

Académie royale
des
Sciences coloniales

CLASSE DES SCIENCES NATURELLES
ET MÉDICALES

Mémoires in-8°. Nouvelle série.
Tome VI, fasc. 1.

Koninklijke Academie
voor
Koloniale Wetenschappen

KLASSE DER NATUUR- EN
GENEESKUNDIGE WETENSCHAPPEN

Verhandelingen in-8°. Nieuwe reeks.
Boek VI, aflev. 1.

L'ŒUVRE REINE ASTRID

pour la mère
et l'enfant indigènes

(O. R. A. M. E. I.)

PAR LE

Dr G. NEUJEAN

MÉDECIN-INSPECTEUR HONORAIRE DES LABORATOIRES DE LA COLONIE
CHARGÉ DE COURS A L'UNIVERSITÉ DE LIÈGE

CONSEILLER AU FORÉAMI

MEMBRE ASSOCIÉ DE L'ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES COLONIALES.



Avenue Marnix, 30
BRUXELLES

Marnixlaan, 30
BRUSSEL

1957

PRIX : F 80
PRIJS :

L'ŒUVRE REINE ASTRID
pour la mère
et l'enfant indigènes

(O. R. A. M. E. I.)

PAR LE

D^r G. NEUJEAN

MÉDECIN-INSPECTEUR HONORAIRE DES LABORATOIRES DE LA COLONIE
CHARGÉ DE COURS A L'UNIVERSITÉ DE LIÈGE
CONSEILLER AU FORÉAMI
MEMBRE ASSOCIÉ DE L'ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES COLONIALES.

Mémoire présenté à la séance du 19 janvier 1957

L'Œuvre Reine Astrid pour la mère et l'enfant indigènes.

AVANT-PROPOS

L'Œuvre Reine Astrid pour la mère et l'enfant indigènes est à l'heure du départ. Pendant la période, nécessairement assez longue, des travaux préparatoires, nous n'avons cessé d'être interrogés à son sujet par de nombreuses institutions et personnalités qui portent un intérêt particulier aux activités qui lui sont dévolues.

La nouvelle œuvre étant maintenant nantie des instruments législatifs et administratifs lui permettant d'entrer en activité, nous espérons répondre à un vœu maintes fois exprimé en donnant quelques informations à son sujet.

Nous exposerons successivement la genèse de l'œuvre, les principes adoptés qui doivent lui servir de directives, les problèmes en face desquels elle se trouve, la façon, enfin, dont nous concevons ses interventions pour réaliser les objectifs qui lui sont assignés ⁽¹⁾.

On voudra bien nous excuser de trouver exposés côte à côte l'aspect scientifique et l'aspect administratif des questions examinées, l'un étant finalement indissoluble de l'autre lorsqu'il s'agit de passer de la théorie au terrain.

⁽¹⁾ Il est bien entendu que ces vues souvent personnelles n'engagent en rien la politique de l'Œuvre comme on le verra plus loin dans l'exposé de son fonctionnement.

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE ET PRINCIPES DE BASE

Les services officiels et l'initiative privée ont toujours porté un intérêt particulier aux problèmes touchant à la protection de la mère et de l'enfant indigènes. Le renforcement et la coordination des efforts entrepris dans ce domaine étaient souhaités depuis longtemps.

C'est en 1938 que le D^r L. VAN HOOF, médecin en chef de la Colonie, avec l'approbation du gouverneur général P. RYCKMANS, jeta les premières bases pour la création d'un organisme auquel on assignerait des objectifs semblables à ceux que poursuit en Belgique l'Œuvre nationale de l'Enfance.

Dès le départ le vœu fut émis de voir placer l'œuvre à créer, sous l'égide symbolique de notre regrettée Souveraine, la Reine ASTRID.

Dans la conception du Gouverneur général, le futur Fonds était destiné à être utilisé progressivement pour la création d'installations durables, favorisant la maternité et l'enfance indigènes. Dans son esprit, le capital du Fonds était destiné à être dépensé, la part de la Colonie dans le Mémorial consistant dans l'entretien ou la subsidiation des établissements créés à l'intervention du Fonds. Le Gouverneur général, estimait, à juste titre, que ce qui manquait avant tout, c'était le capital indispensable pour construire les bâtiments nécessaires, tels que des maternités et des pavillons de consultations. Il considérait que les ressources diverses que la Colonie pouvait trouver, aussi bien dans son budget officiel, que

dans le secteur privé et les revenus des circonscriptions indigènes, offraient les moyens de supporter l'entretien des nouvelles formations créées.

La seconde guerre mondiale interrompit le dialogue qui s'était établi entre Léopoldville et Bruxelles et était sur le point d'aboutir à la création d'un Fonds Reine Astrid dont le but aurait donc été de suppléer au manque de capital de premier établissement.

Le gouvernement local poursuivit néanmoins la réalisation du projet et créa une œuvre provisoire, à laquelle il lui était momentanément impossible de donner toute l'ampleur désirée. C'est ainsi que naquit l'Œuvre de la maternité et de l'enfance indigènes (OMEI). Son objectif se limitait à l'octroi de subsides pour la construction et l'équipement de maternités. Les ressources de l'œuvre étaient assez modestes et ses activités ont davantage dépendu du dévouement et des initiatives individuels que d'une règle qu'il eut été d'ailleurs bien difficile de fixer.

C'est en 1949, que l'œuvre définitive prend corps en s'inscrivant dans l'ensemble du Plan décennal. Celui-ci prévoit que l'œuvre doit être administrée par des représentants du Gouvernement et des organismes privés intéressés à l'action médico-sociale en faveur de la mère et de l'enfant indigènes et avoir des relations étroites avec la Direction générale des Services médicaux du Gouvernement. L'aspect fonctionnel médico-social est pris en considération tout autant que les besoins financiers de premier établissement. Une première étude faite par le Département a excellemment résumé les divers aspects des problèmes posés par la création de l'œuvre. Nous croyons utile de rappeler ici quelques passages de la note que le ministre des Colonies adressait le 19 janvier 1954 au Conseil supérieur d'Hygiène coloniale, sollicité de donner les avis indispensables quant aux moyens à envisager pour atteindre avec le maximum d'efficacité le but final que se propose l'œuvre projetée.

L'aspect social et l'aspect médical de l'œuvre y sont ainsi présentés :

« Une première façon d'envisager le problème s'inspire de la prépondérance de l'aspect social de l'Assistance aux Mères et aux Enfants.

Selon cette conception l'œuvre doit englober dans ses préoccupations toutes les activités en faveur de la maternité et de l'enfance dans les divers et nombreux aspects de la vie sociale et de la santé.

Envisagée sous cet aspect très vaste, elle aurait dans ses attributions, non seulement les activités médicales intéressant les mères et les enfants, mais encore l'immense domaine des institutions intéressant directement la vie sociale, telles par exemple, l'éducation des mères et des futures mères, la surveillance à domicile des mères et des enfants, la création d'orphelinats, les œuvres d'assistance à l'enfance abandonnée ou de tutelle de l'enfance délinquante, les repas scolaires, les colonies pour enfants débiles, etc. ».

« Une autre conception de la structure de l'œuvre s'inspire des besoins plus immédiats des femmes et enfants indigènes et, tenant compte des moyens disponibles, tend à concentrer les ressources et l'activité de l'Œuvre sur le problème fondamental de la santé, sans exclure cependant une intervention dans le domaine social connexe. Son activité poursuivrait la réalisation de l'objectif tracé par le Plan décennal, c'est-à-dire, le perfectionnement et la coordination des diverses œuvres qui se groupent dans la trilogie citée plus haut, à savoir : les consultations prénatales, les maternités et les consultations pour nourrissons et de pédiatrie ».

Le ministre concluait

« Quelle que soit la solution qui sera adoptée, il n'y a cependant aucun doute qu'une coordination soit nécessaire entre les nombreuses institutions s'intéressant aux mères et aux enfants.

Dans la situation actuelle, l'action se trouve répartie entre les groupes d'organismes que nous énumérons ci-après :

1) Toutes les missions religieuses, tant nationales qu'étrangères, qui agissent autant dans le domaine des constructions que dans le fonctionnement, en majeure partie dans les zones rurales, mais également dans les zones urbaines.

2) Le Service médical du Gouvernement qui agit conjointement ou parallèlement avec les missions et d'autres organismes dans les mêmes domaines, mais peut-être un peu plus dans les zones urbaines.

3) L'O. M. E. I., fondée par le D^r VAN HOOFF, qui se contente de recueillir des fonds pour financer le premier établissement et éventuellement l'outillage de maternités et autres constructions nécessaires à l'action médicale pour la Mère et l'Enfant indigènes.

4) Divers organismes à but philanthropique ou social, notamment :

a) Le F. B. E. I., qui agit exclusivement dans les zones rurales où il intervient d'une façon prépondérante en finançant les investissements et d'une façon accessoire le fonctionnement ;

b) Un groupe d'organismes philanthropiques médicaux tels que la Croix-Rouge du Congo, la FOMULAC et le Fonds Social du Kivu ;

c) L'A. M. D. C. (aide aux maternités et dispensaires du Congo), organisme métropolitain qui aide les missions religieuses nationales par l'octroi de matières utiles à la Mère et à l'Enfant ⁽¹⁾ ;

d) Les Sociétés industrielles, agricoles et commerciales, qui interviennent, chacune dans leur rayon d'action, en faveur des femmes et des enfants de leur main-d'œuvre et souvent aussi en faveur des indigènes des régions situées dans leur rayon d'activité.

e) Des personnes privées qui contribuent bénévolement à certaines œuvres et prennent même l'initiative d'en fonder.

Ces efforts multiples et généreux méritent certes l'admiration, mais il semble cependant bien que l'ordre dispersé dans lequel se sont fait jour ces nombreuses initiatives, a eu pour résultat d'amener des doubles emplois dans certains secteurs, alors que d'autres ne sont pas décelés. De plus, l'absence de directives générales communes risque d'entraîner une dispersion des efforts et des ressources.

Je crois utile aussi d'informer le Conseil à la fois de l'extension actuelle des œuvres médico-sociales intéressant les Mères et les Enfants et des progrès qui restent à réaliser dans ce domaine.

En admettant pour l'ensemble de la Colonie un taux de natalité moyen de 32 pour mille et une population estimée à 12 millions d'habitants, on note annuellement environ 384.000 naissances.

Au cours de l'année 1952, 110.000 accouchements de femmes indigènes ont été assistés dans les diverses maternités de la Colonie, ce qui représente 28 % des naissances.

Il y a donc encore 72 % des accouchements qui se passent sans assistance médicale. En cas de complications, ces parturientes sont donc abandonnées à elles-mêmes ou livrées aux pratiques obstétricales coutumières, souvent cruelles et toujours très dangereuses.

⁽¹⁾ En principe l'A. M. D. C. aide suivant ses possibilités toutes les missions sans distinction, de même que les consultations de la Croix-Rouge et dans certains cas celles de l'État.

La mortalité infantile moyenne se situe autour de 260 ‰. Tenant compte de ce chiffre et du nombre estimatif de naissances cité plus haut, on peut estimer le nombre d'enfants de 0 à 2 ans, aux environs de 650.000.

D'après les statistiques de l'année 1952, 250.000 enfants sont inscrits aux consultations de nourrissons et 110.000 y sont présentés chaque semaine. Ces chiffres comprennent cependant un certain nombre d'enfants ayant dépassé l'âge de 2 ans.

