

Académie royale des Sciences d'Outre-Mer
Classe des Sciences naturelles et médicales, N.S., XVIII-2, Bruxelles, 1969

LA CROIX-ROUGE DU CONGO

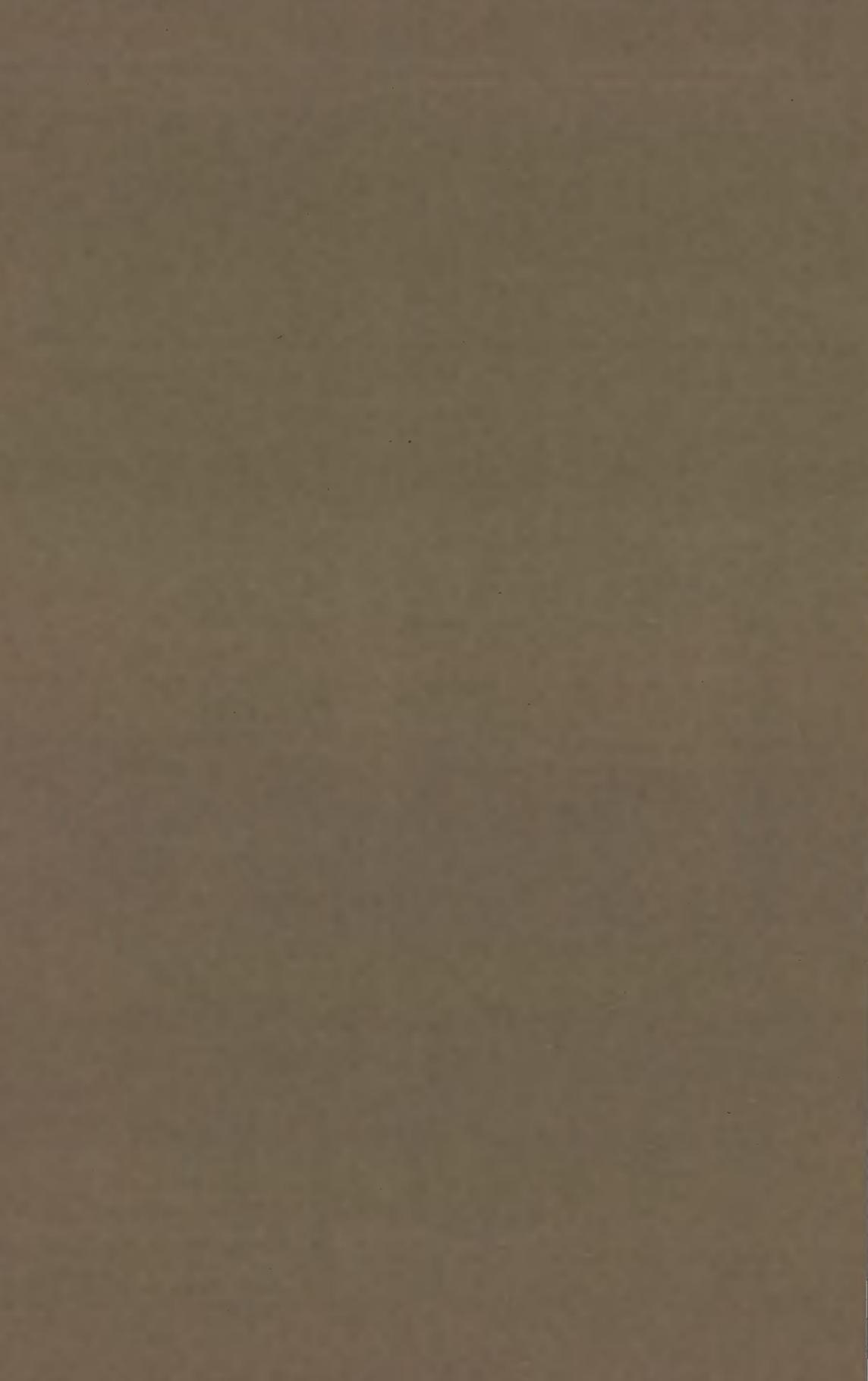
PAR

A. DUBOIS

Ancien médecin-chef de service au Congo Belge
Directeur honoraire de l'Institut de Médecine Tropicale
Membre de l'ARSOM

150 F

Koninklijke Academie voor Overzeese Wetenschappen
Klasse voor Natuur- en Geneeskundige Wetenschappen, N.R., XVIII-2, Brussel, 1969



Académie royale des Sciences d'Outre-Mer
Classe des Sciences naturelles et médicales, N.S., XVIII-2, Bruxelles, 1969

LA CROIX-ROUGE DU CONGO

PAR

A. DUBOIS

Ancien médecin-chef de service au Congo Belge
Directeur honoraire de l'Institut de Médecine Tropicale
Membre de l'ARSOM

Koninklijke Academie voor Overzeese Wetenschappen
Klasse voor Natuur- en Geneeskundige Wetenschappen, N.R., XVIII-2, Brussel, 1969

Mémoire présenté à la Séance du 28 janvier 1969

D/1969/0149/4

RESUME

Témoin de sa naissance et de son développement, l'auteur retrace l'histoire de la Croix-Rouge du Congo, section de la Croix-Rouge de Belgique (1924-1960).

Il décrit assez longuement l'action « en brousse » et son milieu humain, plus brièvement l'action en milieu urbain plus rapproché de nos conditions européennes.

Hommage est rendu aux deux personnalités qui furent à la fondation de l'œuvre: Emilie DARDENNE et Pierre ORTS et au dernier médecin au Nepoko: Lambert SWERTS, qui trouva la mort à son travail au cours des troubles de 1964.

Les principales réalisations de la Croix-Rouge du Congo depuis sa création en 1925, avec l'aide financière du Gouvernement, du Fonds du Bien-Etre Indigène, de Foperda et de diverses sociétés commerciales ou industrielles, font l'objet des chapitres du travail:

1. Formations médico-chirurgicales, dans le Nepoko (Province Orientale), organisations pilotes d'assistance médico-chirurgicale rurale et de protection maternelle et infantile, hôpitaux, maternités, orphelinats, consultations pré- et post-natales et de nourrissons, dispensaires, écoles d'aides-infirmiers et d'aides accoucheuses;
2. Centre de recherches et d'épidémiologie de la lèpre à Pawa (1934);
3. Service antivenérien à Léopoldville (1929-1955);
Centre de médecine sociale à Léopoldville (1947);
4. Centre de pédiatrie à Léopoldville (1948);
5. Croix-Rouge de la Jeunesse et Services de secours d'urgence (1953):
6. Centre de transfusion sanguine de Léopoldville (1955);
7. Centre de prothèse à Elisabethville (1956-1959);
8. Divers comités locaux, créés à Léopoldville, Elisabethville, Luluabourg, Coquilhatville, Stanleyville, Paulis, Usumbura, Bukavu, Jadotville; Kolwezi.

SAMENVATTING

Getuige van zijn ontstaan en ontwikkeling, schetst de auteur de historiek van het Rode Kruis van Kongo, afdeling van het Rode Kruis van België (1924-1960).

Hij beschrijft tamelijk uitvoerig de gevoerde aktie in de „brousse” en dit menselijk milieu, meer beknopt de aktie in het stedelijk milieu dat onze Europese normen benadert.

Eer wordt bewezen aan de twee personaliteiten die aan de basis lagen van het werk: Emilie DARDENNE en Pierre ORTS en aan de laatste arts in de Nepoko: Lambert SWERTS, die de dood vond, temidden zijn werk, tijdens de onlusten van 1964.

De voornaamste verwezenlijkingen van het Rode Kruis van Kongo sedert zijn stichting in 1925, met de financiële steun van de Regering, het Fonds voor Inlands Welzijn, het Pater Damiaan Fonds en verscheidene handels- of nijverheidsmaatschappijen, vormen de hoofdstukken van dit werk:

1. Medisch-chirurgische instellingen in de Nepoko (Oost-provincie), proef organisatie van landelijke medisch-chirurgische steun en moeder- en kind bijstand, hospitalen, kraaminrichtingen, weeshuizen, vóór- en nageboorteconsultaties, zuigelingenconsultaties, dispensaria, scholen voor hulpverplegers en hulpvroedvrouwen.

2. Centrum voor onderzoek en epidemiologie van de lepra te Pawa (1934);

3. Antivenerische dienst te Leopoldstad (1929-1955);

Centrum voor sociale geneeskunde te Leopoldstad (1947);

4. Centrum voor pediatrie te Leopoldstad (1948);

5. Rode Kruis der Jongeren en EHBO-dienst (1953);

6. Centrum voor bloedtransfusies te Leopoldstad (1955);

7. Centrum voor prothesen te Leopoldstad (1956-1959);

8. Verscheidene lokale comités opgericht te Leopoldstad, Elisabethstad, Luluaburg, Coquilhatstad, Stanleystad, Paulis, Usumbura, Bukavu, Jadotstad, Kolwezi.

AVANT-PROPOS

Pendant les 36 dernières années de l'administration belge (1) la Croix-Rouge du Congo (2), filiale de la Croix-Rouge de Belgique (2), a eu une part non négligeable dans l'organisation médicale congolaise: toujours elle se voua à des tâches difficiles, diverses fois elle eut un rôle de pionnier.

Il m'est apparu qu'il convenait, avant que n'en disparaissent les derniers témoins, de retracer sa brève histoire.

J'eus le privilège de collaborer aux travaux qui la formèrent, d'avoir toujours appartenu à ses collègues directeurs et, enfin, de 1931 à 1958, d'avoir résidé cinq fois à son centre principal au Congo. Tout en m'efforçant de ne pas transformer ces pages en mémoires j'ai dû faire appel à mes souvenirs: la tâche me fut facilitée par la consultation des rapports annuels aimablement communiqués par la C.R.B.

Ces pages ne prétendent pas faire œuvre de science médicale, encore que de celle-ci il sera forcément question sans pouvoir satisfaire complètement ni les médecins ni les « laïcs ». Mon propos est de rappeler une œuvre née de l'idéal de H. DUNANT et de Florence NIGHTINGALE et inspirée du seul souci d'être utile inconditionnellement à l'homme en sa souffrance.

Les principales activités seront seulement traitées; quelques personnalités marquantes seront seules évoquées. Pourtant la majorité de ceux qui resteront anonymes — leurs noms sont consignés dans les rapports — ont fait montre d'une compétence et d'un dévouement que j'ai souvent admirés.

(1) A l'indépendance une Croix-Rouge nationale fut instituée mais n'entra en activité qu'en 1961.

(2) Ci-après C.R.C.; ci-après C.R.B.

I. LES DEBUTS

Il n'étonnera personne qu'aux premières années de la colonisation le gouvernement limitât son embryonnaire organisation médicale aux rares centres européens. C. MENSE, médecin allemand au service de l'Etat Indépendant du Congo entre 1885 et 1887, était à Léopoldville le dernier médecin à trouver vers le Haut Fleuve. Progressivement le nombre des praticiens augmenta mais leur action restait centrée sur le personnel blanc ou noir (ce dernier au début non indigène) (3).

