à traiter dans les dispensaires. En 1934, ce nombre s'est élevé à 14.276 cas. Parmi les nourrissons traités dans les consultations, la mortalité due à cette infection intervient dans une proportion de 13 à 18 % sur le total des décès. Une expérience de prophylaxie quinique a été tentée; les résultats obtenus ont justifié l'extension de cette expérience à la totalité du secteur dans le but d'éliminer au maximum les causes de cette mortalité et surtout de mettre le nourrisson en état de meilleure résistance contre les affections qui le guettent à l'époque du sevrage. Une constatation générale et certaine a pu être faite, celle d'une diminution très sensible de la mortalité infantile là où la prophylaxie a été réalisée.

\*\*\*

*Pian.* — L'analyse comparative des statistiques donne les résultats suivants :

1931 = 23.467

1932 = 13.926

1933 = 12.915

1934 = 11.487

Parmi les malades traités en 1934, les cas de nouvelle infection se chiffrent à 8.090 dont 6.348 dans le seul sous-secteur du Mayumbe où, en 1931, 20.324 cas avaient été dépistés, malgré que depuis un certain nombre d'années une lutte intensive contre cette endémie avait été entreprise avec les méthodes anciennes.

*Tuberculose pulmonaire.* — Le nombre de tuberculeux pulmonaires dépistés au cours des recensements et aux dispensaires reste assez élevé :

1931	1932	1933	1934
—	—	—	—
82	52	109	85

Il s'agit en général de travailleurs rentrant des centres ou chantiers industriels. Il est à remarquer que la famille tuberculeuse est l'exception, ce qui prouverait que le dépistage est suffisamment précoce. En outre, la défense individuelle s'accroît étant donné que les cas autres que pulmonaires augmentent. Tous les tuberculeux pulmonaires sont isolés dans les lazarets.

★★

*Syphilis.* — Un gros déblayage a été fait en 1933. Au cours de cette année, 507 syphilitiques avaient été dépistés; en 1934, ce nombre tombe à 282, dont 152 ont été diagnostiqués dans une seule agglomération extra-coutumière aux environs de l'Inkisi. Un dépistage rigoureux est poursuivi à Léopoldville par la Croix-Rouge du Congo, ce qui limite l'implantation de nouveaux foyers, lors du rapatriement des populations provenant de ce centre. Une initiative heureuse a été prise à ce sujet dans le diocèse de Kisantu par les RR. PP. Jésuites : le certificat pré-nuptial est imposé par les missionnaires à tous les fiancés ayant séjourné dans un centre extra-coutumier. L'application de cette mesure a été proposée dans tous les centres des missions du secteur Foréami qui ont un service médical organisé. D'autre part, dans tout le secteur Foréami, toutes les femmes suspectes dont les enfants sont nés avant terme, morts-nés ou décédés post-partum, sont soumises à un traitement anti-syphilitique si, bien entendu, aucune autre cause que la syphilis ne peut être invoquée. Les résultats de cette mesure ont été excellents.

★★

*Lèpre.* — 726 nouveaux lépreux ont été dépistés en 1934. — 1.892 malades au total ont été traités. L'indice d'endémicité totale est 0,33 %. — Le diagnostic étant souvent clinique, un gros pourcentage de suspicion erronée est à craindre. — 493 lépreux, soit 26%, vivent en ségrégation libre qui, en général, est bien accueillie des malades.

En ce qui concerne les autres endémies, je signalerai uniquement :

*La dysenterie amibienne* qui avait donné au Mayumbe en 1932 : 1.953 cas et en 1933 : 1.920 cas, ne donne plus en 1934 que 1.070

cas. Cette diminution est due aux mesures d'hygiène prises dans les villages.

*Les helminthiases* interviennent dans les statistiques médicales pour 55.188 cas. On assiste à une tendance au renversement de la formule classique qui donnait à l'ankylostomiase le maximum de morbidité; l'ascaridiose tend à prédominer. La régression des helminthiases graves est un fait acquis et certain. Elle est également due à la mise en exécution des mesures d'hygiène dans les villages.

*Les ulcères phagédéniques* sont en régression nette; plus de la moitié en deux ans.

1932	1933	1934
—	—	—
12.504	7.726	6.052

\* \*

*Le mouvement général de la morbidité* permet de constater une augmentation nette et progressive du nombre des malades traités par nos médecins :

1932	1933	1934
—	—	—
170.668	218.702	236.600

\* \*

L'assistance médicale intensive a ainsi permis de juguler les endémies décimantes; par après, la surveillance restant constante, tout danger de reprise peut être considéré comme étant écarté. Dès ce moment, l'activité du médecin peut, et doit être orientée vers le développement à donner aux œuvres sociales, principaux facteurs du maintien de l'accroissement des populations. Arrivé à ce stade de stabilisation endémique, ce sont les femmes, les nourrissons, les jeunes enfants, qui doivent faire l'objet de la préoccupation constante du médecin d'assistance. (Rapport 1933 — Dr Dupuy).

