

Institut Royal Colonial Belge

SECTION DES SCIENCES NATURELLES
ET MÉDICALES

Mémoires. — Collection in-8°.
Tome XXII, fasc. 1.

Koninklijk Belgisch Koloniaal Instituut

SECTIE VOOR NATUUR- EN
GENEESKUNDIGE WETENSCHAPPEN

Ve. handelingen. — Verzameling in-8°.
Boek XXII, aflev. 1.

La Situation Psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951

PAR LE

Dr Raymond BAUDOUX

ADJOINT A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE



Avenue Marnix, 25
BRUXELLES

Marnixlaan, 25
BRUSSEL

1952

PRIX : Fr. 40
PRIJS :

La Situation Psychiatrique
au Congo et au Ruanda-Urundi
en 1950-1951

PAR LE

D^r Raymond BAUDOUX

ADJOINT A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE

Mémoire présenté à la séance du 15 mars 1952.

La Situation Psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951.

Au cours d'une mission qui nous a été confiée par le Ministère des Colonies, de janvier à mars 1950, et au cours d'un voyage privé entrepris en février 1951, nous nous sommes efforcé d'étudier au Congo belge et au Ruanda-Urundi, le problème psychiatrique.

C'est le résultat de ces observations que nous avons consigné dans ce mémoire en traitant successivement les points suivants :

- I. État actuel de l'assistance médicale aux malades mentaux indigènes du Congo belge, du Ruanda-Urundi et d'autres territoires africains.
- II. Enquête psychopathologique, thérapeutique et sociale (prospection dans de nombreux villages du Kasai, de la Province Orientale, du Katanga, du Kivu et du Ruanda-Urundi).
- III. Suggestions concernant l'assistance aux malades mentaux indigènes.
- IV. Enquête et discussion sur le problème des Européens atteints de maladies neuropsychiques à la Colonie.
- V. Enquête et suggestions concernant les médecins susceptibles d'exercer la Psychiatrie au Congo.

Ces divers points ont été élaborés à la suite de contacts directs avec MM. le Gouverneur général, le médecin en chef, les gouverneurs, les médecins provinciaux de toutes

les provinces hormis celle de l'Équateur, et environ soixante médecins du Congo belge, du Ruanda-Urundi, du Congo français, de l'Angola et de l'Uganda ; ils se basent aussi sur des connaissances touchant l'Afrique du Sud et sur des visites faites antérieurement en Afrique du Nord.

La matière des problèmes envisagés dans notre rapport de mission et condensée dans ce mémoire est tellement vaste qu'il nous a fallu déployer à la colonie une activité incessante pour n'arriver à donner qu'une vue très superficielle d'une question qui mériterait, scientifiquement et socialement, d'être approfondie.

**I. État actuel de l'assistance médicale
aux malades mentaux indigènes du Congo belge,
du Ruanda-Urundi et d'autres territoires africains.**

Nous avons visité le plus possible de formations dans lesquelles sont maintenus les malades mentaux ; certaines provinces possèdent de vieux asiles, quelques hôpitaux ont leurs petits cabanons, et certaines annexes de prisons reçoivent des aliénés dans les postes où les hôpitaux sont insuffisamment outillés.

C'est ainsi que nous avons pu examiner les malades mentaux aux endroits suivants :

PROVINCE DE LÉOPOLDVILLE :

Asile de Boma.
Asile de Léopoldville.
Hôpital Reine Élisabeth (Léo).

PROVINCE DU KASAI :

Hôpital de Luluabourg.
Prison de Luluabourg.
Hôpital de Luebo.
Prison de Luebo.
Hôpital de Matamba.

PROVINCE DU KATANGA :

Hôpital d'Élisabethville.
Prison d'Élisabethville.
Hôpital de Jadotville (U.M.H.K.).
Lazaret psychiatrique de Bunkeya (Mission des
Chanoinesses de Saint-Augustin).

PROVINCE ORIENTALE :

Asile de Stanleyville.

Hôpital de Stanleyville.

Prison de Stanleyville (mentaux délinquants).

PROVINCE DU KIVU :

Hôpital de Costermansville.

A Mutwanga, j'ai examiné les plans et les fondations de la future clinique du Dr ANGOT ; cette institution constituera probablement une bonne maison de repos pour Européens souffrant de troubles nerveux du type névrotique. Les maladies mentales graves ne pourront y être traitées.

RUANDA-URUNDI :

Les hôpitaux de Kigali, Nyanza, Astrida et Usumbura ne peuvent qu'occasionnellement héberger un malade mental pour autant qu'il soit calme.

Dans l'ensemble, les asiles existants ne répondent pas aux exigences psychiatriques actuelles, ils servent uniquement de garderie pour les malades qui ont posé un problème social, il n'existe aucune possibilité thérapeutique et les psychiatres font totalement défaut au Congo.

Les annexes des hôpitaux consistent surtout en chambres fortes d'isolement ; ce dispositif n'est plus employé en assistance psychiatrique moderne. On constate notamment le curieux paradoxe suivant : les malades maintenus dans les annexes des prisons y ont un sort préférable à celui des asiles et des lazarets mal conçus.

Si l'on veut bien tenir compte de la profonde différence existant au point de vue confort entre les habitudes du noir vivant sa vie coutumière et le villageois d'Europe, nous serions tentés de dire qu'en général l'assistance aux indigènes aliénés est analogue, toutes proportions gardées, à celle qui était pratiquée il y a vingt ans dans les vieux

asiles de nombreux pays d'Europe. La modernisation de quelques-uns de ces derniers instituts a été tentée avec un succès très relatif ; en ce qui concerne les formations congolaises, nous ne pouvons entrevoir la possibilité d'une transformation, l'abandon est préférable car les nouveaux hôpitaux psychiatriques exigent, comme nous le verrons plus loin, un terrain beaucoup plus important que celui qui leur a été consacré jusqu'à présent.

Le personnel desservant les *garderies* actuelles ne devra pas être employé dans l'avenir car les habitudes acquises dans de vieux locaux seront préjudiciables au bon fonctionnement des nouveaux hôpitaux qui s'inspireront des tendances psychiatriques modernes basées sur le *traitement* des maladies mentales (la psychothérapie, les méthodes de choc, la thérapeutique par le travail et les tentatives de réadaptation sociale).

L'organisation actuelle doit être complètement réformée et c'était d'ailleurs là l'objet de la mission qui nous fut confiée.

AUTRES TERRITOIRES AFRICAINS :

Il nous a paru également intéressant d'apprécier ce qui se passe au point de vue psychiatrique dans les autres territoires africains ; nous insisterons cependant sur le fait que, ce qui a été réalisé en Afrique Australe et Méditerranéenne ne retiendra notre attention que pour autant que nous puissions en tirer un enseignement concernant l'assistance aux malades mentaux indigènes, compte tenu de la profonde différence qui existe entre les diverses parties du continent Noir.

AU CONGO FRANÇAIS :

Le Directeur du Service de Santé de l'A.É.F. qui a bien voulu nous recevoir à Brazzaville, nous a déclaré qu'il n'y a pas de psychiatre au Congo français et qu'il n'y existe qu'un médiocre asile.