On peut donc affirmer que 35 ‰ des enfants de 0 à 12 ans sont soumis à un contrôle médical occasionnel et que 17 ‰ seulement d'entre eux font l'objet d'une surveillance médicale suivie.

Il ne fait pas de doute qu'au prix d'une meilleure coordination des efforts, il serait possible en quelques années, de majorer considérablement le nombre d'accouchements assistés et des nourrissons soumis à un contrôle médical, ce qui aurait pour heureux résultat de réduire dans une notable mesure les décès de femmes en couches, la mortalité et la mortalité néonatale de même que la mortalité infantile. Cette dernière atteint encore dans certaines régions, d'après un rapport récent, le taux beaucoup trop élevé de 400 pour mille (Kivu) ».

Étant entendu préalablement que l'Œuvre devra respecter l'individualité des institutions médicales et sociales existantes, en leur assurant une liberté suffisante et que son rôle sera donc avant tout promoteur et coordinateur et qu'elle n'aura à entreprendre elle-même des tâches d'exécution qu'à titre supplétif, le Conseil supérieur d'Hygiène coloniale présenta les recommandations suivantes quant au rôle et au champ d'activité de l'Œuvre :

« La Commission considère qu'une dispersion trop grande des ressources et des efforts entre les nombreuses activités médicales et sociales qui visent à des degrés divers au bien-être des Mères et des Enfants, entraînerait inévitablement la stagnation.

Aussi considère-t-elle comme indispensable de préciser nettement le champ d'action de l'œuvre et de limiter ses objectifs, au moins au début, aux activités suivantes :

- 1) Les consultations prénatales ;
- 2) Les maternités ;
- 3) Les consultations de nourrissons (enfants de 0 à 2 ou 3 ans) ;

- 4) Les hôpitaux et dispensaires pédiatriques (enfants pendant la période préscolaire) ;
- 5) Les orphelinats.

Dans ce cadre déterminé elle entrevoit notamment pour l'Œuvre les tâches suivantes :

- 1) Dresser un inventaire des institutions et activités existant au Congo belge et au Ruanda-Urundi ;
- 2) Élaborer un programme d'ensemble devant compléter l'organisation actuelle ;
- 3) Coordonner l'exécution des investissements ainsi que les activités de fonctionnement ;
- 4) Établir des directives au sujet de la création de nouvelles œuvres et du fonctionnement des diverses institutions, ainsi qu'au sujet des modalités et des normes d'agrément et de subsidiation ;
- 5) Répartir des subsides pour les investissements et pour le fonctionnement des institutions répondant aux directives fixées, et qui s'adressent à l'œuvre ;
- 6) Faire périodiquement le bilan des diverses activités s'intéressant aux Mères et aux Enfants ».

Sur la recommandation du Conseil supérieur d'Hygiène coloniale, le ministre des Colonies décida en date du 2 novembre 1954 de confier l'exécution de l'Œuvre au Fonds Reine Élisabeth pour l'Assistance médicale aux indigènes, moyennant certaines modifications à apporter au statut organique de cet organisme.

L'année 1955 a été consacrée à la préparation d'un avant-projet destiné à servir de base de discussion et à établir une première estimation des besoins financiers de l'œuvre. Cette étude préliminaire montra la complexité du vaste programme médico-social qui était assigné. Il convenait donc d'asseoir les bases définitives de l'organisation et du fonctionnement de l'œuvre sur une connaissance précise de nos réalisations en terre africaine afin de prévoir les moyens probatoires indispensables pour une mise en train rationnelle de l'œuvre. Il existe en effet tant au Congo belge qu'au Ruanda-Urundi de nombreuses formations poursuivant l'un ou l'autre des

buts assignés à l'ORAMEI. Il était essentiel de bien les connaître, de les inventorier, d'en faire une évaluation qualitative et quantitative. Il s'imposait d'en examiner sur place les divers aspects administratifs, fonctionnels, techniques et budgétaires, et, avant tout, de recueillir le fruit de l'expérience acquise.

Nous avons été chargé, à cet effet, d'une mission d'enquête qui a duré trois mois. Les constatations que nous avons faites nous ont permis de présenter des propositions concrètes qui ont été discutées à Léopoldville, d'abord avec les autorités médico-sociales compétentes ⁽¹⁾ afin de jeter en commun les bases d'une doctrine d'action ; à Bruxelles, ensuite aux différents échelons responsables.

Entre-temps, les actes donnant vie au nouvel organisme ont été rendus officiels.

L'arrêté royal du 13 août 1955 fixe le nouveau statut du FOREAMI, les arrêtés ministériels du 22 novembre 1955 et du 1^{er} février 1956 précisent les dispositions constituant le Règlement d'ordre intérieur et les activités médico-sociales qui lui sont actuellement dévolues. L'Œuvre Reine Astrid pour la mère et l'enfant Indigènes s'y insère comme une troisième section, les deux premières étant constituées respectivement, par la section de l'Assistance médicale (actuellement installée au Kwango) et par la section Père Damien de lutte antilépreuse.

Une ordonnance du Gouverneur général en date du 17 novembre 1956 fixe enfin les modalités du fonctionnement de l'Œuvre au Congo belge et au Ruanda-Urundi.

La phase préparatoire est donc pratiquement terminée et nous entamons avec le début de l'année 1957 la phase de mise en train.

⁽¹⁾ A ce colloque restreint, qui s'est tenu les 23 et 26 septembre 1955 au cabinet du Médecin en Chef, participaient, l'Inspecteur général de l'Hygiène, le Médecin en Chef, le Médecin-Chef adjoint et Directeur du FORÉAMI, le Directeur des Affaires indigènes et nous-même.

DEUXIÈME PARTIE

ÉTAT ACTUEL DE LA PROTECTION DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT INDIGÈNES DANS NOS TERRITOIRES D'AFRIQUE ⁽¹⁾

I. Considérations générales.

Il serait aussi fastidieux qu'inutile de faire un exposé analytique qui nous amènerait forcément à négliger les formations non visitées et par ailleurs à émettre sur telles ou telles formations particulières des appréciations dont la portée risquerait fort d'être exagérée dans un sens ou dans l'autre, sans bénéfice pour le but poursuivi. Nous essaierons donc de nous en tenir à un tableau général donnant une idée aussi réaliste que possible de la situation présente tant sur le plan social que sur le plan médical.

Deux remarques préliminaires de caractère général s'imposent.

La première concerne les définitions communément admises de zone urbaine et de zone rurale, de centre coutumier et de centre extra-coutumier. Nous ne pouvons y attacher qu'un intérêt secondaire, puisque nous

⁽¹⁾ Le texte qui suit est emprunté au rapport que nous avons établi après une mission de trois mois dans nos territoires d'Afrique. Cette mission a consisté essentiellement à visiter un certain nombre de formations médicales et sociales, urbaines et rurales, tant dans les secteurs officiel et philanthropique que privé, à examiner le fonctionnement des services, à rechercher les causes de succès et d'insuccès, et par des entretiens dans le plus large esprit avec les médecins et leurs collaborateurs, nous faire une opinion aussi bien sur les possibilités qui nous sont offertes que sur les lacunes à combler.

visons à protéger la population dans son entièreté et que le choix des moyens doit avant tout répondre à la nécessité d'en obtenir le maximum d'efficience.

La deuxième remarque concerne la diversité ethnographique, économique et nosologique des grandes régions naturelles du Congo. Cette diversité devra toujours être présente à l'esprit, car certains problèmes, apparemment identiques, demanderont des solutions différentes suivant l'endroit où ils se posent.

Sans que la protection de la mère et de l'enfant dépende actuellement d'un organisme particulier, elle existe en fait de façon dispersée dans les nombreuses formations qui constituent notre armement sanitaire ainsi que dans les foyers sociaux

L'armement médico-social sur lequel nous devons pouvoir appuyer l'ORAMEI est indiscutablement impressionnant.

Nous le résumons dans le tableau suivant emprunté aux données officielles (1954) (1).

Types de formation	Congo belge	Ruanda-Urundi
Hôpitaux	339	44
Dispensaires	1.642	111
Écoles d'infirmières-accoucheuses	4	1
Écoles d'aides-accoucheuses	37	3
Foyers sociaux	43	3

On compte pour le Congo belge environ 36.000 lits dans les hôpitaux et 18 à 19.000 dans les dispensaires ruraux ; au Ruanda-Urundi, on dispose d'environ 2.600 lits dans les hôpitaux du Gouvernement. Il va de soi que toutes ces formations sont de valeur inégale.

Pour ce qui concerne plus particulièrement les consultations de nourrissons leur nombre s'élevait au 1^{er} janvier 1955 à 658 au Congo belge et 57 au Ruanda-Urundi. Pendant l'année 1954, ces consultations ont été fréquen-

(1) Ces chiffres cités sont actuellement nettement dépassés.

tées par plus de 250.000 enfants au Congo belge et 50.000 environ au Ruanda-Urundi.

Les chiffres corroborent la constatation faite partout que l'action médico-sociale obtient chez les masses indigènes un succès psychologique dont l'importance ne doit pas être sous-estimée. Il n'est pratiquement plus nécessaire, en de très nombreux endroits, de faire aucune propagande en sa faveur, et là où une propagande persuasive reste nécessaire, comme dans certaines régions de l'Équateur, cela tient essentiellement au fait que jusqu'à présent les difficultés géographiques à l'occupation médicale n'ont pas permis aux indigènes d'en apprécier tous les bienfaits.

Dans le cas particulier des maternités, leur clientèle est presque partout à saturation, ce qui n'est pas sans poser de nouveaux et graves problèmes.

Les rapports officiels donnent une assez bonne idée de l'activité des consultations de nourrissons. En revanche, ils ne donnent qu'une idée très incomplète de l'action prénatale, l'examen des futures mères ne faisant que rarement l'objet d'un relevé spécial et figurant généralement dans l'ensemble de l'activité des dispensaires et consultations générales.

II. Les divers aspects de la protection de la mère et de l'enfant indigènes (Problèmes à résoudre).

Le but de l'œuvre vise à protéger l'enfant dès la pré-naissance. Le centre de son action se situe au moment de l'accouchement. C'est la raison pour laquelle nous examinerons successivement les problèmes posés par :

- 1) Les maternités ;
- 2) Les consultations prénatales ;
- 3) Les consultations de nourrissons ;
- 4) Les pavillons pédiatriques ;

- 5) Les orphelinats ;
- 6) Les activités sociales associées ;
- 7) La formation du personnel de desserte.

L'exposé qui suit ne peut prétendre à être complet. Il s'efforcera surtout à faire ressortir les problèmes saillants qui nous paraissent mériter une attention majeure. Nous souhaitons qu'il reflète, outre notre opinion, celle des nombreux médecins que nous avons interrogés. A défaut de certains chiffres, nous avons essayé d'établir un bilan loyal à partir duquel on puisse élaborer un programme rationnel et réalisable.

Nous avons tenu compte de l'activité et des résultats brillants de certains centres spécialisés. Ceux-ci représentent en quelque sorte un idéal à atteindre et nous espérons que l'œuvre bénéficiera de leur large expérience.

Étudiant sur le plan le plus général les divers problèmes qui nous sont soumis, nous avons estimé que nous devons retenir uniquement de cette enquête les éléments susceptibles de nous aider à établir une ligne de conduite d'ensemble.