C'est ainsi qu'à partir de 1933, les œuvres sociales ont subi une sérieuse impulsion.

Tout d'abord *l'inspection médicale* des élèves des écoles et des locaux a été instituée.

*Les consultations de nourrissons* des missions qui ne comportaient en 1932 que 28 sièges, passèrent en 1933 à 42 sièges, et en 1934, à 58 sièges.



L'activité de ces consultations se résume ainsi au cours des deux dernières années :

	1933	1934
Nourrissons inscrits .....	8.750	16.179
Moyenne de présences journalières .....	4.814	8.405
Traités à domicile .....	7.464	7.067
Retenus au dispensaire .....	9.553	14.618
Mères nourrices soignées .....	9.957	9.938
Futures mères soignées .....	4.054	7.503
Décès parmi les enfants présentés régulièrement	413	742



*Examen au microscope.*

Le développement de ces consultations a donc presque doublé en l'espace d'un an. En outre, à côté des dispensaires des chefferies, les médecins organisent également des consultations de nourrissons. — 7.239 nourrissons sont actuellement inscrits. Au total donc, dans le Bas-Congo : 23.418 nourrissons ont été sous surveillance médicale en 1934.

La mortalité des nourrissons régulièrement présentés aux sièges des missions a été de :

1931	1932	1933	1934
9 %	8,17	8,60	8,83

Nous verrons que la mortalité infantile dans les villages est d'environ 16 %.

Les maternités installées dans les missions religieuses sont au nombre de 34. Les accouchements assistés par les médecins se partagent ainsi :

1931	1932	1933	1934
—	—	—	—
298	663	1,527	1,738

Le pourcentage d'accouchements dystociques est élevé : 16,51 % contre 15 % en 1933; l'indice de mortalité des femmes est faible : 1,67 %.

Des consultations prénatales ont été créées. — 2.195 femmes enceintes s'y sont présentées en 1934, contre 1.922 en 1933. L'activité des centres de maternité progresse; en dehors des accouchements proprement dits, les interventions ont été fréquentes lors des menaces d'avortements. — 22 gardes-accoucheuses indigènes ont été en service durant toute l'année.

Des orphelinats installés dans 22 sièges de missions, ont hébergé globalement, en trois ans, 236 petits orphelins.

En 1934, la mortalité parmi eux s'est élevée à 22,8 %.

\*\*

Il est certain que l'action médicale, dépistage des malades et leur traitement, la protection des nourrissons et des femmes, ne sauraient être des mesures suffisantes pour diminuer la mortalité et rendre les endémies inopérantes. C'est par le développement de l'hygiène que nous devons compléter notre action. Si l'hygiène est beaucoup plus indispensable en milieu tropical qu'en milieu tempéré, ses préceptes sont évidemment d'application plus ardue chez les indigènes et dans leurs villages que partout ailleurs. C'est donc à l'éducation de la masse en matière d'hygiène et à l'observation des lois et ordonnances, que les médecins du Foréami ont dû s'appliquer. Les résultats actuellement atteints sont extrêmement favorables. L'aire des villages est nette; le débroussaillage s'étend à trente mètres minimum de la périphérie des villages; les latrines sont installées à la limite de vingt mètres; les points d'eau réservés à la boisson, la baignade ou le rouissage du manioc sont régulièrement surveillés. Tout n'est certainement pas parfait, mais des progrès considérables ont été apportés à l'hygiène des agglomérations, nous en avons du reste constaté les effets dans la lutte contre les dysenteries et les helminthes. Nous avons ainsi établi un casier d'hygiène pour chaque village.

\*\*

Le but de Foréami étant non seulement de sauvegarder le capital santé mais aussi d'accroître le capital humain, il faut pouvoir montrer

que ce deuxième but a été atteint aussi bien que le premier. Pour ce faire, il nous suffira de procéder à l'analyse des résultats accusés par nos statistiques démographiques et cela nous est possible grâce aux recensements qui ont été établis avec suffisamment de précision.

De nombreuses données peuvent être déduites de nos statistiques, cependant, je me limiterai à l'examen des index qui, seuls, peuvent permettre de conclure à l'augmentation ou à la diminution de la population et indiquer les espoirs que l'avenir nous réserve.