Un appareil d'électrochoc y est attendu incessamment mais les confrères français de Brazzaville en ignoraient le maniement.

L'occasion nous a été donnée de leur faire une démonstration avec notre appareil, ce dont ils se sont montrés très satisfaits.

Nous avons visité l'asile ; il est analogue à celui de Léopoldville.

EN UGANDA BRITANNIQUE :

Nous avons visité l'Hôpital Général de M'Barrara. Rien n'y est prévu au point de vue psychiatrique. D'après le médecin qui y est attaché, il existerait à l'Hôpital de Kampala, une annexe psychiatrique d'une centaine de lits. Cet asile est dirigé par un psychiatre qui y pratique l'insulinothérapie et l'électrochoc.

EN ANGOLA :

Depuis trois ans, le Docteur ROSALIS de l'Institut de Psychiatrie de Lisbonne exerce à Loanda en qualité de spécialiste nommé par le Gouvernement.

Ce médecin nous a montré l'asile dans lequel sont soignés des malades européens et indigènes. Il est démodé mais tous les traitements modernes, y compris l'insulinothérapie et l'électrochoc, y sont pratiqués.

Nous avons pu, grâce au Docteur ROSALIS, consulter les plans du nouvel asile qui sera bientôt construit.

Dans l'ensemble ces plans ne peuvent convenir à notre Colonie parce qu'ils prévoient l'hospitalisation des Européens et des Noirs. Or, il n'est actuellement question de créer des asiles que pour les Noirs au Congo belge.

Deux cliniques médico-chirurgicales privées peuvent également recevoir des Européens atteints de maladies mentales peu graves. Elles sont pourvues d'électrochocs.

Nous fûmes l'hôte de l'une d'entre elles, la clinique

des Chirurgiens NOVAIS et RAMOS, elle est très bien équipée et confortable. Plusieurs Belges du Congo y ont déjà reçu des soins.

EN AFRIQUE DU SUD :

Il existe un grand asile à Johannesburg et à Prétoria.

Plusieurs psychiatres ont la possibilité d'y pratiquer les cures les plus modernes.

Les deux asiles précités sont dotés d'un appareil d'électroencéphalographie (Docteur HURST à Prétoria et Docteur BIESHEUVEL à Johannesburg).

Le Docteur BAUDART d'Usumbura a bien voulu nous montrer les plans de l'asile de Prétoria qui lui avaient été envoyés d'Afrique du Sud. Ces plans ne correspondent pas aux exigences psychiatriques actuelles.

EN TUNISIE :

Nous avons visité à Tunis son vieil asile « La Manouba » ; il héberge plusieurs centaines d'indigènes.

Deux psychiatres y sont attachés, les cures les plus modernes y sont pratiquées.

Il nous a été confirmé là, que plus l'indigène était évolué, plus il payait tribut à la maladie mentale, mais, que plus il était primitif, plus ses réactions antisociales et son agitation étaient intenses.

EN ALGÉRIE :

C'est à Blida que se trouve le grand asile algérien. Ses plans sont bien conçus et notamment la salle d'observation offre des conditions parfaites de surveillance.

Deux psychiatres y sont attachés ; les cures les plus modernes y sont pratiquées.

EN ÉGYPTÉ :

Il existe en Égypte trois grands asiles. Nous avons visité celui du Caire. Il s'agit d'un ancien palais très délabré, très primitif, hébergeant plus de mille malades.

Plusieurs psychiatres y sont attachés, les thérapeutiques sont modernes.

Conclusions :

Il existe quelques asiles à la Colonie mais ils servent uniquement de garderie, attendu qu'il n'y a pas de médecins spécialisés, ni de possibilités thérapeutiques.

Les hôpitaux pour Indigènes possèdent souvent quelques cabanons mais ceux-ci ne peuvent servir à la rigueur que pour des malades très agités car ils sont en général rudimentaires.

La capacité globale des formations psychiatriques est très insuffisante pour le nombre des malades mentaux qui devraient être soignés ou retirés de la société : pour cette raison, on se voit forcé de placer les psychotiques, qui ont posé un problème d'assistance, dans des locaux annexés aux diverses prisons du territoire.

L'hygiène physique et mentale de ces formations est très inférieure aux exigences actuelles.

Les diverses prisons que nous avons eu l'occasion de visiter offraient aux aliénés un confort supérieur à celui des asiles.

Parmi les pays d'Afrique visités, il en existe deux — l'A. É. F. et le Soudan Anglo-Égyptien — qui n'ont comme nous, ni psychiatre, ni possibilités thérapeutiques, mais nous nous trouvons en Afrique Centrale et Orientale en retard par rapport à l'Angola et l'Uganda.

Ce décalage devrait être modifié d'autant plus vite que nous sommes loin d'être en infériorité dans les autres domaines de la médecine coloniale.

II. Enquête psychopathologique, thérapeutique et sociale (prospection dans de nombreux villages du Kasai, de la Province Orientale, du Katanga, du Kivu et du Ruanda Urundi).

A. Importance du problème, essais d'appréciation du nombre de malades mentaux, attitude de la population, influence du sexe et de l'évolution.

Les médecins qui, par leurs fonctions, sont peu en contact avec la pratique de consultation ou de dispensaire, ont tendance à minimiser l'importance du problème psychiatrique, tandis que les médecins praticiens signalent être très embarrassés par un nombre important de malades mentaux pour lesquels ils sont consultés ; ils sont embarrassés car ils ne peuvent ni les soigner, ni bien souvent les hospitaliser.

Il semble, en général, que les indigènes se comportent de manière charitable vis-à-vis des malades de l'esprit, ces derniers sont bien traités et nourris, pour autant qu'il existe des membres de famille et qu'ils ne posent pas d'actes par trop antisociaux.

Réalisant probablement la carence thérapeutique et connaissant, en général, le type de garderie que l'on réserve à celui que l'on conduit au dispensaire ou à l'autorité, l'indigène paraît préférer garder son malade le plus longtemps possible dans le village. Cette attitude ne diffère d'ailleurs pas beaucoup de celle que l'on observe chez beaucoup de gens un peu frustes de chez nous : conduire son malade au psychiatre équivaut dans leur esprit à faire enfermer définitivement leur parent dans un asile où il sera soumis aux pires vexations.

En prospectant d'un village à l'autre, nous avons dû user d'artifices pour pouvoir trouver et examiner les malades mentaux ; c'est en certifiant que nous voulions simplement les filmer que nous avons pu les approcher.

Un confrère de Stanleyville voulant nous être agréable en nous montrant plusieurs cas de la ville indigène, avait annoncé qu'un médecin spécialiste les examinerait le lendemain ; à l'heure prévue, il n'y eut plus un seul malade à trouver.

Lorsqu'un malade devient trop difficile ou dangereux, on fait appel à l'Européen ou bien on l'empêche de se déplacer en emprisonnant un pied dans un orifice pratiqué dans un morceau de tronc d'arbre. Nous avons eu l'occasion de voir un malade entravé de la sorte dans un village situé entre Luebo et Charleville et un autre à Bunkeya.