En effet, devant l'ampleur de l'incidence budgétaire, nous avons estimé que nous devons rechercher des solutions économiques qui puissent donner satisfaction. Ce que nous dirons dans les pages suivantes devra toujours être considéré comme seuil d'un programme minimum à atteindre. Dès à présent, nous considérons qu'en de nombreux endroits il peut et doit être dépassé, mais qu'en revanche on compromettrait certainement le succès de l'Œuvre en voulant le réduire.

1. Maternités.

La maternité est le pivot de l'œuvre. C'est dans les maternités que se passe le drame des premiers jours du nourrisson et c'est dans leur orbite que fonctionnent déjà

actuellement un certain nombre de consultations prénatales.

De nombreuses maternités déploient une activité correspondant au maximum de leurs possibilités techniques. Ce sont de véritables usines à accoucher. Le nombre de candidates à l'entrée dépasse régulièrement les ressources de l'hospitalisation.

Lorsque ces possibilités sont très larges, la plupart des futures mères de la région cherchent à venir y accoucher. Là où les possibilités sont plus réduites, on s'efforce de sérier les cas obstétricaux ou suspects de difficultés quelconques.

Par manque de place, il est rarement possible d'accueillir les futures mères quelques jours avant l'accouchement. Or, la plupart des médecins sont unanimes à déclarer que le seul fait de pouvoir les mettre préalablement au repos et à un régime alimentaire convenable suffit pour diminuer considérablement les risques de l'accouchement. En effet, en dehors des dystocies vraies, qui nécessitent impérieusement l'intervention du médecin, nombreux sont les cas de femmes normalement constituées, mais qui sont amenées dans un tel état de fatigue et de faiblesse que le travail de l'accouchement déjà en train depuis un temps plus ou moins long est ralenti ou arrêté, mettant en danger les vies de la mère et de l'enfant. Dans ces cas, seule une intervention à la fois rapide et prudente peut tout sauver. C'est parmi ces cas que l'on observe une mortalité sévère qu'un simple repos préventif pourrait réduire considérablement.

Il est bien difficile actuellement de se faire une idée exacte de ce qui se passe en milieu rural, car il n'est guère possible de départager le nombre des accouchements « contrôlés » de ceux qui se font au « village ». Dans les endroits où fonctionne régulièrement une consultation prénatale, les cas difficiles sont retenus sans que, pour autant, le nombre de dystocies observées reflète une

situation particulière. Il faut également admettre, qu'avec le personnel limité dont on dispose, on a souvent recours à la solution chirurgicale pour des raisons de commodité et de sécurité, alors que le temps et la patience, ces grandes armes de l'accoucheur, permettraient dans certains cas, avec un minimum d'aide, d'aboutir à un accouchement naturel.

Ces considérations ne doivent pas être interprétées comme des critiques et ne mettent nullement en cause le dévouement, la science ou l'habileté du personnel médical. Il s'agit d'une constatation de fait.

En conclusion, à l'échelon de la maternité, le problème posé par les accouchements est davantage quantitatif que qualitatif.

1) Il manque de salles pour hospitaliser et préparer les futures mères à l'accouchement ;

2) Il manque de personnel qualifié pour assurer la permanence indispensable des services.

* * *

La plupart des maternités actuelles fonctionnent comme centre complet, sous la direction d'un médecin assisté de personnel auxiliaire blanc et noir. Elles disposent de plus en plus de larges possibilités techniques, telles que salle d'opération bien équipée, groupe électrogène, appareillage d'anesthésie, de radiographie, de ressuscitation, d'oxygénothérapie, de transfusion, etc. De telles maternités doivent logiquement être confiées à des médecins, ce qui en limitera toujours le nombre. Nous croyons qu'il serait bon à ce sujet de « repenser » où s'arrête l'échelon rural puisque cette notion est à la base des interventions du Fonds du Bien-Être Indigène.

Ces maternités que nous appellerons primaires de-

vraient, en principe, être réservées aux cas obstétricaux ou suspects de complications quelconques. La grande masse des accouchements normaux devrait pouvoir se faire dans des maternités secondaires ou mieux satellites, sous le contrôle d'une accoucheuse qualifiée. Des maternités de ce genre existent déjà et fonctionnent plus ou moins bien. S'il nous paraît rationnel de les multiplier, il est indispensable pourtant d'en assurer une surveillance sérieuse afin que le travail qui s'y exécute réponde aux exigences de l'hygiène et de l'obstétrique les plus élémentaires. Le personnel de desserte doit avoir été formé et entraîné soigneusement. Des règles strictes d'activité doivent être prescrites.

Il est enfin indispensable que de larges possibilités soient accordées pour réaliser l'évacuation des cas difficiles vers les maternités primaires. Il nous paraît raisonnable d'utiliser le même équipement automobile pour les contrôles et inspections, pour les évacuations et pour le déplacement du personnel en général.

Pour ce qui concerne le personnel auxiliaire, nous signalerons à titre indicatif, que pour assurer le service des accouchements normaux, on estime qu'il est nécessaire de prévoir 2 aides-accoucheuses pour un service assurant 250 accouchements par an, et une aide-accoucheuse supplémentaire par tranche de 250 accouchements au delà de ce nombre. Ces chiffres ont été établis sur la base de la formation et de la qualité actuelles des aides-accoucheuses et en tenant compte du fait que l'on ne dispose pas encore de véritables accoucheuses indigènes.

Nous terminerons cet exposé sur le fonctionnement des maternités par quelques considérations sur le *problème de la prématurité*. Celle-ci est fréquente et revêt un aspect toujours inquiétant vu l'état de santé précaire de la masse de la population. On lui doit une bonne part de la mortalité néonatale. Le traitement et les soins requis par le prématuré sont des plus délicats. Même dans des

centres bien équipés, avec du personnel compétent et dévoué, on enregistre des pertes importantes. Il n'est guère possible, pensons-nous, d'envisager de solution d'ensemble à ce problème, qui n'est résolu que là où le dévouement et le zèle du personnel, c'est-à-dire des facteurs individuels et humains, secondent les moyens techniques les plus perfectionnés.

Nous avons vu des installations de fortune faire merveille grâce au personnel. On pourrait utilement s'en inspirer avant de songer à créer des centres onéreux dont le succès dépendrait néanmoins, en fin de compte du personnel qui y serait affecté.

De nombreux nourrissons naissent à terme avec un poids nettement inférieur aux chiffres habituellement admis comme limite normale. Ils ne créent pas un problème aussi grave que celui des prématurés mais exigent néanmoins des soins attentifs et un régime adapté à leurs besoins spéciaux. Leur nombre pourrait être abaissé semble-t-il en imposant aux futures mères une période de repos avant l'accouchement et en augmentant leur ration alimentaire, surtout en protéines animales et en éléments de protection.

2. Consultations prénatales.

Ces consultations ne sont pas organisées de façon systématique comme les consultations de nourrissons. Nous devons pourtant souligner le fait qu'en de nombreux endroits, beaucoup de facilités sont données aux futures mères pour se faire examiner et recevoir les conseils d'usage ou les soins qui s'imposent. Comme ces consultations sont souvent englobées dans l'activité générale des dispensaires et consultations de toutes sortes, il serait téméraire de vouloir traduire par des chiffres l'activité déployée dans ce sens. Quelques grands hôpitaux se sont organisés et montrent la voie. Nous y

avons recueilli des renseignements précieux sur la conception que nous pouvons nous faire de leur fonctionnement. La femme enceinte n'est pas une femme malade. Tout comme pour ses enfants, la femme indigène répugne à se présenter à une consultation générale au milieu d'une population de malades ou d'accidentés.

Si l'on veut multiplier les consultations prénatales, il est essentiel que celles-ci se fassent en dehors des consultations générales. Ce système adopté dans quelques hôpitaux, se généralise de lui-même lorsque les disponibilités en locaux et en personnel le permettent et doit donc être encouragé. Il impliquera évidemment la tenue d'un registre spécial et de fiches individuelles prénatales. Un modèle général devra être établi, quitte à ce que des formations médicales plus particulièrement spécialisées complètent suivant leur inspiration, par des examens plus poussés, la série de ceux qu'il m'a paru devoir retenir comme essentiels.

Quel doit-être le programme de base que doivent s'assigner les consultations prénatales ? Nous les résumons ci-après :

A. SUR LE PLAN MÉDICAL.

- 1) Examen obstétrical du bassin, tout spécialement chez les primipares ;
- 2) Prévention du paludisme ;
- 3) Dépistage et traitement des maladies de base, tuberculose et syphilis ;
- 4) Vaccination antivariolique (éventuellement vaccination antitétanique ; nous y reviendrons) ;
- 5) Prévention et traitement de la malnutrition et de l'anémie gravidique ;
- 6) Prévention et traitement de la toxicose gravidique.

B. SUR LE PLAN SOCIAL.

- 1) Enseignement aux futures mères de l'hygiène géné-

rale, et tout spécialement de l'hygiène corporelle et alimentaire ;

2) Enseignement des soins à donner aux nourrissons (puériculture élémentaire).

Le but poursuivi par l'hygiène prénatale est d'amener la future mère en bon état de santé au terme régulier de sa grossesse avec l'espoir qu'elle accouchera d'un enfant bien constitué et de poids satisfaisant. Un tel enfant aura toutes les chances de franchir avec le moins de risques la période la plus vulnérable de son existence, c'est-à-dire les premières semaines et possédera une résistance normale aux infections.

Il ne nous paraît pas possible, actuellement du moins, de fixer une chronologie stricte des examens estimés indispensables pendant la période de la grossesse. Les futures mères se présentent, et continueront encore à se présenter pour la première fois à une consultation prénatale, à une période variable, plus ou moins précoce ou tardive, de leur grossesse. Il appartient au personnel médical, d'estimer pour chaque cas particulier, et en fonction de l'état général et de l'état d'avancement de la grossesse, quelles sont les investigations et interventions médicales (vaccinations, par ex.) auxquelles il convient de réserver la priorité et d'échelonner judicieusement les examens ultérieurs.

A notre avis, la formule des 3 examens aux 3^e, 6^e et 8^e mois, acceptable dans nos pays avec une population jouissant d'une santé moins précaire, nous paraît insuffisante pour la femme africaine. Nous souhaiterions un examen complémentaire au 7^e mois et la mise au repos surveillée à 8 mois 1/2 au plus tard.

Certains problèmes médicaux plus particulièrement propres aux populations qui nous intéressent méritent d'être relevés.

En tout premier lieu, il nous fait signaler que la syphi-

lis joue un rôle de moins en moins important. Elle n'est plus, sauf en de rares régions, la grande avorteuse du temps jadis. En revanche, de bons observateurs mettent l'accent sur une forme fréquente et non syphilitique de l'avortement habituel. La cause semble devoir en être recherchée dans des désordres endocriniens ou dans une carence en certaines vitamines (E et A). Il est probable que ces deux causes sont souvent jumelées et que les déficiences alimentaires, voire la malnutrition ou des coutumes locales toxigènes doivent être à la base des accidents observés.