Ainsi, je résume ici les pourcentages obtenus au cours des trois années sur la population Bakongo, à l'exception du sous-secteur de l'Inkisi-Lukunga. Ces pourcentages se rapportent, d'une part, aux taux de natalité, mortalité et accroissements, d'autre part, aux taux des enfants vivants de 0 à 1 an, par rapport aux femmes adultes :

	Natalité	Mortalité	Accroissement
1932 .....	40,7	23,4	17,3
1933 .....	44,6	23,2	21,4
1934 .....	45,4	25,6	19,8

Le taux d'accroissement européen le plus élevé est de 27,3 % pour la Bulgarie en 1925. Au Bas-Congo, le taux d'accroissement en 1934 est en régression sur celui de 1933, ce qui est la conséquence d'une mortalité plus élevée due, comme nous avons vu, à l'épidémie de dysenterie bacillaire. A cette augmentation de la mortalité correspondait une augmentation sensible de la natalité. Il est à remarquer que ces taux sont malheureusement influencés défavorablement par une situation très mauvaise existant dans l'un des sous-secteurs, celui de la Lufimi-Basse-Sele, dont la population ne représente cependant que 3,7 pour cent de la population totale. Il est certain que la population Bakongo est en progression.

L'autre taux que je considère comme intéressant s'établit ainsi :

Mortalité infantile

1932	1933	1934
—	—	—
16,6	16,58	15,58

en diminution dans chaque sous-secteur, sauf à la Lufimi-Basse-Sele où elle s'élève à 21, chiffre qui influence encore une fois défavorablement le total.

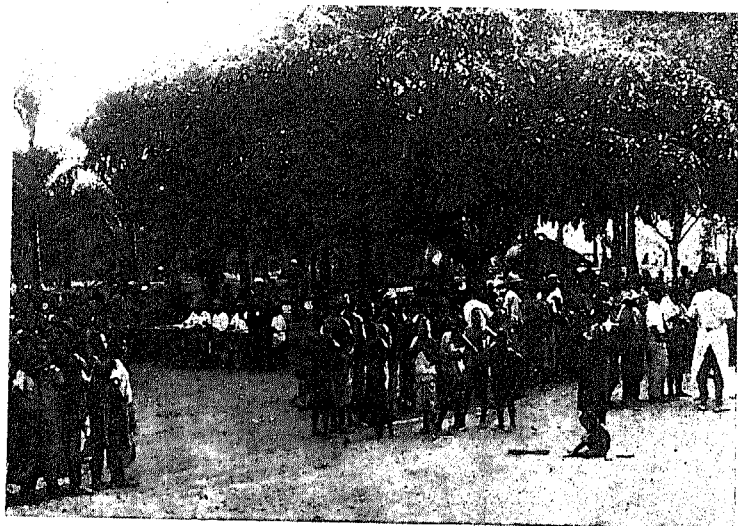
Un troisième index est très important, celui de la fertilité qui, comme le dit le Dr. René Sand, est le véritable index de l'accroissement. Cet index est fourni par le nombre d'enfants ayant atteint l'âge de un an et mis au monde par 1.000 femmes à la période fertile. D'après cet auteur, le taux le plus élevé de cet index, pour 1926-1927 était celui de la Bulgarie avec 137 enfants.

Au Bas-Congo, nous trouvons :

1932	1933	1934
—	—	—
137,8	151,9	158,4

Il faut reconnaître que la population Bakongo, grâce surtout à l'action Foréami « s'accroît comme la population belge s'accroîtrait en Belgique si personne n'y mourrait » ! Ainsi s'exprimait le Gouverneur Général, M. Ryckmans.

Il ajoutait que ces résultats permettent de concevoir de magnifiques espoirs pour l'avenir et, pour qu'ils se traduisent par des réalités, il convient que l'on maintienne l'action médicale telle qu'elle est organisée par le Foréami.



*Visite et vaccination d'un village (cataractes Sud).*

Dès à présent, nous sommes en condition d'abandonner une partie du secteur qui peut être considérée comme assainie : au cours des deux échelons successifs de six mois d'intervalle, les autres parties pourront aussi être évacuées. Comme convenu, le Gouvernement se substitue au Foréami dans les régions abandonnées par celui-ci et y organise une occupation de surveillance pour entretenir les résultats obtenus et empêcher des rechutes. Foréami, de son côté, porte son action dans les régions limitrophes du District du Kwango qu'il espère pouvoir occuper d'après son programme intensif dans toute son étendue avec l'aide du Gouvernement, surveillant ainsi un nouveau groupe de population d'un million d'indigènes environ.