En prospectant ainsi, on trouve environ un aliéné par trois ou quatre villages dans le Kasai.

Au Katanga, il faut faire la distinction entre les villages plus ou moins autochtones, où le problème paraît le même qu'au Kasai, et les centres extra-coutumiers.

Dans ces derniers, il y a peu de malades mentaux maintenus en famille ; les nécessités du travail modifiant la vie indigène, on s'adressera plus rapidement à l'Européen.

Au Kivu et au Ruanda-Urundi, la prospection est plus difficile parce que la population tout en étant plus dense parfois, se groupe moins en village.

Néanmoins, nous avons appris par le Frère Supérieur de la Mission de Kabgaïe qu'à la dernière réunion de chefferie, on lui avait signalé qu'il y avait environ un malade mental par colline, ce qui nous a été confirmé par le Mwami du Ruanda.

Ces mêmes personnes nous ont assuré qu'il y avait pour tout le Ruanda-Urundi beaucoup moins de femmes psychopathes que d'hommes.

Le Docteur BAUDART a donné des instructions précises pour qu'une enquête soit faite dans les chefferies afin qu'un recensement, si possible nominal, soit fait ; cela précisera, non seulement cette notion de « colline », mais donnera une idée plus exacte à la fois du nombre global et de la proportion hommes-femmes.

L'avis de tous les médecins consultés est formel, le nombre de femmes aliénées est beaucoup moins important que celui des hommes et cette différence est plus accentuée au Ruanda-Urundi qu'au Congo belge.

Néanmoins, les récurrences d'accès psychopathiques sont plus fréquentes chez la femme.

Pour apprécier le nombre de mentaux dont l'autorité médicale ou judiciaire doit s'occuper actuellement, nous avons demandé à ces autorités de bien vouloir faire un relevé des malades isolés dans les hôpitaux ou les annexes des prisons. Cela permettra notamment de savoir quel est le nombre de malades qui constituera la population initiale des asiles nouvellement construits.

Nous n'avons eu jusqu'à présent que des renseignements concernant : l'Asile de Boma et de Stanleyville, l'Hôpital d'Élisabethville et les prisons de toute la Province Orientale et du Kasai (cf. notes ci-jointes).

On peut en déduire :

Que dans l'ensemble, de 1945 à ce jour, il y a une tendance à l'augmentation des malades à assister.

Que lors de la création d'un asile dans les différentes provinces, il faudra prévoir au minimum : pour LÉOPOLDVILLE, en plus de sa propre population, une quarantaine de malades venant de l'asile de Boma.

Pour la PROVINCE ORIENTALE, une cinquantaine (prison et asile).

Pour le KASAI, une cinquantaine également (prisons).

Pour le KATANGA, le relevé n'indique pas un nombre de malades hospitalisés mais le nombre de cas traités.

En examinant les autres statistiques, on peut évaluer approximativement le nombre de présents à 15 unités non compris les cas séjournant en prison.

Nombre d'aliénés présents au 1-1					Nombre des nouveaux cas admis pendant l'année					Nombre d'aliénés sortis pendant l'année					Nombre d'aliénés décédés				
45	46	47	48	49	45	46	47	48	49	45	46	47	48	49	45	46	47	48	49
Annexes aux PRISONS DU KASAI																			
23	40	41	44	46	27	58	54	54	70	15	51	43	47	53	1	6	7	5	4
Annexes aux PRISONS DE LA PROVINCE ORIENTALE																			
10	8	7	17	18	7	20	34	35	20	7	19	23	33	19	2	2	1	1	3
ASILE DE STANLEYVILLE																			
—	—	3	4	16	—	9	3	20	23	4	4	1	5	10	2	2	1	3	3
LAZARET DE BOMA																			
—	—	—	—	—		36	42	41			13	18	18			6	6		7
HÔPITAL PRINCE LÉOPOLD A ÉLISABETHVILLE (cas traités)																			
32	25	66	68	39											1	4	12	2	5

PROBLÈME PSYCHIATRIQUE DES ÉVOLUÉS.

Il y a lieu semble-t-il d'établir une différence au point de vue morbidité mentale, entre les évolués et les indigènes vivant leur vie coutumière.

Il ne nous serait pas possible d'établir de pourcentage car notre séjour à la Colonie fut trop bref, mais nous pouvons affirmer que la maladie mentale frappe davantage les évolués. Nous l'avons rencontrée dans une proportion manifestement plus grande chez eux. Nous avons été notamment surpris par le nombre relativement important d'abbés noirs atteints de maladie mentale ; nous en avons vu plusieurs et de nombreux cas nous ont été rapportés. Cela n'a rien d'étonnant ; examinons quelles sont les sollicitations du système nerveux de l'évolué : sa vie professionnelle le met en contact avec

des problèmes qui le dépassent presque toujours, avec l'Européen dont il reçoit des ordres qu'il comprend souvent mal, soit du fait de la langue, soit du fait de l'abstraction qu'il saisit mal ; il est souvent en contact avec la femme blanche qui trop souvent le traite sans grande considération.

L'évolué vit souvent sa vie professionnelle dans un confort qui ne lui appartient pas, au contact de belles choses qui sont trop chères pour lui ; et, après le travail, il rentre dans sa case ou sa maisonnette rudimentaire de la cité indigène. Inévitablement l'évolué est appelé à avoir vis-à-vis de l'Européen un complexe d'infériorité et vis-à-vis des siens un sentiment de supériorité. Si tout exceptionnellement, il se trouve vis-à-vis du blanc plus ou moins sur un plan d'égalité, — c'est le cas de l'abbé noir, il lui faut certainement exercer un grand contrôle sur lui-même pour n'être pas sollicité par l'orgueil.

L'évolution crée certes des problèmes psychologiques traumatisants, elle sollicite fortement les fonctions intellectuelles d'adaptation et entraîne des perturbations de la vie affective et instinctive.

B. Essai d'appréciation du genre de maladies mentales rencontrées chez des Noirs et du contenu de leurs psychoses.

L'étude approfondie de chacun des cas est rendue plus difficile à cause de la langue et des dialectes.

L'interprète indigène même très évolué doit être spécialement éduqué afin de ne pas laisser échapper des détails importants. Il se contentera de dire que le malade parle « bulé » (ses propos sont vides de sens comme l'eau, de matière).

La plupart des maladies mentales frappant les Noirs sont analogues quant à la forme à ce que l'on rencontre en Europe. En zone tempérée, on observe une recrudescence des troubles mentaux au printemps et à l'automne

tandis qu'au Congo et au Ruanda-Urundi, c'est à la saison sèche qu'ils se manifestent le plus fréquemment.

La SCHIZOPHRÉNIE paraît être assez répandue et c'est la maladie dont la forme et contenu se superposent le plus exactement à la description classique, l'autisme du noir paraissant comme cela se conçoit uniquement plus pauvre.