Cependant, très tôt, diverses missions protestantes eurent parmi leurs membres des médecins qui donnaient leurs soins tant aux Blancs qu'aux Congolais. L'historique de cette activité a été faite, de façon très intéressante, par C. CHESTERMAN (4). La mortalité des Blancs était alors effrayante: dans les 10 années 1878-1887, sur 48 missionnaires engagés par la Baptist Mission, 24 étaient décédés, 13 rapatriés et 11 encore en service. Le Dr SIMMS, un Ecossais arrivé en 1882, n'en fit pas moins une carrière africaine de 40 ans. Dès 1883 un dispensaire était ouvert à Kintambo (le futur Léopoldville ouest) par le Dr COMBER qui devait mourir l'année suivante.

Le développement du service médical de ces missions fut rapide et, dès le début du siècle, comportait des hôpitaux avec département chirurgical où parfois les opérés venaient de stations éloignées.

Les missions catholiques avaient eu, faute de médecins, un rôle plus limité. Cependant, en 1907, le R.P. Hyac. VANDERYST était spontanément venu s'initier, au laboratoire de Léopoldville, au diagnostic et traitement de la maladie du sommeil. Cet ingénieur agronome, devenu missionnaire rendit ainsi de grands services non seulement dans sa spécialité agricole mais aussi dans la lutte contre la trypanosomiase (5). Ce premier élève

(3) Ce terme qui peut s'appliquer à la majorité des peuples a été abandonné, bien à tort, pour autochtone, dont on ne trouve à peu près aucun exemple sûr au monde, en tout cas ni chez les Belges ni chez les Bantu.

(4) *Liber Jubilatis* J. Rodhain (Soc. Belge Médecine Tropicale 1947, p. 37).

(5) Cfr. R.P. VANDERYST: *Notions élémentaires concernant les maladies tropicales* (2^e éd., Bruxelles 1929), en particulier la préface par A. BRODEN. L'Institut Royal Colonial a publié en 1935 une notice nécrologique sur H. VANDERYST.

donna aux Drs BRODEN et RODHAIN l'idée de créer au Laboratoire de Léopoldville un cours pratique pour missionnaires et peu après s'en suivit l'admission de ceux-ci à l'Ecole de Médecine Tropicale de Bruxelles.

C'est à la fin du XIX^e siècle que nous voyons la première apparition de la C.R. sur la scène congolaise: l'Etat Indépendant avait adhéré à la convention de Genève sur le soin des blessés de guerre et peu après le Roi Souverain fonda l'Association Congolaise et Africaine de la C.R. Celle-ci bâtit à Boma (1889) et à Léopoldville (1897) des hôpitaux pour européens qui portèrent le nom de l'organisation (6).

En 1924, ce n'était plus qu'un nom donné à ces deux hôpitaux, toujours en pleine activité, et un souvenir de l'œuvre humanitaire de Genève.

Mais la C.R. allait revivre sous le ciel congolais par la prise de conscience, de plus en plus pressante, de la disproportion énorme entre l'organisation médicale des centres et de la brousse.

La fin de la guerre mondiale, le recrutement plus aisé des médecins, permettaient de songer, sans utopie, à combler l'écart (7).

Parmi les esprits à qui cette notion s'imposa il faut citer tout particulièrement, Emilie DARDENNE et Pierre ORTS.

La première, née ALVIN (1873-1963), petite-fille du Bourgmestre de Bruxelles Auguste ORTS, épousa le peintre L. DARDENNE. Celui-ci accompagna en 1898-1900 l'expédition du Katanga dirigée par Ch. LEMAIRE et en rapporta une abondante moisson de tableaux et dessins qui furent exposés en 1966 en une intéressante rétrospective au Musée de Tervuren. Devenue

(6) Et aussi un sanatorium à l'embouchure du fleuve. Le repos sous les cocotiers de Banana et la brise atlantique resta longtemps apprécié des habitants de Boma et Léopoldville malgré l'absence d'organisation hôtelière en ces temps lointains.

(7) Assurément, l'idée était dans l'air. R. MOUCHET, en 1925, allait créer des dispensaires ruraux dans la province de Stanleyville. A l'initiative de Madame BARMAN, un comité d'aide à ces dispensaires s'était formé et devait du reste en 1929 fusionner avec le comité C.R.C. de Stanleyville (cf. R. MOUCHET: Ann. Soc. B. Méd. Tropicale, 1925, p. 145). En 1927 une identique volonté faisait naître à la mission de Kisantu (S.J.) la Fondation Médicale de l'Université de Louvain, avec comme but un enseignement médical réservé aux Congolais. Ce premier pas devait aboutir après la deuxième guerre à l'Université Lovanium (près de Léopoldville) dont les premiers médecins sortirent en 1961. C'est des années 20 aussi que datent les grandes campagnes contre la maladie du sommeil.

veuve, Madame DARDENNE s'occupa pendant la première guerre d'œuvres sociales tant en Belgique « libre » que à l'arrière, puis plus tard en Belgique libérée (8). Elle fut attirée vers l'Afrique par les activités de son cousin germain, P. ORTS (1872-1958). Celui-ci, jeune diplomate, servit au Siam (Thaïland) puis entra dans l'administration, à Bruxelles, de l'Etat Indépendant du Congo, puis au Ministère des Colonies, s'y occupant de questions diplomatiques. Devenu Secrétaire Général aux Affaires étrangères il fut délégué à la conférence de la paix (9) et y eut comme secrétaire Emilie DARDENNE. Celle-ci devait prendre une connaissance directe des problèmes congolais au cours d'un voyage pour le compte du Fonds Spécial du Roi (1920-1921).

C'est de la pensée et de l'action de ces deux puissantes personnalités que sortira la C.R.C.

En août 1923 le Roi ALBERT réunit une commission comprenant des missionnaires, des hommes d'affaires, des administrateurs de la colonie et des médecins; elle devait étudier l'organisation sanitaire « en brousse ». On admit la nécessité d'une œuvre nouvelle non gouvernementale. Cependant son mode d'établissement était en discussion. Nos collègues missionnaires catholiques proposaient que les formations à créer fussent établies au voisinage des missions, au bénéfice des unes et des autres. Sans contester l'intérêt de la proposition (10), la majorité des commissaires donnaient la préférence à une organisation sans couleur politique ou religieuse. Le choix de la C.R. s'imposait ainsi. En décembre 1923 un rapport des Drs A. BRODEN, P. GÉRARD et A. DUBOIS fut présenté à la C.R.B. Le Roi ALBERT avait tenu à marquer son haut intérêt en recevant les auteurs du rapport. Celui-ci fut accepté par la C.R.B. en son Assemblée Générale du 4 janvier 1924 et en conformité avec ses statuts fut créée la C.R.C. section de C.R.B., autonome dans son administration et ses finances. L'arrêté royal du 14 mai 1926 devait lui accorder la personnalité civile et approuver ses statuts.

(8) Une notice biographique de E. DARDENNE figure dans la Biographie belge d'Outre-Mer, T. VI (Marcel Alexander).

(9) On sait qu'il obtint le mandat belge sur le Rwanda-Burundi conquis par les troupes coloniales belges (Cf. Biographie par O. LOUWERS, *Bull. Ac. Sc. Coloniales*, 1958 p. 909).

(10) Ultérieurement furent engagés par la colonie des « médecins des Missions nationales ».

En 1928 les liens entre C.R.B. et C.R.C. furent clairement et publiquement établis à l'occasion de la semaine de la C.R. tenue au bénéfice du Congo. La semaine fut inaugurée par une séance solennelle en présence du Roi et de nombreuses personnalités éminentes. Le professeur NOLF, président de la C.R.B., M. N. ARNOLD administrateur général honoraire des colonies, M. MERLIN, ancien gouverneur de l'Afrique Equatoriale Française y prirent la parole. Dans le dernier discours H JASPAR, premier ministre et ministre des colonies, évoqua le « travail gigantesque » encore à exécuter et avec sa coutumière éloquence demanda à toute la population belge de comprendre son devoir et de collaborer à l'œuvre en voie de réalisation. Divers conférenciers devaient développer cette notion, raison d'être de la C.R.C., devant le public belge.

Le principe de la création de la C.R.C. accepté, restait le choix de son siège congolais. J'avais proposé le nord du Mayumbe dont un voyage récent m'avait montré les besoins et qui était d'accès aisé. G. MOULAERT, à l'époque président des Mines d'Or de Kilo-Moto fit prévaloir le Nepoko: densité notable de population, pauvreté (11), manque absolu de médecins. Ce choix devait se montrer heureux d'autant que les routes se développèrent rapidement.

La C.R.C. pouvait donc démarer; elle avait un comité exécutif en Europe et une implantation possible en Afrique. Le second rapport publié (1926) fait état d'un comité exécutif, d'un comité « consultatif » d'un comité d'Anvers et de comités locaux au Congo. Ces divers collèges directeurs comptaient des personnalités de toutes compétences et la C.R.C. put toujours compter sur leur dévouement à des fonctions dont le statut prévoyait la complète gratuité. Le directeur général de la C.R.B. fut *ex officio* le secrétaire général du Comité exécutif de la C.R.C. et personifia la collaboration entre les deux organisations. Particulièrement

(11) Le Nepoko, région reculée et arriérée ne connaissait guère qu'une agriculture de subsistance et un commerce insignifiant. Ce ne fut que quelques années par après que grâce à la Compagnie Cotonnière Congolaise et ses filiales le coton devint une importante culture économique (Cf. Trente ans de culture congolaise au Congo Belge, Bruxelles, 1948). S'y ajoutèrent encore le café — surtout plantations européennes — et plus tard des huileries européennes traitant les fruits d'élaïs des indigènes.

heureux fut le choix du premier président et du premier directeur en Europe: P. ORTS et Madame DARDENNE.

La droiture, la rectitude de jugement, l'accueil à la fois aimable et réservé du diplomate et du gentleman, la connaissance des affaires tant publiques que privées, faisaient du premier un président respecté et écouté de tous. Il servit la C.R.C. de 1924 à 1952 et par après continua à s'y intéresser jusqu'au trépas.

Non moins favorable fut le choix de Emilie DARDENNE comme directrice. Son enthousiasme, son énergie, sa clairvoyance furent un apport inévaluable à la jeune organisation (12). Avec sa fidèle secrétaire Mlle MOGUEZ elle fut à la tête du bureau de la C.R.C. de 1925 à 1937. Après elle la direction en Europe devait bénéficier de l'expérience de médecins coloniaux bien connus: H. GILLET, ancien médecin des sociétés du groupe de la Forminière et par après M. KADANER, qui avait à son actif une longue et belle carrière au gouvernement. Il devait du reste la prolonger dans le secteur privé après l'indépendance.