Le tétanos ombilical est de plus en plus fréquent. Il est à prévoir qu'il ne fera que se multiplier si on ne prend des mesures adéquates, car le tétanos, affection rare il y a quelques décades, est actuellement bien implanté en Afrique Centrale. Si on adopte la solution proposée de créer des maternités satellites où les accouchements se feront en dehors du contrôle permanent d'un médecin, nous devons veiller avant tout à mettre les futures mères et les nourrissons à l'abri des infections de toutes espèces, parmi lesquelles, la fièvre puerpérale et le tétanos doivent retenir notre première attention. Contre le tétanos ombilical, il nous semble que le vœu de vacciner contre cette maladie toutes les femmes enceintes se présentant aux consultations, émis par certains médecins et notamment ceux de l'Afrique Occidentale française, mérite d'être retenu. Cette vaccination ne présente pratiquement aucun risque et constitue une solution pratique à un danger réel et très grave.

Les toxicoses gravidiques, très rares en milieu rural, se multiplient de plus en plus au contact de notre civilisation et semblent dues aux modifications apportées dans le régime alimentaire des parturientes vivant dans les milieux non coutumiers, dans les grands centres et le long des voies de communications très fréquentées.

Nous n'avons pas mentionné dans la série des examens

estimés indispensables dans les consultations prénatales, ceux qui ont trait à la prévention de la maladie hémolytique du nouveau-né. La recherche de l'incompatibilité fœtomaternelle qui est de pratique courante dans certains centres, ne pourra être généralisée que progressivement, car elle exige des tests délicats de laboratoire auxquels le personnel devra être entraîné. Néanmoins dès à présent tout devrait être mis en œuvre pour attirer l'attention sur l'importance du problème. Les transfusions sanguines aux femmes enceintes devraient être assurées avec toutes les précautions nécessaires, en se souvenant que les anticorps maternels apparaissent ou augmentent brusquement en fin de grossesse.

Nous terminerons par quelques mots sur le régime des futures mères. Il est classique d'admettre que la grossesse s'accompagne d'une augmentation modérée des besoins nutritifs. En de nombreux endroits, nous avons entendu émettre le vœu de voir distribuer pendant les derniers mois de la grossesse des suppléments alimentaires et tout spécialement du lait. Nous croyons que ces vœux doivent être retenus et qu'une politique de repos et de suralimentation modérée ou plutôt d'alimentation rationalisée, en fin de grossesse, aurait les plus heureux effets, et sur la future mère et plus encore sur le futur bébé. La prévention de l'anémie gravidique pourrait être assurée par ces mesures.

Nous abandonnerons à la discussion certaines vues tendant à administrer préventivement, et dans un but analogue, des complexes vitaminiques (dont les vitamines A et E) ainsi que l'administration systématique de vitamine K avant l'accouchement, en vue d'éviter les accidents hémorragiques du nouveau-né.

* * *

Les consultations postnatales ne nous paraissent pas actuellement requérir de solutions particulières. La fré-

quentation de la maternité ou de la consultation de nourrissons permet aux mères de garder un contact médical. Il suffirait, nous semble-t-il, d'attirer l'attention du personnel de ces formations sur l'obligation qu'il a de ne pas limiter ses investigations ou questions aux seuls enfants et de s'enquérir de l'état de santé de la mère de façon à la diriger si nécessaire, vers une consultation ou un hôpital qualifiés.

3. Les consultations de nourrissons.

a) ASPECTS ADMINISTRATIFS ET STATISTIQUES.

Les consultations de nourrissons ont fait l'objet, il y a six ans, d'une réorganisation dont on trouvera l'exposé dans la lettre 4481 /SM du 3 mars 1949 adressée par le Gouverneur général aux Gouverneurs des provinces et du Ruanda-Urundi. Les instructions contenues dans cette lettre fixent les conditions exigées pour l'agrégation et l'obtention des subsides consentis par le gouvernement. Certains correctifs ont été apportés ultérieurement, notamment pour la catégorie dénommée « Consultations annexes ». Nous n'estimons pas opportun de toucher actuellement aux règles prescrites. De nouveaux critères de fonctionnement s'imposeront d'eux-mêmes à l'usage, au fur et à mesure que s'amélioreront les conditions matérielles et fonctionnelles des consultations. L'introduction d'éléments complémentaires en matière d'examens médicaux, de mesures préventives et de soins ne pourra se faire que de façon progressive. Il n'est pas de doute qu'il y aura une limitation matérielle constante à ces améliorations et qu'il serait vain de vouloir exiger ce qui ne serait que partiellement réalisable.

Où nous ne pouvons suivre cette instruction, c'est en son dernier point (VIII) qui concerne les documents à fournir. De l'avis unanime des médecins et infirmières

interrogés, une révision des fiches utilisées s'impose dans le sens de la simplification. Certains organismes en utilisent déjà d'autres de leur propre initiative, telle la section Kwango du FORÉAMI.

A notre avis, tout doit être mis en œuvre pour réaliser une présentation simple et claire des données qui doivent ultérieurement être globalisées en vue d'établir les statistiques démographiques essentielles.

C'est une des premières tâches à laquelle devra s'atteler l'ORAMEI, en tenant compte qu'il s'agit surtout d'établir un modèle de fiche utilisable à l'échelon rural.

Nous avons observé que certaines hésitations subsistent dans l'interprétation des instructions. Le simple fait que la période d'observation des nourrissons s'étale sur 2 ans amène à manipuler les fiches de la plupart d'entre eux pendant 3 exercices consécutifs.

Il nous semble qu'il est indiqué de généraliser un système unique d'inscription qui consisterait à donner un double indicatif à chaque cas, le premier étant formé par les deux derniers chiffres de l'année en cours, le second d'un numéro d'ordre qui recommencerait à 1 au début de chaque année : par ex. 57-1. Le dernier inscrit de l'année, par ex. 57-335, donnerait automatiquement le nombre des nouveaux inscrits de l'année.

A notre avis, le nombre de nouveaux inscrits de l'année devrait être le chiffre de base, exposant au minimum d'erreur. Les inscrits des années précédentes continuant de fréquenter la consultation seraient classés dans le fichier de leur année d'inscription.

Au fur et à mesure qu'ils se présenteraient dans le cours des années suivantes, on les passerait dans un casier spécial réservé aux cas de l'année en cours et correspondant à l'année d'inscription.

(¹) Outre l'indicatif général de la consultation bien entendu. — V. plus loin.

Schéma de fichier pour consultation de nourrissons.

Cas vus pendant l'année en cours, p. ex. 1958.

Année de l'inscription 1958			
8	6	4	2
	Cas inscrits pendant l'année 1956	Cas inscrits pendant l'année 1957	Nouveaux cas vus auparavant dans une autre consultation de 58 — 1 (B) à 58 — x (B)
etc. ←	↓	↓	
	ayant continué la fréquentation en 1958	ayant continué la fréquentation en 1958	Nouveaux inscrits de l'année ⁽¹⁾ de 58 — 1 à 58 — x
7	5	3	1

(1) N'ayant pas été présentés auparavant à une autre consultation.

Rem. : La seule grosse manipulation exigée par ce système consiste à reclasser, en fin d'année les fiches des cases 5 en 6 et 3 en 4.

En fin d'année, il serait aisé de connaître exactement le nombre de nourrissons qui ont fréquenté la consultation et d'en distinguer les nouveaux inscrits. Si, pour une raison quelconque, on voulait pousser l'observation des nourrissons jusqu'à l'âge de 3 ans, il suffirait d'ajouter deux casiers complémentaires.

Les cas provenant d'une autre consultation où ils auraient été initialement inscrits seraient classés à part (casier 2) et feraient l'objet d'une numérotation particulière. On pourrait adopter le même système — année — n° d'ordre à partir du début de l'année et faire suivre d'une lettre conventionnelle destinée à les distinguer des nouveaux inscrits, par ex. 58-12 (B).

Indépendamment de la présentation et du classement des fiches, nous croyons utile de faire deux recommandations.

Chaque mère ou future mère qui fréquente une consultation devrait être mise en possession d'une carte d'identification. Sur cette carte qui devrait être à la fois simple et robuste, et dont le modèle, sous le signe de l'ORAMEI, devrait être généralisé à tous nos territoires africains, seraient consignés :

- 1) L'identité de l'intéressée ;
- 2) Les références de la formation médicale fréquentée (consultation prénatale, maternité ou hôpital, consultation de nourrissons).

De cette façon, toute autre formation consultée pourrait toujours établir la liaison avec les formations fréquentées auparavant.

Nous n'ignorons pas que les mères et futures mères reçoivent actuellement de petits bouts de papier où sont consignées certaines indications. Ces papiers sont fragiles, se perdent, s'échangent, se souillent rapidement.

Dans notre esprit, les cartes d'identification que nous préconisons ne recevraient aucune inscription de caractère médical proprement dit.

Dans l'avenir, avec l'évolution des populations, il est souhaitable de pouvoir généraliser l'usage d'une fiche ou d'un carnet sanitaire. Actuellement, nous ne le croyons guère possible que dans des groupements restreints et bien contrôlés.

Le but essentiel à atteindre actuellement est de réaliser la liaison entre l'échelon prénatal, la période périnatale lorsque l'accouchement a lieu dans une maternité et le moment où le nourrisson est présenté pour la première fois à une consultation. Nous n'ignorons pas que ce but sera difficile à atteindre, car de nombreuses circonstances créent des discontinuités de fait.

Il faut songer d'abord aux futures mères qui après avoir fréquenté une consultation prénatale, accouchent dans leur village ; aux autres qui, après accouchement dans une maternité, ne se présentent à une consultation de nourrissons qu'après 2 ou 3 mois, soit qu'elles y soient amenées pour des raisons médicales, soit qu'elles y soient attirées par les dons qu'elles pourraient y recevoir. En zone rurale, il est habituel de constater que les mamans ne se déplacent guère dans les premières semaines qui suivent l'accouchement.

Ultérieurement, dans la seconde année du nourrisson, les mères qui sont devenues enceintes à nouveau abandonneront progressivement les consultations, si celles-ci sont trop éloignées ; le nourrisson devient trop lourd à porter et n'est évidemment pas encore en état d'effectuer par ses propres moyens les déplacements imposés.

C'est ce que nous appellerons *l'hiatus du portage* qui survient malheureusement au moment du sevrage, c'est-à-dire à une période particulièrement dangereuse dans la vie de l'enfant.

La seconde recommandation vise la tenue soigneuse du registre des consultations de nourrissons avec relevé nominatif des présences à chaque séance. En principe, ce registre existe et il suffirait de le généraliser et d'en préciser la tenue.

Nous devons dire ici quelques mots sur la valeur intrinsèque des statistiques démographiques telles qu'elles découlent des chiffres obtenus dans les diverses consultations et maternités.

La première constatation consiste dans le fait que de nombreuses femmes accouchent en dehors des maternités. Il est probable que la plupart de ces accouchements se terminent favorablement, les cas difficiles étant finalement transportés dans les hôpitaux, maternités et dispensaires où ils grèvent singulièrement les statistiques de ces derniers.

Il devrait donc être tenu compte dans l'établissement des statistiques, de ces parturientes arrivées *in fine*, sinon *in extremis*.

Nous avons signalé le fait qu'un nombre non négligeable de jeunes mamans, qui ont accouché sous contrôle, disparaissent en quelque sorte pendant plusieurs semaines voire plusieurs mois, surtout si l'enfant normalement allaité ne présente aucun trouble apparent, si les distances à parcourir sont trop longues ou si la saison est défavorable.