La PARANOÏA se présente plus particulièrement chez les noirs sous les formes mystiques et mégalomaniaques.

En psychiatrie classique, les idées de persécution ont trait à l'amour, à la politique, à l'état social et à la religion ; chez les noirs une partie de ces problèmes, ou n'existent pas encore, ou n'ont pas la même valeur psychogénique.

Le contenu mystique est le plus fréquent ; il s'agit alors d'une combinaison extravagante d'idées extraites du fétichisme bantou auxquelles s'ajoutent les apports chrétiens.

Les idées de jalousie nées d'un complexe d'infériorité s'adressent classiquement d'un sexe à l'autre, tandis que chez le noir les idées délirantes de jalousie s'adresseront à un autre homme qu'il considère comme plus viril que lui.

Chez la femme indigène, nous n'avons pas retrouvé d'idées délirantes de cet ordre ; le sentiment de frustration féminine ou de frigidité ne paraît pas être chez elle aussi toxique que chez la femme blanche.

Les idées de persécution chez le noir seront souvent déterminées ou influencées par leurs croyances ancestrales aux mauvais sorts, aux maléfices de tous genres et la notion de poison est très importante chez eux.

L'usage du poison est encore très répandu en Afrique noire et le sorcier conserve beaucoup de prestige de telle manière qu'il est parfois difficile de distinguer une idée délirante d'avec une croyance coutumière.

Le contenu des psychoses mégalomaniaques s'explique probablement par un essai de surcompensation. Nous avons rencontré plusieurs malades de ce genre, peut-être quelque peu oligophrènes, se disant le chef des Blancs et du Monde entier, ce qui provoquait d'ailleurs régulièrement l'hilarité dans tout le village ; si pour le malade cela constitue le maximum de puissance, pour ses congénères cela représente le comble de la folie.

La PSYCHOSE ANXIEUSE n'est pas rare et cela cadre bien avec ce que l'on constate chez l'indigène normal : le noir a souvent peur, peur des bêtes de la forêt, des hommes qui ne sont pas de sa race, des esprits et des mauvais sorts.

Le noir ne manque pas d'intelligence mais il reste très puéril et les terreurs enfantines que l'on constate chez nous : peur du noir et du loup, ces restes moyenâgeux entretenus par des éducateurs malhabiles, se maintiennent chez l'indigène au cours de la vie adulte.

Évidemment le léopard rôde parfois encore près des villages et le sorcier sévit toujours, tandis que nos loups et nos sorcières n'existent que dans les contes.

On rencontre la CYCLOTHYMIE avec ses deux extrêmes, la MANIE et la MÉLANCOLIE.

On nous a cité le cas d'indigènes se laissant mourir de faim parce qu'on leur avait jeté un sort et qu'ils estimaient inutile de lutter ; s'agit-il dans ce cas-là d'une obéissance aux croyances coutumières ou d'un état mélancolique réactionnel à la connaissance du sort jeté ?

Le mélancolique occidental pourra dire qu'on lui a jeté un sort, qu'on l'envoûte, que le diable est en lui, etc., il cherche en quelque sorte une causalité à l'état pénible dans lequel il se trouve tandis que le noir deviendrait malade lorsqu'on lui apprend qu'il est marqué par le sortilège.

La PARALYSIE GÉNÉRALE est loin d'être rare contrairement à ce que déclaraient les anciens auteurs. La seule différence d'avec celle des Blancs serait sa relative curabilité par les injections arsénico-bismuthiques.

La FORME MENTALE DE LA MALADIE DU SOMMEIL ressemble fortement à la paralysie générale, il s'agit d'ailleurs aussi d'une méningo-encéphalite diffuse.

Grâce à la lutte remarquable entreprise contre la maladie du sommeil, le nombre de mentaux relevant de cette étiologie est en nette régression.

Nous avons le souvenir d'avoir vu à Léopoldville en 1930, une très grande proportion de sommeilleux atteints de confusion mentale, alors qu'au cours de cette mission les cas rencontrés furent exceptionnels.

Nous croyons qu'il faudrait insister auprès du corps médical ou paramédical colonial pour que l'on abandonne la conception qui veut que la majeure partie des cas de maladies mentales est due à la syphilis ou à la trypanosomiase. On éviterait les inconvénients de cures arsenicales faites inutilement. De même, la découverte d'un B. W. positif dans le sang (syphilis ou pian) d'un aliéné n'implique pas nécessairement que ses troubles mentaux procèdent de cette infection, le B. W. peut être positif dans le sang et négatif dans le liquide céphalorachidien et vice-versa ; certaines formes de démence peuvent évidemment être dues à la syphilis cérébrale (artérite cérébrale) sans être de la paralysie générale, mais ces cas sont rares et présentent alors fréquemment une composante neurologique.

Les diverses formes d'ÉPILEPSIE existent chez les noirs et cette maladie est grave chez eux pour deux raisons :

1° L'Indigène vit fréquemment accroupi près de son feu, soit dans, soit devant sa case ; qu'il fasse une crise tonico-clonique, un équivalent — chute ou une absence —,

il se brûlera souvent et gravement. Dans presque toutes les salles de chirurgie visitées, nous avons trouvé des épileptiques en traitement pour leurs brûlures.

Dans les villages, ce sont en général, les malades les plus minables.

2° L'Indigène non évolué ne prend pas régulièrement une médication même si on la lui fournit. Or, il semble que dans l'épilepsie, il vaut mieux ne rien prendre que prendre des médicaments irrégulièrement.

Le jour où un asile sera bien équipé, constituant une sorte de centre social avec des ateliers et moyens récréatifs, il sera souhaitable d'y hospitaliser les grands épileptiques ; ils y seront moins misérables que dans les villages et la surveillance de leur traitement permettra de les équilibrer.

On trouve également à la Colonie, un bon nombre d'INSUFFISANTS MENTAUX allant de l'idiot à l'arriéré.

Dans le secteur Jadotville-Bunkeya, on rencontre beaucoup de goitreux dont quelques-uns sont idiots.

Des mesures analogues à celles pratiquées aux U. S. A. et en Suisse dans les régions à goitre sont en voie d'application.

La DÉMENGE SÉNILE et la DÉMENGE ARTÉRIOSCLÉREUSE n'existent probablement pas chez les noirs, nous n'en avons point rencontré et cette absence nous a été confirmée par tous les Confrères consultés. Il faut rapprocher cette curieuse constatation de celle de l'absence de maladies telles que l'hémiplégie non syphilitique. Le noir ne vit probablement pas assez vieux pour être frappé par ces maladies.

Les NÉVROSES existent chez les noirs et le pythiatisme y est fréquent.

Les médecins sont fréquemment consultés par des sujets atteints *d'impuissance virile* ; il s'agit en général d'une névrose d'autant plus grave que les noirs paraissent

attacher à cette fonction une importance encore plus grande que les blancs.

La TOXICOMANIE est très répandue sous la forme de fumerie de chanvre indien (canabisme) et d'alcoolisme.

L'usage de chanvre indien est fortement combattu mais difficile à supprimer totalement.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer d'accès toxiques aigus. Il est possible que certains brûlés soient des intoxiqués de ce genre plutôt que des épileptiques.