Le comité consultatif, aux fonctions mal définies, disparut au cours des années; le comité exécutif assez étoffé laissait le soin des affaires courantes à un comité restreint et à la direction.

Un des soucis principaux du comité fut les finances, souci commun à la plupart des œuvres philanthropiques. La plus grande économie présida toujours à la gestion, tant au niveau du comité exécutif où les trésoriers furent d'éminents spécialistes qu'au niveau des exécutants en Afrique.

Mais d'où vinrent les fonds nécessaires?

Pour une part du public en Belgique (13), pour une part plus importante des grandes affaires coloniales (14); la formation du Nepoko bénéficia toujours largement du soutien des

(12) Mme DARDENNE avait aussi créé l'Union des Femmes Coloniales aux activités sociales multiples qui furent précieuses lors des rapatriements de Belges en 1960.

(13) Dès le début, la C.R.B. expédia au Congo un important matériel médico-pharmaceutique (plus de 8 tonnes), en 1926 S.M. la Reine réserva à la CRC une part des bénéfices de la représentation du film *Croisière Noire*, en 1928 la semaine de la C.R. fut aussi au bénéfice de l'œuvre naissante. Les Journées coloniales, la vente lors de l'Exposition Coloniale de Paris (1930) des Albums Allard L'OLLIVIER, une fête de bienfaisance du journal *le Soir*, le Cercle Africain et bien d'autres apportèrent aussi des participations pécuniaires.

(14) La crise de 1930 exerça pendant plusieurs années une influence défavorable.

filiales régionales de la Compagnie Cotonnière du Congo, en particulier pour les constructions (15). Il fallut cependant compter aussi sur le budget colonie qui intervint de diverses manières: subsides directs à la lutte contre la lèpre entreprise à la demande des autorités à titre expérimental, attribution du budget prévu pour des formations reprises provisoirement à la colonie, finalement s'établit le régime du *fifty-fifty* entre C.R.C. et colonie dont le budget santé allait toujours croissant.

Le Comité d'Anvers par son action dans les milieux d'affaires du grand port fut à même de soutenir la formation de Wamba.

Les comités locaux africains eurent dans les diverses provinces une activité financière parfois importante. Ces fonds furent en général réservés à des activités médico-sociales locales (v. ci-après) mais, à la guerre, furent attribuées à la Belgique ou encore à l'occasion de certaines catastrophes, à des pays étrangers. En 1951 la célébration à Léo du XXV^e anniversaire de la C.R.C. donna lieu à de grandes fêtes (bal, défilé de haute couture, fête dans la cité indigène) et à une tombola dont le gros lot avait été offert par la Reine ELISABETH. Tout cela, y compris la vente d'insignes, rapporta plus de 3 millions. En 1953 les comités locaux mirent à la disposition du Fonds des Calamités de la C.R.B. près de 13 millions destinés aux victimes des inondations en Belgique. En 1956 le comité d'Usumbura réunit plus de 400 000 francs pour les victimes de la catastrophe de Marcinelle et 40 000 F pour les victimes de l'intervention soviétique à Budapest.

Il faut citer encore le concours de toutes sortes d'institutions belges ou congolaises, chacune selon ses buts et moyens propres: Fondation Père Damien pour la lutte contre la lèpre (16), Fonds Reine Elisabeth pour l'assistance Médicale Indigène, Institut pour la Recherche Scientifique en Afrique Centrale, Fonds du Bien-Etre Indigène, Institut de Médecine Tropicale Prince

(15) Les sociétés cotonnières ne cultivent pas; leur rôle est de conseiller les villageois et de conditionner et exporter la récolte. De ce fait leur main-d'œuvre assez peu nombreuse et dispersée ne justifie pas une organisation médicale autonome importante.

(16) Foperda, fondée en 1939 à la suite du rapatriement en 1936 des cendres du R.P. DAMIEN († Molokai 1889) continue actuellement encore son action de subsidiation au Congo et ailleurs.

Léopold, Fonds National de la Recherche Scientifique, Assistance aux Maternités et Dispensaires du Congo, etc.

Il ne faut pas oublier enfin la collaboration des congolais eux-mêmes. Nous verrons ci-après l'action volontaire des habitants de Pawa lors de l'installation; plus tard les caisses administratives de chefferie, dérivées de l'impôt, furent souvent d'un réel appui, limité par leur impécuniosité. Les comités locaux purent aussi compter sur l'appui de la population locale (vente d'insignes, donateurs bénévoles de sang, etc.). En 1956 l'Association Congolaise des Amis de la C.R. prit à sa charge l'aménagement hospitalier pour 24 nourrissons (et leur mère) à la Clinique Pédiatrique de la C.R.C. à Léopoldville et l'achat d'une camionnette pour distribuer du lait en cette ville si étendue.

Ce n'est que très tardivement qu'une faible intervention pécuniaire du malade, souhaitée dès le début, fut mise à l'essai (17), sans — croyons nous — beaucoup d'efficacité. Il faut noter que les patients qui utilisaient les caravansérails (malades éloignés exigeant soins journaliers mais non hospitalisation) ou parfois les femmes enceintes séjournant en village d'attente étaient entretenus par leurs parents, au moins partiellement.

Enfin sans que le souhait de voir les villages de lépreux devenir *self-supporting* se soit jamais complètement réalisé, il n'en existait pas moins des cultures communautaires ou privées qui allégeaient la tâche du service d'approvisionnement.

Après ces considérations budgétaires arrivons en à

L'Implantation en Afrique

Grâce au dynamisme de Madame DARDENNE les choses ne traînèrent pas. Dès le 22 juillet 1925, le Dr E. CONZEMIUS arrivait à Pawa avec l'agent sanitaire WARY. La route qui devint classique Stanleyville-Avakubi-Wamba-Pawa n'étant pas encore complètement achevée, notre premier médecin arriva par l'Uélé. Il ouvrait le dispensaire le 27 du même mois et dès la fin août totalisait près de 3 000 consultations.

(17) Ce ticket modérateur existait dès les premières années du siècle dans certaines missions. La C.R.C. essaya aussi d'un abonnement annuel familial ou d'un forfait pour une maladie.

Pawa était à l'époque dépourvu d'établissements européens. C'était un centre administratif secondaire dépendant de Medge et les agents de l'état n'y faisaient que d'occasionnels séjours. C'est quasi certainement le gîte d'étape officiel qui servit de logement à CONZEMIUS.

Celui-ci avait un tempérament actif et déjà une grande expérience africaine (18). A son appel les chefs, sans doute téléguidés par l'administration, appelèrent au travail la population locale qui au dire de CONZEMIUS se montra enthousiaste. Les matériaux affluèrent: arbres entiers pour les charpentes principales, balivaux, clayonnage et terre battue pour les murs, chaume pour les toits. Les chefferies fournirent même une contribution pécuniaire de 3 000 F, somme importante pour l'époque et la région.

Les maisons pour Blancs et Noirs, l'hôpital, le dispensaire s'élevèrent rapidement. Dès 1926 la station comportait 37 bâtiments en matériaux provisoires. Sans doute, ces maisons, très fraîches à habiter, exigeaient-elles pas mal de réparations: chaume des toits, terre des murs, petits balivaux rongés par les termites mais les piliers principaux par leurs dimensions et la nature de leur bois étaient destinés à braver le temps et les termites et je devais les voir intacts en 1931 et 1934. En 1931, pour l'agrément de l'œil, on avait garni les murs de lambris en bambou. C'était plaisant surtout pour les rats qui étaient à peu près aussi abondants que dans les huttes indigènes (où jamais une mère ne laisserait seul son bébé).

(18) E. CONZEMIUS (1876-1949) au service de la colonie (Katanga) de 1911 à 1924, à celui de la C.R.C. de 1924 à 1937. Cf. Nécrologie *Ann. Soc. B. Méd. Trop.*, 1949 p. 425, et aussi le Tome VI de la *Biographie belge d'Outre-Mer*. Son rôle à Pawa fut vraiment créateur. La C.R.C. put encore compter après lui, sur des directeurs en Afrique de haute valeur: V. ZANETTI entra au service de l'œuvre en 1937, après déjà une belle carrière au Congo. Il dirigea brillamment Pawa mais en 1940 fut — en raison de sa nationalité italienne — assigné à résidence à Stanleyville puis l'Equateur. Revenu à Pawa en 1944 il avait repris vaillamment sa tâche quand en 1948 il périt dans la catastrophe aérienne de Libenge (cf. *Ann. Soc. B. Méd. Trop.*, 1948, p. 301, et Rapport C.R.C. 1947 (paru en 1948). Son activité, sa science, son dévouement, son esprit organisateur étaient appréciés de tous.

Nous évoquerons en parlant de la lutte antilépreuse la figure de L. SWERTS et son destin tragique. M. KADANER enfin, devait pour peu de temps diriger Pawa, avant d'assumer la direction d'Europe.

La zone C.R.C. au Nepoko

Cette région traversée par la rivière du même nom, affluent de l'Ituri-Aruwimi, forme la partie SW du vaste plateau (alt. 500 à 1 000 m) qui s'étend au N.E. du Congo et appartient au soubassement continental très ancien. Le sol, avec souvent des affleurements rocheux ou des zones latériques, y est d'une fertilité modérée, améliorée par le soleil et les pluies abondantes (2 m et plus par an). Il y a une courte saison sèche entre décembre et février. En général au sud de l'Uélé et du Bomokandi règne la grande forêt, cependant près de Pawa et vers le nord s'étendent des savanes arborées, la forêt devenant de plus en plus puissante vers le sud et la rivière Ituri. Les petites rivières sont nombreuses avec des fonds de vallée marécageux, et toujours des galeries forestières. Sauf pendant l'assez longue installation à Wamba Etat du Dr CONZEMIUS (1929 à 1937), Pawa (long. 27° E. lat 2°30 N., altitude 800 m) fut le centre directeur de la formation. Celle-ci varia largement d'étendue au cours des années. Aux époques où la Colonie éprouvait quelques difficultés à assurer la desserte de formations officielles, elle les confiait volontiers à la C.R.C., subsidiant du reste ce transfert. Puis le service colonie consolidé, la rétrocession se faisait, et finalement la zone n'a plus varié. Au début (1925) limitée aux environs de Pawa, notre sphère d'action s'était en 1926 étendue à Dingila (Uélé). Cette seconde formation devait être construite par la Compagnie Cotonnière au centre de ses activités. Le premier médecin et son épouse infirmière-accoucheuse engagés par la C.R.C. n'ayant pu continuer leur service au delà de 1927, cette formation fut reprise par la « Cotonco » et Pawa resta seule, avec déjà 6 dispensaires à Isiro (19), Babonde et Ibambi.

De 1929 à 1937 la zone d'action eut son aire maximum entre au Nord le Haut Bomokandi (Poko et Rungu) au Sud l'Ituri et la Lindi (Avakubi et Bafwasende) à l'Ouest et à l'Est approximativement les 27° et 28° méridien, soit largement plus que la superficie de la Belgique avec une population estimée à 300 000 h. Le service médical colonie y comptait trois unités, la C.R.C.