Il s'ensuit qu'une rupture importante existe entre l'accouchement et le début de la fréquentation des consultations de nourrissons. Nous ne pouvons actuellement faire d'estimation à ce sujet mais il n'est pas douteux que si les chiffres de morbidité et de mortalité de la première semaine reflètent une situation précise, il existe entre cette période et le début habituel de la fréquentation des consultations de nourrissons, une période creuse qui échappe à notre observation.

On comprendra après ces quelques commentaires qu'il nous faut tendre à établir une continuité tant dans l'intérêt de la mère et de l'enfant que dans le but de valoriser nos statistiques. Ce n'est que lorsque cette continuité sera réalisée que la globalisation des statistiques partielles donnera des chiffres reflétant une situation démographique exacte.

Pour atteindre ce but et en attendant que les méthodes éducatives portent leurs fruits, nous estimons qu'il y aurait lieu d'intervenir des deux façons suivantes.

Il faudrait tout d'abord multiplier les consultations afin de raccourcir les distances à parcourir.

Il serait en même temps indispensable d'organiser conjointement un service de visiteuses qui puissent prendre contact avec les mères absentes ou les négligentes. Nous rejoignons donc ici l'action sociale à l'échelon rural dont nous parlerons plus loin. Les solutions pré-

conisées impliquent bien entendu l'organisation de contrôle sérieux et la disposition de larges moyens de déplacement.

L'étude d'un programme de multiplication des consultations devra se faire parallèlement avec les nouvelles consultations prénatales et les maternités satellites à créer, et en tenant compte du développement de l'assistance sociale.

b) ASPECTS MÉDICAUX.

Nous n'entrerons pas dans le détail du fonctionnement des consultations de même que nous ne tenterons pas d'esquisser un inventaire nosologique qui n'aurait de valeur que s'il était régional. Nous nous limiterons à relever certains aspects de la protection infantile méritant, en raison de leur importance, une attention tout à fait particulière.

Pendant la première semaine de son existence, le nouveau-né est sous surveillance médicale à la maternité, si la mère s'y est accouchée. Le drame des prématurés, les soins particuliers requis par les enfants de petit poids sont du ressort de la thérapeutique et plus particulièrement du pédiatre.

Le rôle de la consultation commence lorsque l'enfant est confié à sa mère. L'éducation préalable de celle-ci joue un rôle capital. Elle devrait avoir été entreprise le plus tôt possible, mais ce ne sera pas souvent le cas. Il est donc essentiel de s'occuper tout autant des mères que des nourrissons, de façon à leur inculquer des notions élémentaires d'hygiène et de diététique, qu'elles soient à même de comprendre et d'appliquer dans le milieu familial.

Il s'agit d'une tâche ingrate qui exige de la patience, de la fermeté et de la persévérance de la part du civilisateur et implique à la base un minimum de confiance. Cette action de caractère social doit se prolonger au

domicile par des contrôles et des coups de sonde qui permettent d'apprécier les résultats obtenus et de corriger éventuellement les méthodes adoptées.

Dans les consultations, les nourrissons sont examinés de façon périodique. Suivant les possibilités et les bonnes volontés, on cherche à les voir le plus souvent possible et au moins une fois par semaine pendant les premiers mois. La collecte des données de base — pesée, mensuration, appréciation du panicule, etc. — ne demande pas de commentaires et s'inspire des méthodes classiques. Ces éléments permettent d'apprécier l'état de santé général et le développement du nourrisson.

Il est primordial de prévenir l'apparition du paludisme et son corollaire, l'anémie. Ces dangers doivent progressivement disparaître si on généralise de façon rationnelle la prophylaxie chimique. Ainsi qu'on la pratique déjà dans la plupart des consultations, celle-ci doit être instaurée dès la naissance et devrait ne souffrir aucune rupture. On procédera à la vaccination antivariolique de façon systématique entre le 4^e et le 6^e mois. Sans pouvoir exiger en ce moment la même mesure contre la tuberculose, il est essentiel que tous les moyens dont nous disposons soient utilisés pour freiner les ravages que fait actuellement cette maladie en Afrique Noire.

Les problèmes nutritionnels retiennent depuis longtemps l'attention de tous les milieux responsables. Ils sont dominés par deux facteurs :

- 1) La fréquence de l'hypoprotéïnémie ;
- 2) Certaines pratiques alimentaires de caractère coutumier ou traditionnel particulièrement nuisibles au moment du sevrage ou en cas d'insuffisance de l'allaitement maternel.

Les troubles dus à la dénutrition ou à la malnutrition seront traités en clinique. Leur prévention devra figurer

au premier plan des activités des consultations de nourrissons. L'administration de compléments alimentaires adéquats sera organisée de façon systématique dans les groupes de population les plus exposés. Ces compléments auront pour but de prévenir l'hypoprotéinémie. Il ressort de l'expérience acquise maintenant avec les distributions de lait, que les résultats obtenus dépendent surtout de la quantité totale de lait distribué sur une période déterminée, par ex. de 6 à 12 mois, et de la régularité ou du rythme de la répartition pendant cette période. L'adjonction au régime de vitamines, d'oligo-éléments, d'antibiotiques à dose de facteurs de croissance, peut être également envisagé.

Nous ne pouvons terminer ce chapitre, sans quelques considérations sur les risques auxquels sont exposés les jeunes enfants au moment où cessent conventionnellement les interventions de l'œuvre, c'est-à-dire lorsqu'ils ont atteint l'âge de 2 ans.

Indépendamment des états dénutritionnels globalement compris sous le nom de *kwashiorkor*, on assiste à l'installation plus ou moins fréquente des verminoses, des teignes, de la gale, etc. Nous devrions y ajouter la multiplication des cas de poliomyélite. Aussi nous paraît-il souhaitable de trouver une formule qui permette, entre l'âge de 2 ans et la période dite scolaire, de revoir périodiquement les enfants tout spécialement pour consolider la prévention des états de malnutrition, organiser des cures antivermineuses, contrôler le paludisme, la tuberculose, etc.

En attendant que la protection de l'enfance préscolaire soit organisée, nous pensons que l'Œuvre Reine Astrid devrait, le plus économiquement possible, se charger de cette tâche qui pourrait en principe se limiter à 3 ou 4 examens par an.

Pour ce qui concerne la poliomyélite, sa pénétration et ses atteintes font penser très sérieusement — et par

analogie avec la fièvre jaune — que les atteintes antérieures laissent une immunité momentanée. Cette notion, discutée dans une récente monographie de l'O.M.S., nous semble devoir commander notre ligne de conduite future.

4. Pavillons pédiatriques.

Nous avons constaté qu'en de nombreux hôpitaux, un pavillon spécial est réservé pour les jeunes enfants, ce qui est en pleine conformité avec le but poursuivi. Cette façon de faire tend à se généraliser partout où cela est possible. Ce n'est que par manque de place ou encombrement par la population hospitalisée adulte que certains hôpitaux ne l'ont pas encore réalisé. Nous souhaitons que des facilités leur soient accordées pour s'harmoniser sur notre conception d'ensemble. Le pavillon pédiatrique devrait toujours être installé à proximité et même en continuité de la maternité de façon à éviter le dédoublement de certains services, comme la biberonnerie. Les prématurés et les enfants de petit poids, dont le développement est exposé à des risques, doivent être isolés ou au moins groupés en des locaux séparés, climatisés de façon adéquate et protégés contre les visites intempestives.

5. Orphelinats.

Le problème des orphelins doit être envisagé sous des angles complètement différents suivant qu'on l'examine en milieu coutumier ou en milieu extra-coutumier. Cette division est d'ailleurs sanctionnée par la décision de créer des maisons d'accueil pour orphelins dans les grandes agglomérations.

Nous ne considérerons donc ici que le problème des orphelins des milieux ruraux et des petits centres. Le nombre exact des orphelins complets est difficile à établir. On peut l'évaluer très grossièrement à 3 à 4.000 sans qu'il

soit possible de faire une distinction précise entre les vrais orphelins, les demi-orphelins et les enfants abandonnés. Cette évaluation ne concerne que les orphelins placés.

Les orphelins sont actuellement dispersés en de nombreuses missions ou dans des annexes d'hôpitaux desservis par des infirmières religieuses ou laïques. Le milieu coutumier ou familial auquel ils appartiennent et qui les considère comme sa propriété, est loin de les perdre de vue. Il s'accommode assez bien du régime actuel qui tout en assurant leur subsistance et leur habillement permet au groupe indigène auquel appartient l'orphelin un certain contact, voire une surveillance à sa façon. Nous pensons qu'il n'est pas judicieux de bousculer cette façon de faire, mais qu'il faudrait au contraire multiplier ces petits centres qui ne peuvent bien fonctionner que grâce à une présence féminine dévouée et à la collaboration médicale indispensable. Tout au plus en certains endroits, pourrait-on envisager un certain regroupement qui tienne compte des ethnies régionales.

La seule remarque que nous voudrions faire, est que l'enregistrement de ces orphelins devrait être confirmé par l'administration car il est indispensable que le milieu coutumier puisse garder ses droits et que les subsides alloués correspondent à une situation contrôlable. La visite de quelques groupes d'orphelins nous a laissé en général la meilleure impression. Nous estimons pourtant qu'en dehors de la nourriture et de l'habillement, il reste encore à faire pour améliorer le milieu dans lequel ils vivent. Nous insisterons plus particulièrement sur l'absence presque générale de jouets et souhaiterions que les organismes philanthropiques se préoccupent de l'aspect humain du problème et recherchent, en collaboration avec les spécialistes de l'éducation, des types de jouets faciles à fabriquer sur place et susceptibles de développer les facultés intellectuelles.

La question s'est posée de savoir jusqu'à quel âge il est opportun de conserver ces orphelins. Nous n'hésitons pas à proposer que ce soit jusqu'à l'âge scolaire, espérant faire la liaison, à cet âge, avec d'autres possibilités d'aide. A tout le moins doit-on les garder pendant la période qu'il est convenu d'appeler l'âge médical.

A notre avis, on peut assimiler aux orphelins les enfants abandonnés ainsi que les enfants séparés, pour des raisons de prophylaxie, de parents tuberculeux ou lépreux.

6. Activités sociales.

Au cours de l'exposé qui précède, nous n'avons cessé de cotoyer les problèmes sociaux. On ne peut mettre en discussion le fait que l'action sociale doit précéder, accompagner et prolonger l'action médicale. On ne peut non plus discuter le fait que par sa haute technicité, l'action médicale doit dominer et orienter l'action sociale.

On n'aura pas manqué d'observer que les problèmes médicaux sont d'autant plus ardues à résoudre que la situation sociale des populations est plus précaire. Nous exposerons la conception que nous nous faisons de l'action sociale en fonction de l'action médicale. Nous croyons d'ailleurs que ces vues sont valables pour d'autres secteurs. Elles représentent la synthèse d'impressions et de constatations diverses, recueillies au cours de la présente mission et confirment le sentiment que nous nous étions fait antérieurement de ces problèmes.

Dans un but de clarté, nous simplifierons en envisageant cette action avant, pendant et après les interventions de caractère médical assignées à l'ORAMEI, c'est-à-dire chez la jeune femme, la future mère et la mère indigènes.