L'usage de boissons alcoolisées se répand de plus en plus, le « pombe » indigène étant remplacé par de la bière fabriquée par l'Européen. Certaines firmes ont brassé des bières à densité moins forte à l'intention de l'indigène, mais elles sont délaissées par lui au profit de la plus forte. En appelant une de ces bières légères du nom d'un animal détesté par le noir alors que la bière forte porte le nom de l'animal qu'il considère comme le plus puissant, on a mal compris sa psychologie si l'on désire qu'il choisisse dans le sens moins toxique.

Pour que les démences alcooliques, le délirium tremens, le syndrome de Korsakow, les délinquances et les dégénérescences apparaissent en grand nombre, il faudra quelque temps, mais cette échéance est certaine.

Notre séjour à la Colonie ne fut pas assez long pour qu'il nous soit permis d'apprécier les possibilités de lutte contre ce fléau mais parmi les diverses mesures que l'on peut envisager, il nous a semblé que le paiement de la ration en espèces devrait être évité chaque fois que faire se peut.

En préconisant cette mesure, nous savons que nous nous heurtons aux avis des sociologues qui estiment que l'on freine l'évolution du noir en ne lui permettant pas de gérer lui-même ses biens.

L'enseignement que nous donnera la psychiatrie colo-

niale ainsi que les statistiques de consommation de bière par le noir, nous démontreront qu'il ne faut pas accélérer son évolution.

Il me paraît plus utile d'essayer d'améliorer le standard de vie du noir et notamment son alimentation et son hygiène, plutôt que de lui faire assimiler trop rapidement les éléments de notre civilisation.

Entre la fausse culture et l'analphabétisme préhistorique, il y a place pour un enseignement lentement progressif.

Nous savons d'ailleurs qu'à côté des bienfaits de notre civilisation, il y a des fléaux tels que la production peu coûteuse de toxiques.

Il semble qu'il ne faille solliciter les mécanismes d'adaptation que pour autant que l'individu ait la possibilité de former son sens critique et ses défenses morales.

Il existe encore une forme d'accident psychopathologique que nous appellerons « BOUFFÉE PSYCHOMOTRICE ». Il se présente comme un accès d'agitation confusionnelle au cours duquel le malade est atteint d'une folie dromomaniaque destructrice avec agressivité sanguinaire.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'assister à une phase aiguë de cet accès, mais nous avons examiné plusieurs malades au décours de cette affection, ils étaient, à ce moment, dans un état analogue à celui que présente un épileptique dans les heures qui suivent une crise grave, sorte d'état crépusculaire caractérisé par de la bradypsychie, de la désorientation spatio-temporelle et une relative amnésie concernant les faits qui lui étaient reprochés.

Cette affection correspond, semble-t-il, à l'amok malais et l'on peut se demander s'il ne s'agit pas, soit de « fureur épileptique » soit de « délire aigu ».

PELLAGRE. Malgré la fréquence de la pellagre, nous n'avons pas rencontré un seul cas de démence pellagreuse :

Le Docteur LENELLE qui a eu l'occasion d'examiner de nombreux cas de pellagre confirme l'absence curieuse de cette complication cérébrale.

LES DÉLINQUANTS. Dans les prisons et les hôpitaux, nous avons rencontré beaucoup de sujets délinquants qui se trouvaient « en observation ». Les médecins de la Colonie sont, en effet, souvent invités à faire une expertise mentale à la demande du Procureur du Roi. Cette expertise est une tâche très difficile pour des médecins non spécialisés, d'autant plus que beaucoup de délits paraissent commis sous l'influence de croyances coutumières : il n'est pas rare qu'un indigène commette un homicide uniquement parce qu'on lui a dit que sa victime avait jeté un sort à lui ou à l'un des siens.

On réalisera facilement la difficulté qu'il y a à discerner s'il s'agit d'une interprétation ou d'une simple suggestibilité coutumière (cf. plus haut).

Conclusions :

1^o Les maladies mentales posent un problème important au Congo belge et au Ruanda-Urundi.

2^o Il est difficile d'apprécier le nombre de malades mentaux indigènes mais on peut affirmer : a) que ce nombre est proportionnellement moins grand que chez les Occidentaux ;

b) Que chez les noirs, il frappe davantage les évolués ;

c) Que les hommes paient un plus large tribut à la psychiatrie que les femmes surtout au Ruanda-Urundi ;

d) Que les femmes font individuellement des récidives plus fréquentes.

3^o Les maladies mentales rencontrées au Congo belge et au Ruanda-Urundi sont analogues à celles que l'on rencontre en Occident : une maladie apparemment

propre au noir et se présentant sous forme de « bouffée psychomotrice » assimilable à l'amok malais, n'est peut-être pas autre chose qu'un accès de « fureur épileptique » ou de « délire aigu ».

Les démences séniles ou artérioscléreuses ainsi que pellagreuses n'existent probablement pas.

4° L'alcoolisme est une menace grave pour le Congo.

5° L'évolution trop rapide sera néfaste.

6° Il est parfois difficile de distinguer certaines croyances d'avec des idées pathologiques d'allure paranoïde.

III. Suggestions concernant l'assistance aux malades mentaux indigènes.

Il résulte de ce qui a été dit dans ce travail au sujet de l'état actuel de l'assistance aux malades mentaux, que l'on ne doit pas compter sur ce qui existe et que tout est à faire.

Les problèmes médicaux et sociaux qui se posaient à la Colonie, étaient par trop urgents et importants pour que l'on se soit préoccupé systématiquement et scientifiquement de la question psychiatrique. Mais actuellement, l'organisation médico-sociale au Congo et au Ruanda-Urundi, a pris un tel essor, la médecine et les hôpitaux ont à ce point évolué que le décalage entre ce qui existe dans tous les domaines médico-sociaux et la psychiatrie, apparaît comme très important.

Dans l'ensemble, les médecins de la Colonie sont très avertis et paraissent suivre l'évolution scientifique de très près (documentation, lecture de revues, techniques nouvelles etc...) mais comme partout, dès que l'on touche la psychiatrie, ils se récusent, et c'est d'autant plus compréhensible qu'ils n'ont même pas parmi eux un confrère spécialisé susceptible d'être consulté alors que les autres spécialités sont représentées.

Il faudrait donc à la Colonie quelques médecins psychiatres et des instruments de travail pour ceux-ci, c'est-à-dire, des hôpitaux psychiatriques avec possibilités thérapeutiques modernes, ainsi qu'une législation appropriée.

1. MÉDECINS PSYCHIATRES (cf. chapitre suivant).
2. HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES.

Avant d'envisager le nombre, la capacité et la situation de ces instituts, il convient d'en rappeler les caractéristiques propres basées sur les thérapeutiques actuelles :

a) La convulsivo et l'insulinothérapie conditionnent dans une certaine mesure l'aménagement intérieur ; en effet, les salles où se pratiquent ces cures doivent se trouver à proximité des salles d'observation et du bureau médical.

b) La kinésithérapie, l'ergothérapie et la réadaptation nécessitent des terrains de culture et éventuellement d'élevage ainsi que des ateliers et une salle de gymnastique.