(19) Isiro C.R.C. était à petite distance de Isiro-Etat, lui-même près de ce qui serait Paulis (Chemin de fer vicinal de l'Uélé).

porta ce nombre à 13 Européens et une centaine d'infirmiers ou infirmières congolais.

Cette vaste zone eut deux centres principaux avec médecin. Wamba était un poste d'une certaine importance: administration territoriale, commerce et mission; elle fut la résidence du médecin directeur qui y trouvait hôpital et habitation en briques. Viadana remplaça un certain temps Pawa, avait un médecin mais des installations en matériaux provisoires. Pawa n'était plus alors que le centre antilépreux avec du reste un hôpital général et avait tantôt à sa tête — et le plus souvent — un médecin léprologue, parfois un agent sanitaire dirigé par le médecin de Wamba. Pawa resta toujours le poste médical, à l'état pur, sans autre habitant que le personnel C.R.C. (20) telle une mine de diamant qui pour des raisons compréhensibles obtient le même résultat.

L'accroissement de notre zone était dû à la reprise par la C.R.C. des postes médicaux colonie de Wamba et Viadana.

Cependant en 1936 le gouvernement souhaite l'établissement du recensement général et continu dénommé par le Foreami (Fonds Reine Elisabeth Assistance Médicale Indigène), S.A.M.I., service assistance médicale indigène, qui depuis quelques années avait été expérimenté au Bas Congo. Ceci dépassait les possibilités de notre personnel; l'état reprend d'abord la desserte de Viadana-Poko et, en 1937, au départ définitif de CONZEMIUS, celle de Wamba.

C'est à peu près le retour aux anciennes limites et elles ne varieront plus guère: au Nord-Ouest la rivière Nava, au Sud la rivière Nepoko, à l'Est son affluent Gada-Maika; au sud de Medge et de Babonde la forêt est à peu près inhabitée — sauf par des pygmées nomades — et cela jusqu'à l'Ituri-Aruwimi.

La sphère d'action comprenait alors autour de Pawa-Ibambi les divers groupes de Mabudu (environ 35 000 h.) près de Babonde une partie de la chefferie des Balika (soit environ 20 000 h.)

(20) Même la mission catholique, qui s'y établit tardivement, l'avait fait en considération des malades.

et enfin la chefferie de Medge (Mangbetu) soit environ 20 000; des voisins de la zone consultaient du reste aussi et on peut tabler sur environ 100 000 personnes. Le réseau routier s'était fort développé et les divers centres étaient à 2 h d'auto l'un de l'autre.

Les habitants de la zone centrale

Qu'ils habitent les régions de savane arborée près de Pawa ou la grande forêt au Sud, qu'ils soient Bantu ou Soudanais (Mangbetu), les mœurs ne varient guère.

Autour de Pawa et Ibambi les habitants étaient des Mabudu de divers groupes, parlant la même langue bantoue et se mariant entre eux. A Babonde et au Sud vivaient les Balika, bantu aussi et parlant une langue rapprochée de celle des Babua de l'Uele. Autour du poste de Medge on trouvait une chefferie Mangbetu, de dialecte soudanais comme celui des Mayogo aux environs de Isiro (poste abandonné après quelques années).

Deux langues véhiculaires étaient en usage dans cette région frontière qui tantôt dépendait de l'Uele et tantôt de l'Ituri: le kingwana dérivé du swahili, parlé dans l'Est du Congo jusqu'à l'Océan Indien et le lingala de l'Uele différant quelque peu de celui du fleuve qui, langue de l'armée, était fort utilisée au Congo central et du Nord.

Rappelons enfin la présence dans toutes les régions forestières de groupes nomades de Pygmées (Bambutu) parlant la langue de leurs suzerains.

Les Mabudu avaient adopté la coutume Mangbetu de déformer le crâne malléable des nouveaux-nés (21). Les Balika la pratiquaient moins et les Pygmées pas du tout.

Ces tribus comme la plupart de celles du Congo imposaient la circoncision aux jeunes garçons.

(21) Cette curieuse pratique, rencontrée ailleurs dans l'histoire de l'humanité est mal expliquée. Malgré l'aspect inquiétant des nourrissons: crâne allongé et paupières obliques, elle ne laisse d'autre séquelle que des cicatrices assez disgracieuses dans la nuque.

En 1925 toutes ces populations avaient fort peu évolué et je ne les trouvais guère différentes en 1931 de celles de l'Uele en 1915. Et pourquoi du reste évoluer? Les traditions de ces sociétés très conservatrices assuraient en somme des conditions suffisantes de bonheur aux sujets bien portants vivant dans leur vaste milieu ancestral.

Une sévère sélection naturelle limitait la population à un chiffre adéquat aux ressources.

Le degré de culture se situait au niveau des peuplades de l'Europe Occidentale vers la fin du néolithique et début de l'âge des métaux. Les Pygmées, eux, malgré le fer obtenu de leurs suzerains, étaient des paléolithiques vivant de chasse et de cueillette et d'échanges avec leurs voisins. Ce ne fut que lentement que ces petits hommes consultèrent assez régulièrement et finalement leurs femmes accouchèrent fréquemment dans nos maternités. Malgré leur parfaite adaptation au nomadisme dans la forêt, l'administration tendait à les sédentariser et en 1958 j'ai rencontré un Pygmée travailleur au service d'un Européen...

Toutes ces tribus étaient divisées en petites chefferies que vers 1930 on remembra en unités plus peuplées sans du reste que le système de peuplement en hameaux fut transformé en agglomérations importantes. Les 7 chefferies des Mabudu Makoda en devinrent une seule d'environ 18 000 h.; cela, semble-t-il, sans trop de difficulté. L'autorité des nouveaux chefs était assez variable, sûrement moindre que celle des chefs Zande de l'Uele, véritable aristocratie guerrière.

Tous ces congolais pratiquaient l'agriculture bantou: culture sur brûlis de parcelles forestières, assez brève rotation suivie d'une jachère prolongée (22). Les gros travaux étaient faits en commun ce qui n'excluait pas la propriété individuelle des récoltes.

La nourriture était essentiellement végétale et principalement la banane plantain consommée verte après cuisson (la banane fruit ne servait guère qu'à la vente aux Européens). Des racines

(22) Un des buts des paysanats dirigés par l'I.N.E.A.C. était d'assurer une meilleure maîtrise du sol par l'usage de fumure, assolement avantageux etc.

ou tubercules jouaient un rôle secondaire: patates douces, ignames, manioc (dont la feuille surtout était consommée, après cuisson). Le riz de montagne, le maïs étaient cultivés deci-delà, mais non sorgho, millet, éleusine. Les arachides, consommées comme telles, étaient semées au début de l'année, récoltées en juillet pour faire place au coton à cueillir en saison sèche (décembre-janvier); restaient du reste quelques boutures de manioc intercalées et à croissance plus lente.

Les oléagineux largement utilisés étaient surtout l'élaïs et quelque peu les graines de courge; l'huile de sésame était inconnue. Le piment rouge rehaussait fortement cette cuisine assez fade, où quasi tout était cuit.

Si le côté calorique de l'alimentation était bien couvert, les produits animaux étaient très rares: gros bétail inexistant, petit bétail peu abondant, de maigres poules et des canards de Barbarie étaient communs mais surtout destinés, comme les œufs, à la vente aux Européens. La chasse et la pêche rapportaient très peu. De petits animaux sauvages divers, des larves, des chenilles, des termites ailés, d'occasionnelles sauterelles, fournissaient quelques suppléments, les derniers du reste plus riches en graisse qu'en protéine. Le vin de palme était consommé, mais je ne l'ai pas vu distiller comme l'arak en Uele. Le tabac, indigène ou européen, était fort apprécié et aussi le chanvre (bangi), tout aussi illégal que l'arak.

Le costume, en 1931, était du type ancestral. L'écorce de ficus battue en constituait le matériau principal; neuf ce costume faisait chez les hommes une sorte de pantalon bouffant constitué par l'étoffe passée entre les jambes et retenue par une ceinture (voir photo typique rapport 1946); usagée l'étoffe se réduisait finalement à un slip. Chez la femme une bande d'écorce retenue à la ceinture s'étendait sur 20-30 cm de haut sur le bas-ventre. Les vues arrières étaient protégées par une feuille de banane coupée à la largeur désirable et au limbe foliaire incisé de multiples fois (23). Dans l'un et l'autre sexe le tronc et la plus

(23) Chez les Mangbetu cet attirail était remplacé par le negbe, élégant éventail de feuilles cousues, protégeant la région fessière. Ici aussi existait la taille débutante et la taille douairière, S'asseoir exigeait, vu la raideur du negbe, un tabouret qui, avec la coiffure artistique, a popularisé les élégantes Mangbetu.

grande partie des membres étaient exposés.

Au cours des années le vêtement devint plus complet et s'euro-péanisa; en 1958 les cotonnades avaient complètement détroné l'écorce qui n'était plus portée que lors de deuils ou travaux en forêt.

Un petit chapeau de paille tressée achevait la vêtue chez l'homme; chez la femme une telle coiffure enjolivée de plumes n'était portée qu'à l'occasion de danses émancipées.

La propreté corporelle était médiocre; le médecin qui utilisait sur la peau un tampon imbibé d'alcool le retirait coloré de suie ou de poudre rouge (nkula).

Les Mabudu apparaissaient — et leur costume était révélateur — comme de stature et robustesse moyennes mais bien constitués.

Leur gaieté était évidente et spécialement les femmes tenaient des conversations animées et plaisantes tant entre Noirs qu'avec les Blancs.

L'habitation était ordinairement en terre, précédée d'une petite vérandah de bambou, parfois tout en bambou, toujours très exigüe malgré l'une ou l'autre fragile annexe. La promiscuité domiciliaire était donc très grande et ceci, avec l'insuffisante propreté corporelle et le caractère succinct du vêtement, n'est pas sans importance en un pays où pian, gale, lèpre sont endémiques.

Malgré une assez forte densité de population estimée par DEGOTTE à 34 au km² (contre 5,5 pour le Congo) le mouvement de population apparaissait comme peu favorable.

Il y avait à cela diverses raisons: le Nepoko n'était pas une région de grande polygamie, seuls quelques chefs possédaient 20 ou 30 femmes. Mais la petite polygamie (2 ou 3 épouses) était fréquente. Là, comme ailleurs au Congo, le développement économique tendait à augmenter la valeur de la dot à payer par le soupirant et ainsi à concentrer des jeunes femmes aux mains de notables parfois âgés, tandis que de jeunes hommes en étaient réduits à contracter des mariages mal assortis. La frivolité ou la vénalité de certaines de ces épouses — le mari éventuellement consentant — favorisaient le développement des maladies vénériennes comme du reste l'indiscipline générale des mœurs.