L'éducation de la masse indigène permettra de préparer et de consolider l'action médicale. Elle contribuera, en expliquant le but des activités médicales, à obtenir

de la population une collaboration véritablement constructive. Le besoin se fait grandement sentir d'une action sociale à l'échelon le plus bas, si élémentaire dût-elle être à ses débuts. Cette action ne peut être conçue de la même manière que celle qui est développée dans les foyers sociaux des centres. Nous la voyons plutôt sous la double forme de causeries-types sur des sujets touchant les préoccupations quotidiennes et de démonstrations vivantes de ce qu'il faut et ne faut pas faire. Les sujets traités devraient être simples, limités, compréhensibles pour tous et d'intérêt immédiat. Les séances devraient être illustrées par du cinéma ou tout autre moyen éducatif visuel.

Pour l'échelon le plus strictement rural, il est grand temps de former un cadre indigène, aussi bien masculin que féminin chargé de cette action sociale.

Dans de nombreuses régions, à côté de l'occupation médicale, s'est créée en quelque sorte spontanément une action sociale de fortune qui a obtenu souvent des résultats appréciables. Cette action a été encouragée depuis longtemps par les autorités, mais c'est surtout aux bonnes volontés féminines — infirmières religieuses et laïques, épouses et filles d'agents européens — qu'elle doit ses résultats. Une formule improvisée, si elle est heureuse, mérite d'être retenue, encouragée et améliorée. Nous souhaitons donc qu'elle soit développée, orientée et coordonnée, sous la réserve cependant de deux conditions qui nous paraissent facilement réalisables.

La première concerne la formation préalable du cadre social européen. Nous voudrions que les bonnes volontés soient utilisées au maximum dans un pays où l'occupation européenne à but civilisateur restera toujours onéreuse donc limitée. Tenant compte de l'expérience passée et de certaines réussites qui sont loin d'être isolées, nous souhaiterions que la femme européenne qui se rend sous les tropiques soit préparée à y jouer le rôle qui convient.

Ce rôle devrait être éminent tant pour aider nos populations indigènes à évoluer que pour établir avec elles les seuls contacts solides c'est-à-dire ceux qui sont basés sur la bonté et la compréhension d'une part, la confiance d'autre part. Il conviendrait que dès avant leur départ les femmes européennes devant vivre en Afrique soient intéressées à ces problèmes et que les plus grandes facilités leur soient accordées pour acquérir de bonnes notions médico-sociales de base. Leur utilisation en serait d'abord facilitée et les bonnes volontés pourraient être guidées et conduites conformément à un programme établi. Il ne doit pas être bien difficile d'attirer les jeunes coloniales à suivre quelques cours appropriés soit en Belgique soit à la Colonie.

Notre seconde réserve concernera les rémunérations dont nous estimons l'octroi à ce cadre comme indispensables. Elles doivent être suffisantes pour être d'une part recherchées par les intéressés et d'autre part pour permettre d'assigner les directives voulues et organiser les contrôles désirables. Il faut que les bonnes volontés et les initiatives personnelles s'épanouissent de façon harmonieuse en s'intégrant dans l'ensemble de l'action sociale poursuivie.

Ce service social auxiliaire aurait, en dehors des grands centres, un rôle de premier plan à jouer vis-à-vis des mères et des futures mères, en leur inculquant les notions les plus indispensables d'hygiène et d'économie. Ses activités seraient surtout complémentaires du travail médical exécuté dans les consultations prénatales, dans les consultations de nourrissons et dans les maternités. Un cadre de visiteuses devrait compléter, comme nous l'avons déjà dit, cette organisation de façon à maintenir le contact avec la vie rurale. Du personnel indigène devrait être formé à cette fin de façon à libérer le personnel européen pour les charges d'organisation et de contrôle.

Quoique cette esquisse d'une action d'assistance sociale soit apparemment axée sur la protection de la mère et de l'enfant, nous croyons qu'elle peut être étendue, notamment aux périodes préscolaire et scolaire dont il faudra également s'occuper. Pendant ces périodes, les enfants subissent un contrôle médical beaucoup plus irrégulier. Aussi croyons-nous qu'elles justifieraient l'emploi d'infirmières ayant une formation mixte médicale et sociale.

7. Formation et entraînement du personnel.

Nous laisserons de côté la question du personnel européen en faisant toutefois remarquer que du nombre de médecins, d'infirmières et d'accoucheuses dépendra fatalement la possibilité d'extension des activités médico-sociales, car longtemps encore le cadre blanc sera indispensable pour l'organisation et le contrôle des services.

Le personnel de couleur masculin est formé dans des écoles de divers degrés. Des remaniements seront certainement apportés à ces écoles et surtout à leurs programmes par suite de la création de l'échelon universitaire et aussi en conséquence de la pénétration progressive de l'instruction dans les populations. A cette occasion, nous souhaiterions que l'accent soit mis, lors de l'élaboration des programmes, sur les divers aspects de la protection maternelle et infantile.

L'assistant médical masculin rend déjà actuellement de grands services dans les consultations de nourrissons et certains médecins ont même réussi à les faire adopter par la clientèle féminine des consultations prénatales et des maternités.

Le personnel de couleur féminin comporte actuellement des aides-accoucheuses et des infirmières-accoucheuses. En réalité, ces dernières sont encore à la période de formation puisque les quelques écoles de ce degré en sont

encore à leur début. Ces écoles devraient d'ailleurs être multipliées. L'enseignement qui s'y donne devra être de plus en plus poussé afin que les accoucheuses diplômées puissent progressivement prendre en charge les maternités satellites. Il faut donc assigner à ces écoles un niveau formatif de type européen.

Il existe de nombreuses écoles d'aides-accoucheuses tant au Congo belge qu'au Ruanda-Urundi. La plupart ont été mises en train par l'autorité médicale locale pour répondre à des besoins immédiats et avec des moyens souvent très modestes. Souvent, lorsque le nombre d'élèves formées suffit aux besoins régionaux, l'école ferme ses portes pour une période indéterminée. L'enseignement qui s'y donne varie suivant les endroits et le niveau général de la population où se recrutent les candidates. Les résultats obtenus sont assez inégaux, mais d'une façon générale les médecins s'accordent à reconnaître que la plupart des aides-accoucheuses ainsi formées rendent les plus grands services. L'enseignement est donné en langue indigène.

Dans un certain avenir, il serait souhaitable que les programmes soient uniformisés et qu'une langue européenne soit adoptée dès que l'organisation de l'instruction des populations commencera à porter ses fruits.

Il nous a été fait part des difficultés rencontrées lors du mariage de ces aides-accoucheuses, un certain nombre cessant alors leurs activités professionnelles. Or, nous aurions intérêt à les conserver en service le plus longtemps possible, leur formation ne faisant que s'améliorer. Plusieurs formules sont préconisées. Une première consiste à favoriser les mariages « médicaux ». Une autre préconise de marier les candidates avant qu'elles ne fréquentent les écoles. Il n'y a pas de doute que la méthode la plus efficace pour les retenir serait de revaloriser leur salaire (1).

(1) On trouvera en annexe le texte d'une allocution radiodiffusée que nous avons prononcée en 1954 à l'occasion de la Journée de la Santé.

TROISIÈME PARTIE

PROPOSITIONS POUR LE FONCTIONNEMENT DE L'ŒUVRE

1. Organisation générale.

Le Conseil d'administration du Fonds Reine Élisabeth pour l'Assistance médicale aux indigènes du Congo belge a été élargi lors de la réorganisation du Fonds de façon à permettre une représentation constructive des groupements et organismes intéressés aux buts qu'il poursuit et tout particulièrement ceux assignés à sa section : Œuvre Reine Astrid pour la mère et l'enfant indigènes.

Le Conseil d'administration, sur proposition du Comité de Direction, fixe le programme d'activité de l'Œuvre. Celui-ci est soumis à un Comité central du FOREAMI en Afrique par l'intermédiaire du Ministre des Colonies et du Gouverneur général.

Le Comité central qui est placé sous la présidence du Gouverneur général est chargé d'assurer la réalisation du programme arrêté par le Conseil d'administration. Il crée dans chaque province et dans les territoires du Ruanda-Urundi un comité provincial, chargé essentiellement de la préparation du budget.

Un Comité technique est chargé d'éclairer le Comité de direction et le Conseil d'administration sur toutes les questions qui lui sont soumises (1).

(1) Le Fonds Reine Élisabeth pour l'Assistance médicale aux indigènes du Congo belge doit publier incessamment une brochure groupant tous les textes officiels le concernant. Le bref résumé que nous donnons ici était nécessaire pour la clarté du texte.

L'œuvre s'assigne comme but général d'assurer, avec un maximum d'égalité et d'efficience, la protection de la mère et de l'enfant indigènes. Il ressort des documents officiels émanant des autorités qui ont concouru à sa création, que le fonctionnement de l'œuvre est essentiellement basé sur le principe de la *liberté subsidiée et contrôlée*.

L'œuvre exerce ses activités par le truchement du Comité central de Léopoldville et des Comités provinciaux. Elle doit s'appuyer sur ce qui existe déjà en la matière et devra tenir compte à la fois des possibilités budgétaires et des possibilités d'exécution qui lui seront offertes. Elle trouve devant elle des habitudes qui ont été souvent fructueuses et qu'il serait présomptueux de bousculer.

L'ORAMEI ne pourra déployer ses activités de façon harmonieuse que si l'on aménage les transitions indispensables. Les interventions que lui inspirera sa politique de coordination et d'efficience devront donc être progressives. Elle n'interviendra que dans des circonstances exceptionnelles, à titre *supplétif et transitoire*, pour établir et gérer elle-même des formations dont le besoin se ferait ressentir d'une manière particulièrement urgente.

Les divers objectifs de l'œuvre se complètent l'un l'autre de telle façon qu'il serait vain sur le plan pratique de vouloir les atteindre séparément. C'est d'ailleurs la raison qui a justifié leur groupement dans le programme général qui lui est assigné. Aussi est-il souhaitable que les solutions qui seront proposées s'inspirent d'un plan d'ensemble, conçu dans un sens très large, mais tenant néanmoins compte des possibilités et des caractéristiques régionales.

2. Financement.

Jusqu'à présent le financement ou la subsidiation des organismes chargés de la protection maternelle et infantile ainsi que des jeunes orphelins, a été assurée, en ordre

principal, par le Gouvernement et, accessoirement, par la générosité privée (1).

Toutes les formations destinées à être subsidiées par l'ORAMEI devraient être enregistrées et porter un indicatif. Cette façon de faire doit permettre d'éviter certaines confusions qui peuvent survenir par l'emploi exclusif de la dénomination indigène de l'endroit où se trouve la formation. Ultérieurement, suivant le volume (fréquentation) et la qualité des activités qui y seront déployées, il sera peut-être utile de procéder à une nouvelle classification des consultations de façon à échelonner l'importance des subsides accordés et par voie de conséquence promouvoir les émulations indispensables au plein succès de l'œuvre.

Quoiqu'il ne nous appartienne pas de discuter l'origine ni l'importance des crédits qui seront mis à sa disposition, nous croyons néanmoins utile de rappeler les nombreux modes d'intervention que l'on attend de l'ORAMEI. Nous les résumons de façon succincte :

1) Crédits de fonctionnement (consultations, maternités, services pédiatriques, orphelinats, activités sociales) ;

2) Crédits de premier établissement, d'agrandissement ou d'aménagement, c'est-à-dire constructions en général ;

3) Crédits d'équipement (mobilier et matériel technique) ;

(1) Pour ce qui concerne les sommes allouées par le Gouvernement, elles comportent, en dehors des crédits habituels de fonctionnement prévus pour les formations officielles ou agréées, des subsides inscrits sous diverses rubriques et distribués par des autorités ou des services différents, tant en Afrique qu'à Bruxelles, à des organismes philanthropiques intermédiaires. Il ne nous a pas été possible d'en évaluer le montant, les données recueillies étant souvent incomplètes ou chevauchant des exercices différents. Si l'on veut faire bénéficier également toutes les formations qui donnent des garanties de bon fonctionnement, nous estimons qu'il est indispensable de regrouper ces divers subsides de façon à en assurer une répartition équitable.