A. Nombre.

Il faudrait le plus rapidement possible édifier un asile par province et cela pour les raisons suivantes :

1^o Le nombre de malades mentaux le justifie ;

2^o Les distances sont très grandes : dépaysement, pertes de contact avec la famille ou difficultés pour venir chercher un malade sortant à l'essai ; trop grande différence de la langue ; fatigue et frais.

B. Capacité.

La capacité des asiles doit être extensible et le point de départ devrait être de l'ordre de cent quarante lits (80 hommes — 60 femmes). En effet, nous avons constaté (cf. plus haut) que sans thérapeutique, la garderie est déjà de l'ordre de cinquante malades par province ; dès que les noirs sauront que les conditions d'hospitalisation sont bonnes et que les moyens thérapeutiques ont une certaine efficacité, la demande d'assistance sera beaucoup plus fréquente, de même que les médecins qui ont une certaine tendance à refouler les cas, les adres-

seront plus facilement à l'asile ; il y aurait intérêt d'ailleurs à ne pas devoir refuser de la place à un malade curable parce que les chroniques l'occupent.

Puisqu'il ne peut être question de bâtir simultanément ces divers asiles, les pouvoirs publics ont décidé de construire au Congo belge, en premier lieu, celui du Kasai (région la plus centrale) et d'envisager l'édification simultanée d'un asile au Ruanda-Urundi.

Ces deux formations devront pendant un certain temps concentrer toute l'activité psychiatrique de la Colonie, je proposerais donc de prévoir une capacité de départ de l'ordre de 230 lits (140 hommes — 90 femmes) cf. 2^{me} stade du plan.

Afin d'éviter la construction d'un nouvel asile lorsque la capacité du premier se trouvera dépassée nous proposons un type d'asile extensible comprenant pour chaque sexe (se rappeler que les Ordres assurant la desserte exigent la séparation absolue) :

1^o Un bâtiment médico-administratif permanent comprenant 60 lits et pouvant assurer le fonctionnement d'un asile allant de 80 à 420 malades (centre médical psychiatrique, observations, infirmerie, salles de cure et administration).

2^o Cuisine et buanderie.

3^o Des pavillons pour malades triés à l'observation.

4^o Des ateliers.

Les bâtiments du 2^o seraient extensibles tandis que les 3^o et 4^o seraient multipliés et cela jusqu'à une capacité totale éventuelle de 420 unités (cf. plans et plans de situation).

Le terrain réservé à ces formations devrait être pour l'ensemble hommes et femmes, de l'ordre de 200 Ha (cultures, élevage et rotation des terres).

Chaque asile doit se trouver dans un rayon maximum de 10 km d'un grand hôpital existant afin que les pensionnaires puissent bénéficier éventuellement des soins

spécialisés de cet hôpital (laboratoires, radiographie, chirurgie, etc...) et cela afin d'éviter de devoir construire et équiper ces différents départements dans l'asile.

La proximité de la plus grande ville de chaque province est souhaitable parce que c'est elle qui aura la plus grande quantité de malades à hospitaliser.

Le choix de la région de Luluabourg est très heureux (agglomération importante et centrale, rail, aérodrome).

Au Ruanda-Urundi, deux emplacements sont à envisager :

ASTRIDA :

Avantages : bonne altitude et température modérée, communications relativement faciles avec le Ruanda, le Nord de l'Urundi, le Nord et le Centre du Kivu.

Inconvénients : Le Docteur BAUDART vient de nous signaler que son enquête auprès des Domaines démontre qu'il ne reste plus de terrain libre dans un rayon de 10 km de la Ville.

USUMBURA :

Avantages : Densité de la population, formation hospitalière importante, communication facile avec le Sud du Ruanda, l'Urundi, le Sud du Kivu, Costermansville et le Nord du Katanga.

Nous avons examiné un bon terrain libre à 6 km de la Ville le long de la route menant à Shangugu, entre la Cité Jardin et la nouvelle plantation d'eucalyptus.

Inconvénients : Plaine et climat plus chaud. On nous a objecté que l'indigène de la montagne n'aimera pas être hospitalisé dans la plaine et vice versa. C'est à considérer, mais si l'on devait tenir compte de ces facteurs, on devrait multiplier les asiles.

Il semble bien que l'on retiendra les environs d'Usumbura.

En attendant la construction des différents asiles, il serait souhaitable de réserver au plus tôt les terrains nécessaires afin de trouver encore dans quelques années ceux qui correspondent aux conditions indispensables précitées.

En février 1951, nous avons pris contact avec les personnalités responsables de l'urbanisation de Léopoldville ; un emplacement adéquat a été réservé sur le plan agréé.

Il existe encore un terrain adéquat dans les environs de Stanleyville.

Au Katanga, le choix de la région de Jadotville serait le plus judicieux.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'envisager ce problème pour les Provinces de l'Équateur et du Kivu ; cette dernière province devrait, nous semble-t-il, être la dernière à avoir un asile s'il en existait un au Ruanda-Urundi ; c'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous nous sommes préoccupés des communications entre le Kivu et Astrida ou Usumbura.

C. Direction.

Les asiles, qu'ils soient construits par la Colonie ou grâce au Fonds du Bien-Être Indigène, devront rester la propriété de la Colonie. Il est indispensable que le Gouverneur de la Colonie ait la direction et la responsabilité d'institutions de ce genre. L'expérience a démontré que l'application de ce principe est souhaitable.

Cette direction doit être déléguée par le Gouvernement au Médecin-chef de l'établissement qui sera lui-même sous l'autorité directe du Médecin en Chef de la Colonie.

Un service d'Inspection spécialisé des asiles sera probablement créé dans l'avenir.

D. Desserte et Gestion.

La desserte devrait être confiée à des religieux spécia-

lisés ou à des laïcs possédant le diplôme d'infirmiers ou d'infirmières spécialisés.

La gestion devrait être assurée par la collaboration du Médecin Directeur avec, soit le Frère Supérieur ou la Sœur Supérieure, soit avec un gestionnaire nommé par l'État.

Ce problème de la desserte est très épineux : l'expérience a montré que le personnel laïc est très onéreux (pour assurer le service d'une infirmière pendant 24 heures, il faut dans un hôpital psychiatrique, plus de 4 infirmières, 3×8 heures + congés officiels et maladies) et le personnel religieux est très rare.

Une assistante sociale spécialisée devrait être attachée à chaque asile.

Sachant que des propositions avaient été faites aux Frères et aux Sœurs de la Charité, nous avons pris contact avec les Supérieurs généraux de ces Ordres.

Dans deux ans, les Frères de la Charité arriveront à disposer du minimum de religieux requis pour assurer le bon fonctionnement d'un Asile.

Avec l'autorisation de Monsieur le Gouverneur Général, nous avons pris contact avec la Communauté des Frères d'Oostakker ; nous avons reçu l'assurance de trouver dans cet ordre spécialisé le nombre de Frères qui conviendrait à la desserte du second Asile.