On peut admettre que dans le cas de relations légitimes en milieu rural l'infécondité n'était jamais volontaire; l'enfant, sur-

tout du sexe féminin, était le bienvenu. Mais les unions infécondes étaient nombreuses. Certains médecins avaient avancé à ce sujet des théories étranges.

La déformation cranienne Mangbetu aurait par action sur l'hypophyse exacerbé un érotisme destructeur: hypothèse invérifiée et mal vérifiable!

Un autre voyait la source du mal dans de fréquentes atrophies testiculaires de cause du reste imprécisée. Ceci, en recensement, ne résistait pas à l'examen direct, limité à vrai dire à l'examen extérieur. Les vérifications microscopiques restaient toujours rares et faites seulement sur demande. De telles atrophies existaient avec les mêmes causes et la même rareté que partout au monde; elles ne pouvaient constituer un facteur démographique important. Il est probable que les nombreuses maladies vénériennes avec leurs lésions du tractus génital féminin sont bien plus significatives dans ce déséquilibre démographique qui se voit aussi dans d'autres régions du Congo.

Voilà donc le cadre humain de notre action, où les coloniaux reconnaîtront des faits connus que je m'excuse d'avoir rappelés assez longuement.

La médecine européenne fut bien acceptée grâce en particulier aux cures spectaculaires du pian (24) quasi universel, de la fréquente syphilis et aussi de quelques opérations (hernies, éléphantiasis génital).

Les rapports entre médecins et patients étaient somme toute réconfortants et les consultations bien fréquentées. Une anecdote illustrera ce point. En 1931 le Médecin C.R.C. et moi roulions vers un dispensaire; à la traversée d'un petit hameau nous fûmes arrêtés par des branchages à travers la route. Intrigués nous apprîmes à notre descente de voiture qu'un malade grave attendait notre venue. Effectivement nous le ramenâmes à l'hôpital à notre retour. Cette petite histoire montre aussi les difficultés du transport de ces malades. Ceux-ci pendant longtemps durent compter sur la bienveillance d'amis les portant en hamac jus-

(24) Affection apparentée à la syphilis mais non vénérienne et en général moins dangereuse faute de déterminations nerveuses ou vasculaires. Les Congolais en connaissent fort bien les lésions secondaires florides, beaucoup moins bien les stades primaires et tertiaires qui pour nous aussi sont parfois d'un diagnostic délicat.

qu'à l'hôpital. Plus tard un service de transport par auto devint disponible pour de telles urgences. Si en 1926 il n'existait à Pawa qu'une seule voiture, il y avait en 1953, neuf véhicules de types divers sans compter les voitures privées à éventuel amortissement kilométrique.

II. LES REALISATIONS

A. LE SERVICE MÉDICO-CHIRURGICAL AU NEPOKO

Si le rousseauisme ingénu pare de mille grâces la vie primitive, une pathologie très lourde n'en pèse pas moins sur elle.

La naissance était le plus souvent sans problème, grâce en particulier au poids modéré du nouveau-né mais les rares anomalies, par exemple une présentation anormale, rendaient l'issue quasi toujours fatale pour la mère et l'enfant: c'étaient après de longues tergiversations entre parents et matrones des drames terribles.

La toute première enfance ne comportait guère de difficultés alimentaires. L'allaitement maternel prolongé y suffisait. Mais dès qu'avec la croissance, le lait de la mère devenait insuffisant, l'enfant devait s'adapter à la nourriture surtout farineuse des adultes. Le gros abdomen de ces charmants marmots et la quasi universelle hernie ombilicale, heureusement spontanément curable, indiquaient que cette adaptation n'était pas parfaite (25).

A Pawa, où les moustiques sont rares, c'est seulement vers 2-3 ans que le paludisme sévissait gravement avec parfois des accès mortels et très souvent une forte anémie. Cette histoire s'étendait sur des années pour finalement laisser à l'adulte une immunité quasi complète; même la notable hypertrophie de la rate paludéenne tendait à disparaître avec les années.

(25) Le Kwashiorkor (malnutrition grave par manque de protéine) était cependant rare au Nepoko, ainsi que les grandes avitaminoses.

A côté de cette grande pandémie se voyaient alors bien d'autres endémies tropicales: pian, filarioses, et autres vers parasites, y compris la redoutable bilharziose en voie d'envahissement, ulcère tropical. Par contre la dysenterie amibienne était rarissime et la dysenterie bacillaire peu fréquente; la maladie du sommeil était absente. Parmi les maladies cosmopolites outre les affections pulmonaires ordinaires on notait la fréquence de la syphilis, de la gonococcie et de la gale. La variole était rare; on a du reste beaucoup vacciné.

La tuberculose était en voie d'extension; elle était probablement assez ancienne dans le pays et antérieure aux européens (arabes?).

La lèpre enfin, cosmopolite également mais à notre époque surtout des pays arriérés, était très fréquente, avec heureusement beaucoup de cas assez bénins. Elle devait devenir le souci principal de Pawa et de ce fait sera traitée à part.

Parmi les affections chirurgicales la hernie inguinale constituait chez la mâle une vraie maladie sociale. Son assez fréquent étranglement amenait en brousse des drames terminés par la mort ou une pénible infirmité. L'éléphantiasis génital n'était assez répandu que dans le sud de la zone; plus fréquent l'éléphantiasis des jambes restait souvent peu gênant. A titre de curiosité mal expliquée: la rareté de la carie dentaire.

C'est tout cela, qui n'avait jamais été traité, qu'il incombait à la C.R.C. de combattre.

La médecine à domicile étant bien entendu impossible, il fallait compter sur hôpitaux, dispensaires, maternités et par sa densité le réseau établi par la C.R.C. fut un modèle que le Foreami, avec de bien plus grandes ressources, devait établir ailleurs.

Nous l'avons vu, les premières constructions aussi bien habitations que bâtiments médicaux, étaient d'un type très primitif en matériaux provisoires. C'est en 1934 seulement que Pawa fut dotée des premiers locaux en briques, un modeste laboratoire et ses annexes. Il fallut attendre encore pour les maisons des Européens et plus encore pour les postes secondaires. Wamba cependant, confié en 1929 par la colonie à la C.R.C., avait hôpital et maisons en briques.

Jusqu'après la guerre les dispensaires étaient tous en matériaux périssables et du type kati-kati c'est-à-dire un hall ouvert servant

aux consultations courantes avec de chaque côté une salle pour examens plus intimes, injections et aussi la pharmacie. La large verandah ou parfois un hangar protégeaient les consultants contre les intempéries.

Au cours des ans l'amélioration des constructions et leur nombre ne cessèrent de croître au point que finalement toutes étaient en matériaux durs, briques et tuiles faites sur place, ces dernières remplacées ultérieurement par les plaques de tôle ondulée ou de fibro-ciment, exigeant une charpente moins serrée.

Les constructions restèrent toujours un souci majeur depuis le premier laboratoire de 1934 jusqu'aux réalisations postérieures souvent fort réussies, dont les photos des rapports montrent les progrès.

Des bâtiments en matériaux durables ne représentent pas tant une question d'esthétique ou d'agrément mais bien plus une question de rendement. Dans les anciennes constructions dépourvues de fenêtres vitrées le travail devenait quasi impossible pendant les nombreuses tornades; spécialement au temps assez lointain où l'éclairage artificiel était rudimentaire.

Les premières constructions durables furent l'œuvre d'un agent sanitaire, J. SACRÉ, à qui le rapport de 1934 rend très justement hommage: il fit surgir Pawa du néant architectural. Plus tard lorsqu'il se fut établi à son compte dans le pays, nous trouvâmes dans des Frères des Missions catholiques voisines des hommes de grand mérite qui rendirent d'incalculables services.

Les constructions souffrent fort en Afrique tant par le fait du climat que des termites. Les premiers rapports C.R.C. parlent de constructions de briques avec mortier de boue. Je pense qu'il y eut toujours du ciment mais pas beaucoup, car venant de loin il était cher. Plus tard on pût se montrer plus large et même en intercaler dans les fondations une couche continue protectrice contre les termites. Malgré cela un travailleur spécial surveillait et combattait journallement ces insectes. Tous le nommaient « makakaro » (les termites), sobriquet qui remplaçait son nom comme il arrive aussi à des Européens.

Si j'ai insisté sur ces aspects bien banaux des constructions, c'est que, ayant été témoin de l'état initial et des premières innovations, ayant pu voir en 1958 un poste agréable de belle apparence,

je tiens à rendre hommage à nos constructeurs laïcs et religieux, blancs et noirs.

Pour donner une idée du travail accompli, le rapport 1950 note la fabrication de 650 000 briques et 92 000 tuiles, 4 300 m² de bois scié. En 6 mois a été construite une nouvelle maternité de 750 m² (subsides Socobom).

J'ajouterais que je n'ai pas remarqué au Nepoko en 1958 la mégalomanie dont après la guerre on a vu des exemples au Congo.

Quant à l'éclairage artificiel, si important dans la longue nuit équatoriale, il fut au début réduit aux photophores à bougie, aux lampes et lanternes à pétrole, aux lampes à essence à manchons incandescents, bref un arsenal dont certaines pièces remontaient au siècle précédent. Ce fut seulement après la guerre qu'apparurent les groupes électrogènes, individuels d'abord, communautaires ensuite.

Le laboratoire fut doté d'une canalisation au gaz d'essence d'avion qui alimentait les becs Bunsen et le frigorifique, initialement prévu pour marcher au pétrole comme les appareils domestiques.

Les Hôpitaux

Il n'y a pas lieu d'insister sur leur fonctionnement tout à fait banal. Le nombre des patients tendait toujours à dépasser celui des lits mais ceci n'est pas spécial au Congo (26).

Pour les hernies inguinales en particulier, il y avait une liste d'attente. Bien entendu l'étranglement constituait une priorité urgente: à ma grande surprise et totale ignorance, j'entendis un jour une Révérende Sœur y voir l'acte volontaire d'un débrouillard.

Ici aussi des perfectionnements importants furent réalisés au cours des années dans la stérilisation, l'éclairage, l'équipement chirurgical.

(26) Le rapport 1953 note pour Pawa une moyenne d'hospitalisation de 160 et en 1954, 170 (contre 75 en 1952) mais le nombre respectif de lits est 125 et 144. Cet « encombrement regrettable » force à refuser des patients, à abrégier des convalescences et à faire coucher les malades légers sur des lits indigènes ou des nattes.

Le caravansérail abritant des patients non alités mais exigeant des traitements prolongés remédiait utilement à l'encombrement des salles.

Il arrivait parfois que deux hôpitaux peu éloignés (Pawa-Ibambi, 30 km) fussent surveillés par un seul médecin à l'occasion des congés et vacances de places.

Ce réseau hospitalier assez dense, dépassant le standard officiel pourrait paraître du luxe. Il n'en est rien: bien plus de décès survenaient à domicile qu'à l'hôpital ce qui ne veut pas dire que les défunts n'avaient pas consulté. Mais le Congolais, très patient devant la maladie, accepte assez mal les longues hospitalisations à résultats peu évidents. *A fortiori* les personnes âgées plus conservatrices ou plus résignées souhaitent mourir dans leur milieu. Ce fait statistique resta général à la Colonie jusqu'à l'indépendance.