4) Crédits destinés à l'établissement et à la gestion de stations-pilotes.

Nous estimons qu'une doctrine distributive doit être fixée. En créant un organisme spécial chargé de la protection de la mère et de l'enfant indigènes, l'autorité supérieure a certainement eu en vue de lui confier la charge d'établir et de faire respecter certaines règles de base qui doivent assurer sa réussite. Nous souhaitons donc que les crédits qui seront mis à sa disposition soient disponibles suivant des méthodes de travail et des programmes que l'ORAMEI aura elle-même établis et qui auront d'ailleurs été préalablement approuvés par les plus hautes instances dont dépend l'œuvre.

De nombreuses personnalités sont désireuses d'apporter leur collaboration à l'œuvre. Nous croyons qu'il est de notre devoir de les décourager d'orienter leurs activités dans le sens médical, et que ces bonnes volontés rendraient de biens meilleurs services en prenant en main l'aspect vraiment philanthropique, c'est-à-dire humain du problème. La mère et l'enfant n'ont pas seulement besoin que du médecin. Nous avons déjà dit que nous avons visité des orphelinats impeccables mais où n'existait même pas un jouet. Le champ d'action dans ce domaine est infini et il est souhaitable que par une heureuse collaboration, l'ORAMEI puisse orienter toutes les bonnes volontés de façon efficace et humaine.

3. Premières tâches.

Dès que le Comité central et les Comités provinciaux seront constitués, il nous paraît que les premières tâches que devraient s'assigner ceux-ci, devraient être :

A. — Pour le *Comité central* :

1) Reprendre les charges de l'O.M.E.I. ;

2) Choisir le plus rapidement possible les modèles officiellement adoptés par l'ORAMEI en matière de :

Carte d'identification individuelle ;

Fiche prénatale ;

Fiche de nourrisson ;

Fiche d'accouchement ;

Registres pour les différents types de consultations et orphelinats.

B. — Pour les *Comités provinciaux* :

1) Reprendre les charges de l'O.M.E.I. ;

2) Organiser l'inventaire régional précis des formations existantes poursuivant l'un des buts assignés à l'ORAMEI et pouvant se réclamer d'elle. Cet inventaire devrait tenir compte, avec un maximum de précision, de la qualité des locaux et équipements, du personnel disponible, de la fréquentation, etc. ;

3) Établir un programme général tenant compte des possibilités de contrôle médical indispensable.

Les données rassemblées par les Comités provinciaux et approuvées par le Comité central doivent permettre d'établir le document conducteur qui servira à justifier le financement de l'œuvre. En ce qui concerne les consultations de nourrissons, la classification actuelle pourrait être maintenue provisoirement, sous la réserve de faire établir dans un délai raisonnable, le nombre exact des nouveaux inscrits de l'année, le total des visites effectuées et le nombre de séances tenues sur l'année. Ces trois chiffres devraient, nous semble-t-il, permettre d'établir le bilan de l'activité annuelle de chaque consultation. En résumé, ce que nous devons rechercher est un système à la fois souple et simple qui arrive finalement à donner des chiffres comparables.

Un système analogue devrait être mis en train pour les consultations prénatales.

Quant aux *orphelins placés*, leur enregistrement, contrôlé par l'administrateur, devrait se faire sur un registre spécial à étudier (pagination, indication de la date d'entrée, visa périodique par un représentant de l'administration, etc.).

En résumé, nous préconisons de débiter par une première phase de mise en train de caractère surtout administratif destinée à préciser, après une période encore difficile à apprécier actuellement, l'ampleur exacte du fonctionnement, partant, des besoins budgétaires des différentes formations qui pourront se réclamer de l'ORAMEI.

Pendant cette phase, l'octroi des subsides devrait se faire comme par le passé.

* * *

En résumé, l'établissement d'un planing réalisable endéans un délai à fixer (3 à 5 ans) s'impose. Celui-ci doit tenir compte des possibilités de réalisation et de l'urgence de certaines interventions que l'œuvre se verra réclamer.

Dans la seconde partie de notre rapport, nous avons relaté une série de constatations dont il pourrait, nous semble-t-il, être tenu compte dans le classement des demandes qui seront adressées à l'ORAMEI. Nous rappellerons rapidement celles que nous considérons comme essentielles :

1) Les consultations à caractère préventif et social devraient être progressivement séparées des activités hospitalières ou thérapeutiques. Ce vœu répond à la fois au désir des indigènes et aux exigences de l'hygiène la plus élémentaire. Un modèle type de *pavillon médico-social*, réalisable dans les meilleures conditions devrait être adopté et répandu.

2) Le succès des maternités conduit souvent à leur encombrement et est cause du fait que l'on ne peut accueillir les futures mères qu'aux derniers moments, proches de l'accouchement.

L'installation de *pavillons d'attente* rendrait les plus grands services. Ceux-ci pourraient être conçus, soit comme une extension proprement dite de l'hôpital, soit comme une extension du caravansérail, du moment que l'hygiène générale, le repos et une alimentation rationnelle de la future mère soient assurés.

3) Tous les hôpitaux devraient posséder une salle, ou mieux un pavillon réservé aux enfants malades.

4) Des types d'équipement pour maternités et pavillons pédiatriques devraient être établis et servir d'élément de base pour compléter les formations existantes et équiper celles qui seront créées. L'uniformisation des installations et appareils rendrait les plus grands services et constituerait certainement une économie. Elle ne doit pourtant pas devenir un asservissement antiscientifique.

5) Les petits orphelinats régionaux doivent être conçus comme des pavillons adaptés à la vie d'enfants en bonne santé. Nous en traitons ailleurs.

Les Comités devraient enfin porter toute leur attention sur les deux points suivants, à notre avis essentiels :

1) Création d'écoles d'infirmières-accoucheuses et d'aides-accoucheuses ;

2) Disposition de moyens de déplacement suffisants pour assurer les évacuations dans de bonnes conditions et les contrôles dans les régions où fonctionnent des maternités et consultations isolées, axées sur une formation médico-chirurgicale.

4. Subordination des activités au contrôle médical.

Lors de l'établissement des programmes régionaux d'intervention de l'ORAMEI, il conviendrait que les Comités responsables tiennent compte de certaines exigences de base pour classer les demandes qu'ils seront amenés à formuler. Il serait en effet regrettable de s'engager dans des dépenses qui risqueraient de rester improductives (1).

Il est essentiel de tenir compte avant tout autre chose, des possibilités de surveillance ou de contrôle médical réels. Il sera donc logique, avant de solliciter des crédits pour la création de nouvelles installations de s'assurer que les conditions de fonctionnement seront satisfaisantes et tout particulièrement en matière de personnel de desserte.

De nombreux postes desservis par des médecins sont dépourvus de locaux ou de moyens permettant de développer les activités que l'œuvre se doit de promouvoir. Ces situations devraient retenir particulièrement l'attention, puisque les interventions pourraient être immédiates et assurées du succès.

Certes, nous ne préconisons pas de concentrer tous les efforts de l'œuvre à compléter ou consolider l'armement médico-social existant. Mais il lui appartient de ne pas s'en désintéresser.

Quant à la pénétration des effets de l'œuvre vers l'échelon purement rural, elle restera illusoire si elle n'est sérieusement contrôlée. Ce serait certainement trahir les intentions des autorités que de favoriser la création de maternités et de consultations dont les activités devraient rester incontrôlées. Les indigènes eux-mêmes

(1) En annexe on trouvera un projet de modèle de fiche à remplir par les organismes sollicitant l'aide de l'Œuvre pour la création de *nouvelles formations* et destiné uniquement à l'éclairer et à s'inscrire dans le planing général.

ne manqueraient pas de s'en apercevoir, ce qui ne saurait que nous desservir.

Pour ce qui concerne les buts poursuivis par l'œuvre, nous pouvons, sans trop simplifier le problème, considérer que les populations du Congo belge et du Ruanda-Urundi peuvent être réparties en trois catégories.

La première est formée des groupements humains qui, en matière de protection maternelle et infantile, sont dans une situation analogue ou proche de la moyenne de la population belge.

La seconde comprend les groupements humains où une action médicale, voire médico-sociale, est déjà effective mais sans que la protection de la mère et de l'enfant soit réellement organisée. Celle-ci pourrait l'être assez rapidement vu que nous y disposons des éléments de base indispensables.

La troisième catégorie est formée des populations non encore atteintes par l'action médicale, soit par suite de leur dissémination ou de leur mobilité, soit par suite de limitations budgétaires qui obligent malgré tout à faire un choix dans les zones d'action. Nous n'appelons pas rurales les populations de cette troisième catégorie, car le rural s'étend des régions les plus éloignées aux confins des grandes agglomérations et traduit un mode et un niveau de vie bien plus qu'une localisation géographique.

Pendant une période certainement encore assez longue, les tâches d'organisation et de contrôle ne pourront être confiées qu'à du personnel européen. On peut facilement déduire de cette exigence que des limites s'imposeront d'elles-mêmes aux activités de l'œuvre. L'extension de celle-ci à l'ensemble de nos territoires d'Outre-Mer ne sera réalisable que lorsqu'on pourra obtenir des populations indigènes les collaborations indispensables.

Les activités éducatives, sociales et médicales représentent les maillons d'une même chaîne et leur organisa-

tion doit être synchronisée dans le respect des priorités réciproques.

Dans des territoires où la masse de la population n'a encore subi qu'une maigre évolution l'action sociale doit préparer les populations à l'action médicale. A cet égard on se trouve devant une situation très particulière et nous pouvons résumer les relations qui devraient s'établir entre les actions médicales et sociales en considérant que l'action médicale partie des grands et petits centres où elle est actuellement efficiente doit descendre progressivement vers la masse rurale que devrait lui préparer en quelque sorte l'action sociale. Cette conception nous paraît particulièrement valable pour toute organisation de la protection de la mère et de l'enfant. Celle-ci revêt avant tout un caractère médical, mais elle ne réussira facilement et économiquement que le jour où l'action sociale de masse, tout spécialement dans ses activités éducatives, portera ses fruits. Nous voudrions que l'on nous comprenne bien. Les activités sociales qui se déploient parallèlement aux activités médicales sont certes de la plus grande utilité ; la preuve en a été faite. Mais il tombe sous le sens que la moindre action éducative préalable contribuerait considérablement à préparer l'action médicale. Nous rejoignons ici les conceptions actuelles de la médecine sociale qui ont mis d'ailleurs tant de temps à s'imposer dans les pays civilisés.