E. Plans.

Sur mes indications, un architecte a fait un avant-projet de plans tenant compte des exigences psychiatriques et coloniales actuelles.

Cet avant-projet a été transformé en plan définitif par Monsieur D'HONDT, architecte du Département Médical de Léopoldville avec lequel nous avons eu plusieurs échanges de vues.

L'avant-projet avec quelques commentaires explicatifs

(matériaux spéciaux, dispositifs psychiatriques particuliers, etc.) a été annexé au rapport de mission.

Ces plans ont été agréés par Monsieur le Docteur DUREN, Inspecteur général de l'Hygiène au Ministère des Colonies, par la Commission du Plan Décennal, et par le Docteur THOMAS, Médecin en Chef des Services Médicaux du Congo belge et du Ruanda-Urundi.

3. LÉGISLATION.

Le placement d'un malade mental en asile se fait pour des raisons thérapeutiques mais aussi pour le protéger contre lui-même ou pour protéger la société.

Son état mental ne lui permet pas toujours d'apprécier le bien-fondé des mesures qui lui sont appliquées, ni de gérer ses biens ; il faut donc une législation et une réglementation codifiant les devoirs de la société vis-à-vis du malade et le recours possible de celui-ci vis-à-vis d'elle.

Les législations et réglementations belges pourraient être appliquées telles quelles mais cela serait regrettable attendu que les milieux psychiatriques tentent précisément d'y apporter de sérieux correctifs.

Cette matière sort du cadre de ce rapport et pourrait faire l'objet d'un examen plus approfondi pour lequel nous nous tenons à la disposition éventuelle du Ministre.

Conclusions :

On devrait arriver progressivement à construire un asile par province, chacun de ceux-ci aurait une capacité extensible (140 à 750 lits).

Le terrain nécessaire à chacun doit être de l'ordre de 200 Ha situés dans un rayon maximum de 10 km d'un hôpital général important.

Le Directeur de l'Asile devrait être le Médecin psy-

chiatre nommé par l'État, le Gouverneur général, et le Médecin en Chef de la Colonie, restant ainsi les Autorités supérieures de cette Institution.

Des religieux ou des infirmiers spécialisés assureront la desserte, ils seront assistés par des infirmiers indigènes.

Les avant-projets de plans et d'implantation annexés au rapport de mission ont été planifiés définitivement par l'architecte colonial des services médicaux à Léopoldville.

Législation et réglementation sur les malades mentaux devraient être mises à l'étude et introduites à la Colonie.

V. Enquête et discussion sur le problème des Européens atteints de maladies neuro-psychiques.

Les maladies neuro-psychiques chez l'Européen à la Colonie, sont loin d'être exceptionnelles.

Les divers types de dépression sont les plus fréquents et des psychoses de tous genres sont enregistrées, sauf peut-être la démence sénile et cela du fait que l'Européen quitte habituellement la Colonie avant l'âge d'apparition de cette maladie.

Les dépressions asthéniques simples, les plus fréquemment rencontrées, sont, en général, améliorées par des injections d'extrait de cortico-surrénale.

Quelques psychoses ont été guéries par des injections de cardiazol ainsi que par l'électrochoc de l'U. M. H. K. à Jadotville, mais c'est l'exception.

Dans l'ensemble, les médecins de la Colonie sont désarmés lorsqu'un cas de maladie mentale se présente : insuffisance bien compréhensible de connaissances spécialisées, insuffisance de thérapeutiques, difficultés d'hospitalisation.

Au cours de notre séjour à la Colonie, nous avons vu trois malades très agités (à Léo, à Usumbura et à Stan). Cela posait pour le médecin de ces hôpitaux un problème très délicat. L'agitation extrême du malade de Stan avait d'ailleurs nécessité son placement en prison. Nous avons pu voir se rétablir la malade de Léo après trois applications d'électrochocs que nous lui avons faites et constaté qu'un an plus tard elle se portait toujours bien.

Deux courants se font jour concernant l'attitude à adopter vis-à-vis des Européens atteints d'affection mentale.

Certains médecins estiment que ces affections ne peuvent et ne doivent pas être traitées sur place, que le rapatriement est la seule mesure logique, à la fois parce qu'ils considèrent qu'il ne peut y avoir à la Colonie, que des gens parfaitement équilibrés et parce que le retour aux conditions européennes pourrait dans certains cas avoir une action bienfaisante sur l'évolution de la psychose.

D'autres médecins sont partisans de la thérapeutique sur place.

La première attitude implique une plus grande sévérité médicale pour l'admission aux carrières coloniales (examens spécialisés, électroencéphalographies, enquêtes psycho-sociales) et une amélioration des conditions de rapatriement.

La seconde attitude implique la nomination de psychiatres et la construction d'annexes psychiatriques aux principaux hôpitaux.

Discussion sur les deux attitudes.

La vie à la Colonie est peut-être plus difficile psychologiquement parlant : dépaysement, adaptation à des conditions de vie nouvelle, parfois esseulement, fréquemment vie en société restreinte, souvent mauvais équilibre sexuel.

Il est donc souhaitable d'éviter le séjour à la Colonie aux fragiles psychiques.

Néanmoins, lorsque l'Européen a organisé son existence à la Colonie et surtout lorsqu'il y a fondé définitivement son foyer, comme c'est le cas du colon, ne devrait-on pas essayer de l'y soigner lorsqu'il est frappé par la maladie mentale.

C'est ici que le psychiatre devient indispensable ; car lui seul pourra juger si le malade l'est parce qu'il est au Congo, et dans ce cas son rapatriement s'imposera ;

il en serait de même s'il était atteint d'une maladie incurable. Mais s'il s'agit d'une affection curable, peut-on briser une carrière ou risquer de porter atteinte à l'intégrité d'un ménage en rapatriant l'un des conjoints alors qu'une thérapeutique appropriée pourrait rapidement guérir l'intéressé.

Il faut ici réagir contre une ancienne conception qui voulait que la maladie mentale est peu curable, ce qui est loin d'être le cas actuellement.

Nous comprenons qu'il n'est pas souhaitable que l'Européen se montre vis-à-vis de l'Indigène dans l'état d'infériorité le plus lamentable qu'il soit, l'aliénation mentale, mais le traitement ne suppose pas un maintien en société plus long que le rapatriement. Même dans l'état actuel des choses, la nomination d'un psychiatre pourra rendre de grands services (cf. chapitre suivant). Dans un avenir assez proche, il serait donc souhaitable de créer dans l'hôpital pour Européens de la plus grande ville de chaque province, un centre psychiatrique qui serait exclusivement thérapeutique et dirigé par le psychiatre de l'asile pour Indigènes situé à moins de 10 km de là (voir plus haut).

Le rapatriement reste néanmoins actuellement une nécessité et le sera toujours pour ceux qui ne supportent pas la vie coloniale ainsi que pour les incurables.