Ecoles d'aides-infirmiers

Tout le personnel noir utilisé au Népoko était d'origine et formation locales. Dès 1926 CONZÉMIUS avait créé une école d'aides-infirmiers. Vu la faible scolarisation leur recrutement était au début assez difficile et la C.R.C. avait organisé un enseignement primaire propre. Pour ces aides-infirmiers, la pratique à l'hôpital était la base de l'enseignement; après trois années d'études (salariées) ils rendaient de réels services et les meilleurs arrivaient à gérer des dispensaires.

Les dispensaires

Malgré le faible éloignement des hôpitaux, (30 à 70 km) il avait été nécessaire de prévoir le long des routes d'assez nombreux dispensaires ordinairement trois ou quatre par poste central. On avait ainsi largement dépassé le programme de 1925 qui prévoyait l'établissement de dispensaires à trois journées de marche de l'hôpital soit selon les traditions du portage 60 à 75 km.

Le dispensaire annexé à l'hôpital bénéficiait de la fréquente présence du médecin, les dispensaires secondaires étaient gérés

par un infirmier noir mais un jour par semaine un médecin ou agent sanitaire ou infirmière était présent. Ce jour avaient lieu les traitements spéciaux (syphilis, pian) et la consultation était spécialement fréquentée et prolongée.

En 1931 il y avait là de belles cliniques de pian et syphilis dont les manifestations florides se raréfièrent au cours des années.

Le rendement d'un dispensaire était parfois augmenté par quelques possibilités d'hospitalisation comme par exemple à Isiro ou Avakubi. Ces petites formations avaient à leur tête un agent européen ou un assistant médical indigène (voir ci-après) ou parfois un très bon infirmier.

Maternités. Consultations pré- et post-natales

Ce fut un souci immédiat de nos postes. Dès 1927 Mme CONZÉMIUS (27) infirmière accoucheuse de nationalité hollandaise, ouvrait une petite maternité avec un village d'attente réservé aux futures mères dans leur trois ou quatre dernières semaines de grossesse. Elles bénéficiaient ainsi non seulement d'un repos inexistant au village mais d'une surveillance médicale et obstétricale dont nous savons l'importance pour combattre à temps des conditions pathologiques.

En outre Mme CONZÉMIUS ouvrait une école d'aides-accoucheuses en choisissant comme élèves des filles de chefs au prestige certain dans le milieu coutumier. L'idée était que ces jeunes femmes formées à bonne école s'établiraient dans les villages et y répandraient des pratiques plus sûres que celles des matrones indigènes dont on essaya parfois aussi de parfaire l'éducation.

Au cours des années non seulement chaque hôpital eut sa maternité, mais aussi certains dispensaires.

J'eus le plaisir de rencontrer en 1958 SISSI, fille d'un chef Mangbetu, une des six élèves de 1927, qui mariée à un infirmier exerçait toujours sa profession; sa photo figure dans le rapport 1947 à l'occasion de ses dix ans de pratique.

D'autres écoles s'étaient du reste créées, dépendant soit de la C.R.C., soit de la Heart of Africa Mission.

(27) Il n'est que juste de rendre un spécial hommage à cette femme aux qualités bien hollandaises d'ordre, de discipline et d'activité raisonnée; qui l'a connue s'associera à l'éloge rendu dans le rapport 1937.

Les maternités connurent un succès assez lent mais réel. Selon mes souvenirs de 1945 la plupart des naissances se passaient sans difficulté, avec la seule aide des accoucheuses noires; la R.S. accoucheuse n'était appelée que dans les cas spéciaux et plus rarement encore le médecin.

J'ai du reste noté que lors de tours de salles occasionnels j'étais reçu avec une froideur contrastant avec le caractère Mabudu: la naissance restait une affaire de femme et à ce stade les épaisses créatures mâles n'avaient plus rien à y voir.

Consultations pré- et post-natales

Ces compléments indispensables des maternités furent dès 1927 intitulées par Mme CONZÉMIUS et s'étendirent aux divers dispensaires et maternités. Les premières permettaient de donner d'utiles conseils et parfois de combattre des anomalies, les secondes donnaient aussi l'occasion de faire chez les jeunes enfants — si menacés — une prophylaxie antipaludique. Celle-ci visait à diminuer la gravité de l'infection paludéenne sans l'éliminer totalement au risque d'empêcher l'installation de l'immunité chez l'adolescent et l'adulte. Cette immunité peut s'obtenir naturellement et elle a permis la survivance des races tropicales mais au prix d'une lourde mortalité infantile (accès fébriles pernicieux, anémie grave).

On utilisait au début la quinine qui depuis des lustres avait rendu tant de services aux Européens, plus tard des produits de synthèse.

Pour encourager la persévérance des mères on distribuait de petits cadeaux: savon, sel, vêtements, etc.

* * *

Ainsi s'était établi, toujours en progrès, un réseau d'hôpitaux et dispensaires qui suivait l'homme de la naissance à la tombe, avec la réserve ci-dessus.

Je sais que parmi les technocrates de la médecine on entend parfois soutenir que la médecine individuelle, celle des soins,

est un luxe que les pays peu développés ne peuvent se permettre; à eux conviennent seulement vaccinations, campagnes prophylactiques, éducation générale et sanitaire, adduction d'eau, etc. Ce sont là assurément des choses indispensables et elles ont fait leur preuves en Europe mais le médecin praticien pourrait difficilement les croire suffisantes. Les hommes accepteraient mal une médecine vouée au genre humain mais insoucieuse des individus, réalité immédiate.

Recensement

Cette méthode applique le vieux dire de Mahomet: « Si la montagne ne vient à moi, j'irai à la montagne ». On en propose du reste en Europe des variantes atténuées pour diverses maladies insidieuses.

La C.R.C. l'appliqua très tôt à la lèpre, ultérieurement à d'autres maladies; nous en reparlerons avec la lèpre.

Soins des Européens

Les médecins C.R.C. donnèrent toujours, à titre gracieux, leurs soins aux blancs du pays. Dès 1927, il y avait un hôpital rustique à Pawa. Le rapport 1931 note: Pawa 21 européens hospitalisés et 5 naissances; Wamba 159 européens consultants et 2 naissances.

Brèves statistiques du service général du Nepoko

Nous ne désirons pas submerger le lecteur de statistiques qu'on trouvera dans les rapports annuels. Citons cependant quelques chiffres du début et de la fin de l'activité et cela pour une zone identique (Pawa-Ibambi-Babonde-Medge) avec une population de 80 000 à 100 000 h. sur une superficie d'environ le tiers de celle de la Belgique.

	1929	1959
Journées d'hospitalisation	18000	295000
Consultations dispensaires	77000 (1)	400000 (1)
Accouchements maternités	150	2500
Consultations nourrissons (présence)	18000	90000
Opérations majeures	—	1500
Lits d'hôpitaux	48	650
Lits maternité	12 (2)	90 (2)
Dispensaires (nombre)	5	20
Personnel européen (S.G. et S.L.)	5 (1 médecin)	18 (5 médecins)
Personnel congolais médical	20	115
Personnel congolais para-médical	— (3)	154 (3)
Personnel congolais non-médical	72 (4)	173 (4)

(1) Le nombre des consultants est 5 ou 6 fois moindre

(2) En plus maisons d'attente

(3) Utilisé pour les travaux « ménagers » à l'hôpital

(4) Artisans et manœuvres

En 1928 un visiteur colonial expérimenté estimait Pawa « nettoyé » et conseillait de s'établir ailleurs. Faut-il dire que la médecine ambulante n'était pas envisagée par la C.R.C.: des malades il y en aurait toujours et c'est le moment d'en parler.

Le malade congolais

Le congo'ais est en somme un « bon malade »: pas exagérément inquiet ou angoissé, ou trop sensible aux douleurs quand la cause de son état lui lui apparaît, accident par exemple. Il ne manifeste pas une crainte panique de la mort et n'est guère agité de préoccupations extra-terrestres (s'agissant de paiens). Le médecin est surpris de la petite quantité de calmants, morphine, soporifiques qu'il utilise. La longue hospitalisation était peu appréciée sauf en cas de cause évidente, fractures par exemple. Les opérés aussi étaient calmes, exigeant peu ou pas de calmants.

Il était par contre difficile de les tenir au lit et ils auront certes apprécié l'usage actuel du lever précoce.

Ajoutons que les malades ou surtout les opérés manifestaient souvent une amicale reconnaissance et, contrairement à ce qu'on raconte parfois, je n'ai pas souvenir qu'on m'ait jamais réclamé un cadeau. Cette reconnaissance était surtout manifeste après chirurgie, sans doute parce que le rôle du praticien y est plus spécialement évident. L'opération était acceptée par eux sans

hésitation (sauf les amputations) et c'est la conscience ou la compétence du médecin qui devaient en limiter l'usage.

Même des interventions rituelles, faites normalement au village, comme la circoncision ou, ailleurs qu'au Nepoko, l'avulsion des deux incisives centrales, étaient demandées au médecin. Faut-il dire que la seconde était toujours refusée.

Aucune question d'argent n'obscurcissait les relations médecins-malades et cela aussi avait sa valeur.

B. LA LUTTE CONTRE LA LÈPRE AU NEPOKO

Nous avons traité avec quelques détails le service général, non qu'il soit extraordinaire mais parce qu'il fut le premier à être si solidement développé en brousse.

La lutte contre la lèpre, elle, fut pendant plusieurs années une expérience nouvelles subsidiée du reste par la Colonie (28).

Très rapidement le Docteur CONZÉMIUS constata que la lèpre (maladie de Hansen) était la plaie du Nepoko. Ce n'était du reste pas complètement inconnu (29): en 1919 le Dr DANIEL, médecin de la colonie, avait visité la région et noté une fréquence de la lèpre d'environ 4 %. Sa mission et le rapport qui la terminait ne restèrent pas, au contraire de tant d'autres, sans suite. Cela grâce à l'Administrateur territorial LIBOIS.

Celui-ci persuada les habitants de grouper les lépreux en villages isolés où avec l'aide du clan ils vivraient sans répandre leur maladie. Cette pratique n'était pas inconnue dans le NE de la colonie et par l'autorité des chefs et sous l'influence de l'opinion publique divers villages d'isolement furent établis et subsistèrent jusque bien après la fondation de la C.R.C.: j'en pus visiter plusieurs en 1931.

Aucun traitement ou pansement n'y étaient appliqués et médicalement le spectacle était assez décourageant. Mais la vie s'y maintenait sous l'autorité d'un capita. La nourriture paraissait

(28) Certains comités locaux (Elisabethville) subsidièrent des léproseries; nous négligeons ici cette activité qui, pour être indirecte, n'en fut pas moins utile.