5. Stations pilotes ¹.

C'est pendant cette première phase également, qu'il convient d'étudier et de préparer l'installation d'une première *station-pilote*. En concordance avec les programmes préconisés par le Centre International de l'Enfance,

(¹) Dès à présent, le Professeur LAMBRECHTS, directeur de la Clinique pédiatrique de l'Université de Liège, est chargé d'étudier l'avant-projet d'une telle station.

cette station-pilote devrait répondre aux exigences du niveau universitaire et pouvoir s'aligner sur les formations similaires créées par la France et la Grande-Bretagne à Dakar et à Kampala ⁽¹⁾. On choisirait comme emplacement un centre de moyenne importance, à population assez dense, et, possédant une formation hospitalière complète, comprenant maternité et pavillon pédiatrique. Cette station est destinée à fixer des normes de travail et à adapter aux conditions particulières de la Colonie ou d'une région de la Colonie, les techniques de la médecine préventive en matière de protection maternelle et infantile. Elle poursuivra trois ordres d'activités :

1) *Activités médicales :*

Consultations prénatales ;

Consultations de nourrissons jusqu'à l'âge de 3 ans.

Ces consultations doivent être développées de façon à pouvoir y faire toutes les recherches désirables et à y mener des enquêtes anthropologiques, démographiques et nosologiques dans les meilleures conditions possibles.

L'activité y sera surtout préventive, la grande thérapeutique restant l'apanage de la maternité et du service pédiatrique fonctionnant dans le centre médico-chirurgical auquel est annexée la station-pilote.

2) *Activités sociales :*

S'adressent à des populations peu évoluées et consistant essentiellement à inculquer des notions d'hygiène générale et d'économie domestique élémentaire.

3) *Activités éducatives.*

a) Formation du personnel de couleur masculin et féminin destiné à desservir les diverses consultations

⁽¹⁾ La Fédération des Rhodésies et du Nyassaland est entrée dans la même voie, sous une forme quelque peu élargie.

touchant à la protection de la mère et de l'enfant ainsi que les maternités et les pavillons pédiatriques. La station doit donc comporter au moins une école pour infirmières-accoucheuses et pour aides-accoucheuses et mettre au point le programme des matières à enseigner ;

b) Entraînement sous forme de stages limités du personnel européen (médecins, infirmières, assistantes sociales, etc).

c) Entraînement sous forme de stages limités du personnel de couleur actuellement en activité et destiné à servir dans les formations contrôlées par l'œuvre ;

d) Entraînement (et éventuellement formation) du personnel de l'assistance sociale pour les problèmes communs.

CONCLUSION

AVENIR DE L'ŒUVRE REINE ASTRID

Nous avons, dans ce qui précède, essayé de situer le plus exactement possible la position de l'Œuvre au moment où elle va faire ses premiers pas. Nous avons montré les aspects très particuliers devant lesquels elle se trouve et qui doivent différencier ses méthodes de celles qui ont été adoptées dans des pays de haut niveau social et économique.

Nous aurions pu esquisser les réalisations étrangères, notamment françaises, britanniques ou portugaises. Nous aurions dû alors, parallèlement entrer dans le détail de certaines de nos réalisations africaines qui font honneur à la Belgique. Or notre intention a été de rester sur un plan général, puisque l'œuvre nouvelle s'assigne comme programme de protéger uniformément toutes les populations indigènes.

Si l'installation de centres pilotes s'est, à l'étude, avérée indispensable, c'est à l'échelon strictement rural qu'ils ont été préconisés de façon à pouvoir tester les possibilités de travail dans des conditions réalistes et juger toute méthode scientifique ou administrative nouvelle avant d'en exiger ou d'en recommander la généralisation.

L'avenir de l'œuvre, son épanouissement, dépendent de trois facteurs.

Le premier concerne le cadre européen qui devra contribuer à la mise en train. Nous pouvons lui accorder une large confiance. Nombreux sont les médecins qui depuis plusieurs années ont orienté leur spécialisation

vers les problèmes de l'enfance et obtenu des qualifications auxquelles l'œuvre pourra faire appel.

Le second concerne les moyens financiers dont l'œuvre disposera.

Le troisième enfin est à nos yeux le plus important. Il concerne directement les populations auxquelles nous nous adressons. Non seulement celles-ci doivent apporter leur collaboration de façon passive en nous accordant leur confiance. Elles doivent en outre nous fournir du personnel de service toujours plus nombreux et toujours mieux formé et mieux entraîné. Dans ce domaine comme dans tant d'autres, si nous tendons la main, c'est pour qu'elle soit prise. On ne fait pas le bonheur des peuples malgré eux, mais avec leur collaboration active.

Nous fabriquons un outil que nous voulons simple et robuste. Nous allons en montrer l'emploi à nos populations indigènes. Qu'elles partagent nos efforts dans un sentiment de confiance réciproque, et il est hors de doute que l'Œuvre Reine Astrid sera assurée du plus beau succès.

ANNEXE I

Le rôle de l'infirmière dans les pays sous-développés.

Allocution radiodiffusée prononcée en juin 1954
à Léopoldville à l'occasion de la Journée Mondiale de
la Santé consacrée à l'infirmière

L'activité dévolue aux infirmières ne cesse de s'étendre à des secteurs multiples.

Dans la conception initiale, l'infirmière était une collaboratrice directe du médecin dans les hôpitaux et dans les dispensaires, appelée surtout à donner des soins, à assister les chirurgiens et exécuter les nombreux gestes médicaux ne requérant pas l'intervention expresse d'un médecin.

Progressivement le rôle d'auxiliaire s'est élargi et tout spécialement dans le domaine de l'hygiène et de la prophylaxie. L'infirmière s'est vue attribuer une sphère d'action où elle travaille d'initiative. Ai-je besoin de rappeler les services rendus à cet égard dans la lutte contre la mortalité infantile, par exemple? Chargée tout particulièrement de veiller à l'hygiène de la grossesse, au dépistage de la tuberculose et de combien d'autres questions dont l'importance n'échappe plus à personne, l'infirmière s'est ainsi transformée en conseillère et en éducatrice.

Par ses vertus proprement féminines, par l'effet de sa présence, agissant tantôt par la douceur et la persuasion, agissant ailleurs d'autorité là où le milieu l'exige, les services qu'elle rend à la collectivité sont inestimables. C'est bien pourquoi on regrette partout de n'en pouvoir multiplier le nombre à souhait.

Dans un pays jeune comme le Congo, ce rôle éducateur est appelé à dominer progressivement les divers aspects de l'activité médicale.

Combien de maladies théoriquement vaincues ne continuent-elles de rester menaçantes! D'autres pourraient disparaître si on pouvait en expliquer le mécanisme de transmission aux habitants des régions atteintes. Je songe tout spécialement à la bilharziose. Cette action éducatrice ne peut porter ses fruits qu'en se basant sur une connaissance approfondie des habitudes et de la psychologie des êtres auxquels

elle s'adresse. Rien que d'apprendre patiemment à des populations primitives, dans une atmosphère de confiance et de persuasion, ce qu'elles peuvent faire sans danger et surtout ce qu'elles ne doivent plus faire ; rien que d'arriver à leur faire toucher du doigt les dangers de certaines coutumes ancestrales, équivaut à réaliser une œuvre d'une portée aussi considérable et plus durable que l'action directe et spectaculaire de la médecine curative.

Les activités de l'infirmière doivent prolonger à la fois celles du médecin et celles de l'éducateur.

Tout en portant ses soins, l'infirmière doit inculquer ces notions élémentaires d'hygiène qui petit à petit porteront leur fruit.

Les résultats ne peuvent être brillants de manière immédiate, mais l'instruction aidant, je ne doute pas que c'est par cette voie que nous arriverons à consolider le travail de base exécuté par un service médical nécessairement très dispersé dans un pays immense. Et pour atteindre jusqu'aux derniers recoins, jusqu'aux groupements humains les plus isolés et les plus éloignés, il faut compter sur la collaboration directe des populations. Nous avons déjà d'excellentes aides-accoucheuses indigènes ; c'est vers la formation et l'entraînement d'infirmières de couleur que nous devons tendre de toutes nos forces. Il nous faut créer le noyau d'action à l'intérieur des populations. Tâche ardue, où se heurtent des conceptions antagonistes, où la coutume paralyse indéniablement les efforts les plus opiniâtres, et pourtant c'est par un effet de présence discrète et permanente, par un travail sans relâche, que nous arriverons à la longue à semer le levain et à passer de l'éphémère au définitif. Quel rôle pour la femme indigène ! Mais quel rôle plus passionnant encore pour les infirmières blanches qui auront la tâche de former à leur image celles qui seront appelées bientôt à les seconder et à étendre leur action, en attendant le jour où elles pourront enfin prendre leur place !

Nous souhaitons intimement que la noblesse de la tâche à accomplir suscite de vraies vocations, de celles où la satisfaction de l'œuvre accomplie est la seule vraie récompense.

ANNEXE 2

Projet de modèle de demande de subsides pour établissement de nouvelles formations.

en 3 exemplaires pour :
le Comité provincial
le Comité central
la Direction ORAMEI.

PROVINCE de :

1. Organisme qui sollicite le subside :
2. Objet précis de la demande :
3. Situation géographique ⁽¹⁾ :

Territoire :

Circonscription indigène :

4. Importance de la population régionale à desservir :
5. Formations voisines poursuivant des buts analogues (distances, etc.) :
6. Autorité médicale responsable de la formation ⁽²⁾ :
7. Périodicité des visites de cette autorité :
 - a. Présence permanente :
 - b. Présence intermittente (à quels intervalles) :
8. Personnel de desserte prévu : $\left\{ \begin{array}{l} a. \text{ européen :} \\ \text{(avec qualification) :} \\ b. \text{ africain :} \end{array} \right.$
9. Ressources prévues pour le fonctionnement (précaires ou permanentes) :
10. Possibilités d'évacuation vers un centre hospitalier :
11. Estimation totale des dépenses à engager ⁽³⁾ :
12. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ÉVENTUELS :

⁽¹⁾ Joindre une carte de territoire au 1/1.000.000 portant l'indication exacte de l'emplacement choisi.

⁽²⁾ Étant entendu que c'est l'ORAMEI qui exerce les contrôles.

⁽³⁾ Joindre schéma d'implantation, plans et bases de l'estimation.

1. Avis de l'administrateur territorial pour les points 3, 4 et 5 :
2. Avis du Conseil de la circonscription indigène :
3. Avis du Comité provincial :
4. Décision du Comité central :

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	3
<i>Première Partie</i> : Historique et principes de base	5
<i>Deuxième Partie</i> : État actuel de la protection de la mère et de l'enfant indigènes dans nos territoires d'Afrique	13
I. Considérations générales	13
II. Les divers aspects de la protection de la mère et de l'enfant indigènes. (Problèmes à résoudre)	15
1) Maternité	16
2) Consultations prénatales	20
3) Consultations de nourrissons	25
a) Aspects administratifs et statistiques	25
b) Aspects médicaux	31
4) Pavillons pédiatriques	34
5) Orphelinats	34
6) Activités sociales	36
7) Formation du personnel	39
<i>Troisième Partie</i> : Propositions pour le fonctionnement de l'Œuvre	41
1) Organisation générale	41
2) Financement	42
3) Premières tâches	44
4) Subordination des activités au contrôle médical	48
5) Stations pilotes	50
<i>Conclusion</i> : Avenir de l'œuvre	53
<i>Annexes</i> :	
1. Le rôle de l'infirmière dans les pays sous-développés (allocation radiodiffusée prononcée en juin 1954 à Léopoldville à l'occasion de la Journée mondiale de la Santé consacrée à l'Infirmière)	55
2. Projet de modèle de demande de subsides	56
TABLE DES MATIÈRES	59