Conditions actuelles du rapatriement. — Après avoir parfois voyagé beaucoup, le malade reste sans traitement ou presque, soit dans une chambre d'hôpital mal conçue pour cela, ou dans un cabanon, puis il est conduit à bord d'un paquebot pour autant qu'il soit admis par le Commandant du navire.

Nous avons visité le cabanon de l'ancien Anversville qui nous a conduit au Congo en 1930, puis celui de l'actuel Léopoldville amarré en janvier à Matadi. Vivre 15 jours dans ces cellules doit être effroyable, et d'autre part,

on comprend qu'il soit difficile de laisser se promener sur le pont un suicidé ou un confus.

Nous avons soigné en Belgique des Coloniaux rapatriés dans ces conditions, ils étaient mal en point à leur arrivée.

Nous ne désespérons pas d'arriver à un accord avec une société de navigation aérienne qui accepterait le rapatriement par avion.

Un infirmier spécialisé attaché à un des asiles coloniaux pourrait éventuellement servir de convoyeur pour tous les déplacements du malade. Il devrait évidemment avoir une grande habitude professionnelle et savoir à la fois manier les sédatifs et les toniques cardiaques.

Cabanon d'attente à Matadi.

D'après les Docteurs DEMARET et SCHLESSER, Médecins du Gouvernement à Matadi, il y a environ au moins tous les mois un malade mental qui doit être embarqué dans ce port.

Nous avons visité le cabanon actuel, il ne peut plus convenir.

Il y a actuellement, croyons-nous, un paquebot quittant Matadi tous les quinze jours. En prévoyant donc une garderie de deux à trois lits, on peut parer à toute éventualité.

Nous avons examiné avec les deux médecins précités, deux solutions possibles :

1^o Construire un petit bâtiment près de la façade arrière de l'Hôpital des Blancs. Les avant-projets ont été annexés au rapport de mission et nous nous sommes entretenu à ce sujet avec l'architecte des Services Médicaux de Léopoldville (en 1951, notre plan a été agréé).

2^o Transformer deux ou trois pièces du pavillon de quarantaine annexé à l'Hôpital de Matadi.

Le Docteur SCHLESSER nous a assuré que le pavillon de quarantaine ne correspondait pas aux nécessités pro-

phylactiques actuelles. Il ne nous est pas possible d'apprécier la chose. Il est évident que si cette quarantaine ne servait pas à ses fins, il vaudrait mieux utiliser quelques-unes de ces chambres plutôt que de construire un pavillon cabanon.

Nous avons demandé à un entrepreneur à Matadi, de nous accompagner dans la dite quarantaine afin d'avoir l'avis et le devis d'un technicien pour effectuer les transformations nécessaires.

Le Docteur SCHLESSER et cet entrepreneur ont pris notes sur place des accommodements indispensables (modifications des fenêtres et de la porte, lavabos, W. C., etc...).

Conclusions :

1° Toutes les affections neuro-psychiques peuvent frapper l'Européen à la Colonie.

2° La démence sénile est exceptionnelle.

3° Les troubles dépressifs sont assez fréquents.

4° La thérapeutique in loco serait préférable au rapatriement systématique. Ce rapatriement s'impose pour les malades chroniques ou pour les personnes dont le système nerveux ne supporte pas la vie coloniale.

5° Il faudrait, en conséquence, créer des annexes psychiatriques aux hôpitaux des Européens et améliorer les conditions de rapatriement.

6° Il y a lieu de bâtir à Matadi un pavillon de passage dépendant de l'Hôpital ou de transformer une partie du bâtiment de quarantaine.

7° Le rapatriement par voie aérienne serait souhaitable.

V. Enquête et suggestions concernant les médecins susceptibles d'exercer la Psychiatrie au Congo.

Le rôle primordial du psychiatre à la Colonie sera de diriger l'asile, d'y appliquer les thérapeutiques les plus modernes et de former des infirmiers indigènes spécialisés.

Il devrait lui incomber aussi de soigner les Européens soit en clientèle, soit à l'hôpital, soit là où l'appellerait en consultation un confrère traitant.

Au cours de la période où il n'y aura qu'un ou deux asiles et partant un ou deux psychiatres, les déplacements risquent d'être fort importants mais dans l'avenir, ils se limiteront à la Province.

Les expertises mentales pourraient être confiées dorénavant au psychiatre ; il y aurait lieu toutefois, de les limiter à la Province de l'asile sous peine de lui voir consacrer à cela tout son temps.

On peut nommer psychiatre à la Colonie soit un médecin qui s'est spécialisé avant de quitter la Belgique, soit un médecin colonial qui aurait acquis les connaissances psychiatriques nécessaires pendant un congé prolongé.

Dans le premier cas, on est plus assuré de l'existence d'une vocation réelle et de connaissances approfondies.

Ce psychiatre connaîtra non seulement la pratique asilaire mais aussi celle de la clientèle névropathique ; il pourra de ce fait, rendre plus de services à bon nombre d'Européens ; exemple : le médecin-chef de l'asile de Loanda.

A son arrivée à la Colonie, ce médecin devrait faire un stage de quelques mois dans divers hôpitaux de la Pro-

vince dont il dirigera l'asile ; il se familiarisera de la sorte avec les usages et la langue des Indigènes.

Dans le second cas, les connaissances seront plus livresques et la pratique moins étendue ; la vocation pourrait éventuellement n'être qu'un désir de vivre près d'un plus grand centre. Les avantages doivent cependant être considérés :

- 1° Connaissance des us et coutumes des noirs ainsi que de la vie coloniale ;
- 2° Pratique de la langue indigène ;
- 3° Améliorer éventuellement le statut d'un médecin défavorisé par un séjour dans un petit poste.

Ce futur spécialiste devrait jouir en Europe d'une prolongation de congé pour y accomplir un stage de perfectionnement technique. Le stage devrait se répartir comme suit : cinq à six mois dans un service psychiatrique d'observation et de traitement à grand mouvement de malades et un stage de deux mois au minimum dans un grand asile.

Trois médecins ont, jusqu'à présent, répondu à l'appel lancé en faveur de la spécialisation psychiatrique ; nous avons pris contact avec eux au cours de nos séjours à la Colonie.

Ultérieurement, le Ministre des Colonies a bien voulu nous charger de diriger leurs stages de perfectionnement technique. L'un d'eux, au moins, s'est révélé, dès l'achèvement d'un premier cycle de stage, comme susceptible d'entreprendre la direction d'un asile.

A l'usage, la pratique de la méthode des stages de perfectionnement technique, sans valoir la spécialisation poussée d'emblée, nous apparaît cependant comme efficace et de nature à résoudre pratiquement le problème que pose l'organisation des soins psychiatriques au Congo belge et au Ruanda-Urundi.

Conclusions générales :

Le problème psychiatrique colonial doit être résolu rapidement et touche les Européens et les Indigènes.

Il faudra dans un proche avenir arriver à édifier un asile moderne dans chaque province. Ces formations permettront d'égaliser dans le domaine des maladies mentales ce qui a été réalisé dans toutes les autres branches de la médecine au Congo.

Mars 1952.