(29) Voir pour détails A. DUBOIS: *La lèpre dans la région de Pawa Wamba*, (Mém. Ins. R. Col. Belge, 1932).

suffisante grâce à l'appui des parents et amis et aussi au travail des isolés. On est surpris de la capacité d'adaptation humaine quand la sécurité sociale n'existe pas; par ailleurs la solidarité clanique congolaise est bien connue. Elle peut par contre se transformer en une impitoyable rigueur envers un excommunié, jeteur de sort par exemple.

Les villages LIBOIS n'eurent qu'une influence prophylactique faible vu la médiocrité de l'isolement, mais ils créèrent une prise de conscience du problème et facilitèrent ainsi l'action ultérieure.

En 1931 j'avais pû du reste noter le désir des isolés de recevoir des soins d'un médecin. Conversant sous un hangar — vu la pluie — avec pas mal d'entre eux, il m'avait été demandé qui continuerait à leur donner des « dawa » (médicaments) lorsque je serais retourné en Europe. Ayant assez mauvaise conscience parce que mes actes étaient de nature diagnostique et non thérapeutique, sachant au surplus que la C.R.C. ne pouvait actuellement faire plus, je leur avais promis que Boula Matari (l'Etat) et la C.R. allaient s'occuper d'eux. En fait ma promesse fut tenue dans les quelques années suivantes mais un réel progrès lié à une nouvelle thérapeutique devait attendre l'après-guerre.

Dès 1927 CONZÉMIUS, avec l'appui financier du Gouvernement, crée à Pawa même un nouveau village d'isolement. Celui-ci disposait d'une concession d'environ 70 ha et bien entendu il avait l'avantage de soins et d'examen journaliers. En même temps l'agent sanitaire WARY recensait 19 000 Mabudu-Makoda et y dénombrait 4 % de lépreux. Déjà la C.R.C. disposait de microscopistes noirs aptes à rechercher avec patience le bacille de Hansen dans les préparations faites en scarifiant la peau ou la muqueuse nasale ou ponctionnant d'éventuels ganglions: recherche très facile dans la lèpre multi-bacillaire (lépromateuse), très laborieuse dans la lèpre pauci-bacillaire (tuberculoïde) (30).

En 1928 le village de Pawa comptait 300 isolés avec un chef local lépreux lui-même. Le village et son dispensaire était relié au poste par une route carrossable d'environ 3 km.

(30) L'aspect au microscope du bacille de HANSEN est celui du bacille de la tuberculose.

Des plantations étaient entreprises tant communautaires qu'individuelles; les traitements et pansements étaient assurés, les maladies intercurrentes soignées.

Cette institution, sensible perfectionnement des anciens villages, allait progressivement s'étendre dans les environs de Pawa d'abord, puis encore dans la zone C.R. et finalement dans toute la colonie. En 1939 il y avait plus de 2 000 isolés C.R.C.; on comptait au Congo environ 150 V.A.I.L. (village agricole d'isolement lépreux) dont 110 dans la seule province de Stanleyville. Il y avait 18 000 isolés dans toute la colonie.

A cette époque le traitement était à base d'huile de Chaulmoogra. Il s'agit de l'huile de divers arbres de la famille des Flacourtiacés; l'arbre le plus important, parce que cultivé, était *Hydnocarpus laurifolia (wightiana)* dont l'Inde faisait un commerce assez important.

En 1927 la Reine ELISABETH avait obtenu des services agricoles indiens, l'envoi de graines de ces arbres qui réussirent assez bien à Pawa. Cependant cette plantation était dans un site peu favorable et une plantation ultérieure perdit de son intérêt par les progrès de la chimie de synthèse.

C'est assez tardivement que nous eûmes à notre disposition du beurre de Caloncoba, arbre africain sauvage et commun. Ce beurre, fondu vers 37°, était remarquablement toléré localement. Son expérimentation ne fut pas poussée très loin parce que devenue inutile. Il est peu probable qu'il aurait beaucoup surpassé les huiles en efficacité.

En tout cas, de 1927 à 1945, l'huile de Chaulmoogra ou ses dérivés furent les seuls remèdes prescrits. Huile de saveur et odeur peu agréables, irritante pour l'estomac, inutilisable dans l'alimentation ou en savonnerie, quel autre usage que médical aurait-on pu lui trouver? Au surplus la chimie lui reconnaissait des propriétés spéciales dues à l'existence d'une certaine proportion d'acides particuliers (hydnocarpique, chaulmoogrique, etc.).

Cette médication se faisait surtout par injections intramusculaires. La tolérance locale était assez variable, souvent à la longue médiocre. On entendait alors à l'appel de leur nom les dames mabudu gémir « ipipi ambo kai » (le derrière fait mal) et il fallait une ou deux semaines de repos. Les abcès heureusement

ne se voyaient guère, ceci tout à l'honneur de nos injecteurs congolais.

Malgré tout, rehaussées de la présence du chef et de ses sonneurs de trompes, les séances de traitement étaient bien suivies (31). Prestige de l'aiguille, sensation de mieux, légère amélioration objective.

Je n'ai jamais pu partager intégralement l'optimisme des léprologues d'Asie. Revoyant, en 1945, 1 500 isolés près de Pawa, je n'y trouvais pas moins de 1 000 mutilés graves dont 500 avec des ulcères exigeant pansements. Ces résultats peuvent certes dans beaucoup de cas s'expliquer par des traitements trop tardifs; cependant, résumant en 1965 vingt ans de traitement à Pawa (1927-1947), j'écrivais « les sujets à bacilles très nombreux étaient enlevés en quelques années. Les mutilations étaient inévitables dans les cas évolutifs ». Sur plus de 800 sujets suivis au moins quatre ans, il y avait 300 *statu quo* et 500 évolutions vers les mutilations. On ne constatait de guérison que dans les cas légers à évolution naturelle favorable.

Sans doute, l'aspect de nos isolés était-il bien meilleur qu'autrefois mais, outre le traitement, ces gens bénéficiaient du modeste confort domiciliaire, alimentaire et vestimentaire que nous leur assurions. Ils étaient du reste en général d'une gaieté qui surprenait les visiteurs européens. Ils vivaient une vie normale, cultivant, conversant, dansant même à la pleine lune ou aux fêtes.

Les habitations, d'abord de type local, furent assez tardivement remplacées par des constructions en dur. Au début l'esprit européen avait imposé son urbanisation en alignement rigoureux avec les cultures communes ou privées à petite distance. A un autre moment s'était répandu le système indigène de huttes isolées avec leur lopin cultivé le long d'un sentier tortueux à peine carrossable. Ici, l'isolé se sentait réellement chez lui. Cependant la surveillance médicale en devenait plus difficile et, avec le perfectionnement des constructions, le système rectiligne prévalut.

Le triomphe des fermettes était à la distribution des prix pour la plus belle maison et le jardin le plus productif. Une fois l'an

(31) Une année nous organisâmes à chaque séance une tombola dont les lots, assez modestes, récompensaient en fin de travail quelques uns des fidèles.

le jury passait devant toutes les cases et les prix attribués au vainqueur tenaient compte de l'existence ou non de mutilations: c'était parfois un spectacle émouvant que de voir les mains qui avaient tenu l'outil.

L'entrée au V.A.I.L. n'était pas imposée de façon absolue: l'influence du chef conjuguée avec celle du médecin, la pression du milieu social décidaient le malade. La notion de contagion n'était pas bien établie dans le public: le malade expiait quelque infraction à un tabou ou était victime d'un sort jeté par un être surnaturel ou humain.

Les mutilés trouvaient là leurs invalides, les multibacillaires se sentaient réellement malades et, du reste à leur rencontre, notre pression se faisait plus forte, vu leur contagiosité.

Des cas assez légers se présentaient aussi: leur isolement ne s'imposait pas mais il donnait au village une allure moins désespérée et permettait de faire de-ci de-là un sortant guéri. Ceci non pour enjoliver les statistiques mais pour entretenir le moral des malades. On les employait aussi à des travaux divers médicaux et autres pour lesquels ils touchaient un salaire et parfois acquéraient une technique qui leur servirait après guérison.

Et l'isolement dira-t-on? Il n'était certes pas très rigoureux: nos méthodes, si pas notre législation, n'étaient pas rigides; l'isolé allait parfois visiter ses parents et *vice-versa*. Nous nous efforcions de limiter cela le plus possible et possédions nos propres policiers sanitaires. C'étaient des parents de notables dont le prestige était très utile pour rechercher des absents et aussi des malades divers qui négligeaient leur traitement.

Plus tard cette milice privée (non armée) ne fut plus autorisée. Il fallait alors mettre en branle la lourde machine administrative, avec résultat douteux.

Le congolais est de nature très processif; il a toujours des palabres avec l'un et l'autre et paraît en justice pour exposer — avec éloquence — les faits de la cause. Une série de branchettes, etc., lui sert alors d'aide-mémoire. La majorité des litiges surgissent à propos de la dot, dont la rupture éventuelle de l'union entraîne remboursement partiel. Afin de limiter les allées et venues, le chef du secteur venait une ou deux fois l'an juger, tel SALOMON. C'était merveille de voir le registre du greffier, venu en avant-garde, se remplir. Inutile de dire que, selon les

meilleures traditions des fabulistes, cette justice n'est pas gratuite.

Quoi dira-t-on des affaires de cœur à la léproserie? Et oui... au Nepoko la femme saine suivait ordinairement pas son mari en isolement et l'inverse est encore plus vrai. Cela donnait lieu à des litiges civils au sujet de la dot. Le mari abandonné, ayant récupéré une partie de la dot, pouvait alors convoler légitimement avec une malade.

Un certain équilibre pathologique s'établissait et si un vieux mutilé se contentait d'une matrone, Miss Leprosy — il y en avait généralement une — trouvait, elle, un beau jeune homme monomaculaire (32) et faute d'en trouver un, elle en trouvait plusieurs.

Tout cela rendait le village plus humain — trop humain — mais amenait de-ci de-là une naissance, sérieuse complication. Bien que né plus souvent de parents peu contagieux que de grands malades, son existence dans ce milieu mettait le nouveau-né en danger, vu sa plus grande susceptibilité. Dans les débuts, faute de moyens, je recommandais de confier aussitôt que possible, en fin d'allaitement, le bébé à la famille saine. Plus tard L. SWERTS institua un internat pour bébés isolés à la naissance et un autre pour enfants ayant vécu un temps variable avec les parents. C'est seulement dans ce dernier cas qu'il constata de rares éclosions hanséniennes.

Il n'en reste pas moins que c'est là un point très délicat. L'alimentation artificielle n'est pas facile en brousse et la fonction de nourrice n'est guère acceptée par les congolaises même contre rétribution. On veut bien être donneur de sang mais pas donneuse de lait; il devint cependant possible d'obtenir un peu de lait à la maternité des personnes saines.

On conçoit qu'une colonie de malades groupant quelques centaines d'individus dont beaucoup invalides, n'était point sans causer des soucis à l'intendance. Cette dernière suivait mais pas toujours facilement.