Le professeur Etienne Burnet, à la Chaire de médecine du Collège de France, terminait ainsi sa première leçon pour l'année 1935 :

« Aujourd'hui, nous posons en principe que la Société doit créer les conditions propres à préserver l'individu depuis sa naissance et que, de son côté, l'individu doit se soumettre aux dispositions prises par la Société; puis, au point de vue de la médecine curative, que tout citoyen doit recevoir le traitement indiqué par la science médicale mais que le malade, de son côté, ne peut se refuser à ce traitement, même si le traitement ne peut être donné que hors de chez lui, dans un hôpital ou un sanatorium. Ce point n'est encore inscrit dans la loi qu'au Danemark, en Allemagne et en Angleterre. »

A ces pays, il y a lieu d'ajouter désormais le Congo Belge, dans le rayon d'action du Foréami.

---

## CONCLUSIONS

Je ne puis mieux conclure qu'en reproduisant ce qu'écrit, avec une légitime fierté, le Dr Dupuy, médecin-directeur du Foréami en Afrique :

« Par la mise en exécution convergente des mesures d'ordre administratif, social et médical propres à combattre les facteurs nuisibles au développement normal des groupements indigènes, par le fonctionnement et le contrôle réguliers de son réseau de centres de traitement, par la discipline aux règles de l'hygiène qu'il a su inculquer aux natifs, non seulement Foréami poursuit le but qui lui est assigné d'accroître le capital humain et santé des populations qu'il a en charge, mais par son adaptation aux contingences locales, par le bénéfice que retire le noir de cette assistance effective, Foréami a su aussi concourir à la pénétration politique de la collectivité, à sa civilisation humanitaire, ainsi que le témoigne l'administration elle-même. »

Et voici ce témoignage qui est celui du Commissaire Général dirigeant la province du Congo-Kasaï :

« Telle est bien ma pensée, si le but principal et essentiel du Foréami est l'amélioration et l'accroissement de la race, si l'œuvre primordiale qu'il s'est tracé est l'hygiène, la prophylaxie et le traitement des malades, l'on doit constater avec grande satisfaction que l'occupation médicale intensive et prolongée est le plus sûr et le plus efficace adjuvant au point de vue économique, éducatif et même politique. »

Au cours de mon exposé sur l'historique de l'Assistance médicale aux indigènes du Congo Belge, je vous ai démontré comment nos Souverains et nos Princes ont marqué les différentes phases de cette assistance par Leur très Haute intervention morale et matérielle en traçant ainsi les devoirs du Gouvernement vis-à-vis des populations indigènes.

Il ne me reste pour terminer, qu'à exprimer un vœu que vous me permettez tout d'abord de justifier en me servant encore des paroles royales.

Son Altesse le Prince Léopold, Duc de Brabant, disait dans son discours au Sénat le 25 juillet 1933 :

« On reconnaît à Léopold II le mérite unique dans l'histoire d'avoir été à lui seul le fondateur de notre œuvre coloniale. Respectons ses directives. »

Nous avons vu celles qu'il a tracées en 1897 pour la régénération morale et matérielle des indigènes et celles qu'Il a laissées en leg à la Belgique en 1906, pour la lutte contre la maladie du sommeil.

Son Altesse Royale le Prince Léopold les a fait siennes dans le discours qu'Il prononça au Sénat le 25 juillet : « L'indigène constitue

la base de la richesse de toute la Colonie et l'amélioration de ses conditions morales et matérielles d'existence est la tâche primordiale que nous ayons à remplir en Affrique. »

Dans une lettre que Sa Majesté le Roi Léopold II adressait au chef du Cabinet du Gouvernement belge le 5 août 1889 en lui transmettant son testament, il disait :

« Un Roi, pour rendre service à son pays, ne doit pas craindre de concevoir et de poursuivre la réalisation d'une œuvre même téméraire. »

Ces diverses citations m'amènent à exprimer le vœu suivant : Puisse la situation financière de la Belgique et du Congo reprendre son cours normal et permettre ainsi à notre Souverain le Roi Léopold III de réaliser cette œuvre, en apparence téméraire, qui consiste à appliquer à toute la Colonie l'assistance médicale intégrale aux indigènes, telle qu'elle a été adoptée par Foréami, de façon qu'elle puisse être terminée au cours du prochain cinquantenaire.

Puisse Sa Majesté écrire un jour à ses Ministres, à l'instar de ce que fit le Grand Fondateur de l'Œuvre coloniale :

« Faites-moi signer un décret en attribuant 25 millions par an à l'application, par étapes successives, du programme S.A.M.I. à toute la population du Congo. Dieu accordera définitivement sa miséricorde au Grand Souverain que fut le Roi Léopold II, et nous aurons accompli en cent ans la véritable Œuvre colonisatrice belge. »

---