Les cultures du village étaient développées dans la mesure du possible et la concession au début de 70 ha avait peu à peu

(32) L'opposé de ceux qu'un agent sanitaire qualifiait d'un néologisme pittoresque: léopardé.

été portée à 200. Après la guerre un moniteur agricole diplômé avait été engagé pour stimuler les cultures communautaires. On ne voyait guère plus en 1958 qu'en 1931 de chèvres ou moutons, mais peut être davantage de canards. La C.R.C. avait eu plus d'ambition et les rapports font état de 13 têtes de bovins en 1958 et 22 en 1959 (33).

Pawa obtint aussi au long des années deux permis administratifs de chasse. Le premier dans les années 1930 rendit assez peu et le chasseur fut tué par un buffle. Le second fournissait un peu plus en particulier de la viande d'éléphant boucanée. Un essai de pisciculture fut aussi entrepris en 1950. Je ne sais s'il donna les résultats favorables observés ailleurs au Congo.

En fait la plus grande part du rationnement était achetée à la population des villages voisins. Chaque samedi un marché avait lieu avec, s'il n'y avait pas trop de pluie, grand concours d'une population parfois assez éloignée. La C.R.C. achetait là les aliments de base: bananes, etc. Un petit marché pour Européens fonctionnait aussi: poules, œufs, fruits, etc. Le tout se terminait par des danses.

Les chefs locaux tenaient la main au succès du marché et venaient parfois y jeter le coup d'œil du maître.

L'huile, le tabac indigène, le sel, le savon étaient achetés à part; les derniers surtout au commerce local.

Une cantine fournissait à prix coutant, aux seuls isolés, divers petits luxes y compris cigarettes; cette organisation remplaçait nos initiatives individuelles antérieures.

Malgré tout, le ravitaillement de base n'était pas toujours adéquat et j'ai vu plus d'une fois couper les régimes de bananes au vif mécontentement des intéressés qui n'acceptaient qu'en maugréant la promesse d'achats complémentaires en semaine.

Le succès du V.A.I.L. de Zatusa avait rendu l'approvisionnement si difficile que la Société Minière de la Télé avait accepté fort gracieusement, de se ravitailler ailleurs en bananes (1951). L'afflux des malades consécutif à la nouvelle thérapie né-

(33) Il est à craindre qu'au cours des années 1960 ce bétail n'ait connu le sort des rhinocéros blancs du parc de la Garamba, victimes des luttes intestines et des superstitions orientales qui croient trouver dans la corne du pachyderme un puissant aphrodisiaque.

cessait en 1952 20 tonnes de bananes par semaine. Heureusement le développement du parc auto permettait de consacrer un camion à ces achats faits à distance.

Les hanséniens (34) au cours de leur longue histoire — la forme paucibacillaire écourte à peine l'existence — peuvent être atteints de maladies diverses. Un service médical spécial leur était destiné: dispensaire, hôpital et même maternité.

Après les soins du corps ceux de l'âme. Ceci concernait les missions et déjà en 1931 la présence de missionnaires protestants venus d'Ibambi était fréquente. Ils avaient un catéchiste qui aidait aux offices et chants en un hangar spécial. Leurs prédications n'étaient pas sans succès et leurs ouailles s'abstenaient de boissons et de tabac. Au début, les missionnaires catholiques plus éloignés (Bafua-Baka) étaient plus rares mais avec leur installation à Ibambi d'abord puis à Pawa même leur intervention fut de plus en plus active.

Les sulfones et la lutte anti-lépreuse

1940 est une grande date pour les hanséniens: FAGET, médecin de la léproserie de Carville (U.S.A.) (35) essaye l'action des sulfones organiques, produits soufrés apparentés aux sulfamides. Connues des chimistes depuis 1908 elles avaient montré récemment à des chercheurs français des propriétés anti-bactériennes.

Les essais de FAGET et autres se montrèrent heureux bien que l'action fut lente. On recourut d'abord à des dérivés assez complexes de la sulfone-mère. Ils étaient couteux et certains exigeaient la voie veineuse ou intra-musculaire. On apprit par la suite que la substance mère, très peu couteuse, était active tant par la bouche qu'en injections. La voie intra-musculaire à souvent été préférée au Congo: une piqure tous les 15 jours assure une concentration médicamenteuse suffisante. La plupart des médecins du Congo redoutaient de confier les comprimés aux patients: usage intempestif, erreurs, commerce. En Inde cependant, notre

(34) Euphémisme apprécié des européens.

(35) Située en Louisiane, elle abrite surtout des américains infectés aux tropiques; aussi quelques cas autochtones. Lors de ma visite en 1948, la plupart des patients étaient des Blancs.

collègue HEMERIJCKX les donnait en médecine « sous les arbres »; un médecin d'Indochine confiait même une fois par an 300 comprimés à l'intéressé! En léproserie le traitement oral est préféré, en 2 ou 3 prises surveillées, par semaine.

Ce nouveau traitement qui ne s'établit au Congo qu'après la guerre devait modifier profondément traitement et prophylaxie.

Les malades pauci-bacillaires peu ou pas contagieux pouvaient être traités en liberté; la léproserie était réservée aux multibacillaires dont les bacilles disparaîtraient fort lentement et aussi aux mutilés et ulcéreux socialement dépendants. Il faut rappeler que la majorité de ces derniers sont au Congo pauci-bacillaires victimes de névrites irréversibles, causant les lésions dites acrotériques (destructives des extrémités).

La majorité des hanséniens pouvait donc être traités ambulatoirement ce que facilitait le réseau serré des dispensaires visités chaque semaine par un Européen.

Jusqu'en 1945 on pouvait compter dans les V.A.I.L. du Nepoko environ 2 000 isolés avec un nombre insignifiant de traitements ambulatoires. Quinze années par après L. SWERTS n'hospitalisait plus que 500 hanséniens mais en traitait plus de 7 000 en liberté (1959); en 1960, 2 600 d'entre eux étaient mis en repos, considérés soit comme guéris (300) ou stabilisés. Ce mouvement s'était du reste étendu à toute la colonie. M. KIVITS (36) estime, en 1955, le nombre des hanséniens du Congo à 264 000 dont 30 000 sont hospitalisés et 185 000 en traitement ambulatoire. A l'estime de l'auteur, l'hospitalisation devrait s'étendre à environ 10 % de contagieux et 10 % de mutilés.

On peut cependant escompter qu'avec la diffusion et la précocité du traitement le nombre des grands mutilés est appelé à baisser progressivement. On voit l'avantage des sulfones pour la vie sociale et... pour le budget médical.

Comment apprécier finalement les V.A.I.L. et l'expérience de 1927? Il faut distinguer le point de vue social et le point de vue médical. Quant au premier c'était une réussite: assurer sans dépenses écrasantes un bien-être réel à des malades graves,

(36) M. KIVITS: La lutte contre la lèpre au Congo en 1955 (Mém. Ac. R. Sc. Col., 1956).

limiter que'que peu la contagion, ce n'est pas rien. Mais médicalement, avant les sulfones, on ne pouvait être très optimiste: le peu d'efficacité de la thérapeutique, la médiocrité de l'isolement, ne permettaient pas d'espérer un succès rapide. V. ZANETTI, en 1945, n'envisageait pas la disparition prochaine de la maladie mais constatait que dans la région où les V.A.I.L. étaient actifs l'index endémique était moins élevé qu'ailleurs.

On sait qu'en Europe la lèpre après avoir régné du XII^e au XIV^e siècle a disparu de nos régions tout en persistant en quelques foyers. Cette disparition a pris deux ou trois siècles; l'isolement y est sans doute intervenu mais, en fait, son mécanisme est obscur: l'amélioration des conditions de vie y comptant sans doute pour beaucoup.

Avec les sulfones, la situation changeait du tout au tout. La question posée en 1927 par le Gouvernement, pouvait recevoir une réponse affirmative: la lèpre est curable et sa prévention possible. Les lépreux multibacillaires (lépromateux) ne devaient plus succomber en quelques années de lente cachexie et leur contagiosité devait décroître, de façon assez lente cependant pour nécessiter encore leur isolement. Quant aux cas légers ils devaient guérir avec des séquelles modérées ou nulles.

Ce dernier point ne serait vrai qu'à la condition de traitements précoces, précédant l'invasion des nerfs et un tel idéal, vu le caractère insidieux de la maladie, exige le maintien des recensements.

Un bon connaisseur de la lèpre et des réalités congolaises, Fr. HEMERJCKX, parlant aux Journées Médicales de Léopoldville (1954), espérait la quasi disparition de la maladie en une génération. Vue qui cependant peu paraître optimiste mais ce n'était qu'une question de date.

La promesse faite en 1931 aux lépreux d'Atokobu avait fini par se réaliser grâce à l'heureux empirisme qui avait récompensé FAGET et avec lui les hanséniens.

Le grand mouvement de lutte dans toute la colonie était né de la mission reçue en 1927 par la C.R.C. et de ses modestes débuts.

Après son inspection en 1947 J. RODHAIN, avec son ancienne et vaste expérience congolaise et sa grande autorité scientifique,

écrivait « (...) je considère en tout cas qu'au point de vue de la prophylaxie anti-lépreuse, Pawa dès maintenant constitue une école. »

Le centre avait eu du reste de nombreux visiteurs: médecins hauts fonctionnaires et aussi, venant de Belgique, des parlementaires, des hommes d'affaires et même des ministres. Bien peu avant l'indépendance (1957), le Roi LÉOPOLD et la Princesse LILIANE manifestaient par leur visite leur haut intérêt pour les questions de sciences et de médecine.

Un grand appui à la lutte allait être donné par la convention entre Foperda (36) et Foreami en 1953. Cet accord devait aboutir après des études diverses et l'inspection du médecin directeur du Foreami Dr. DRICOT à placer la lutte dans tout le Congo sous l'égide du Foreami. En même temps était instituée la fonction de léprologue provincial.

En 1958 j'eus l'honneur de présider à Léopoldville un colloque d'histo-pathologie de la lèpre, groupant une vingtaine de spécialistes du Congo; tous étaient optimistes sur l'issue finale qui devait amener le même succès que pour la maladie du sommeil: si pas élimination totale, au moins grande réduction de l'endémie.

Brèves statistiques sur la lèpre à Pawa

Constructions

1931. Pour environ 700 isolés: 300 cases, 3 dispensaires, le tout en matériaux périssables.

1958. Pour 1 150 isolés (plus 6 000 en traitement ambulatoire):

- 1 bâtiment chirurgie et pansements;
- 4 pavillons d'hospitalisation;
- 1 dispensaire central (Pawa);
- 3 pavillons d'isolement;
- 3 bâtiments pour douches;
- 1 bâtiment pharmacie et R.X.;
- 2 bâtiments: magasins, cuisine, buanderie;
- 150 cases pour lépreux;

le tout en matériaux définitifs, et 400 cases en matériaux provisoires.

(36) Foperda, créée en 1939, avait obtenu en 1949 du Fonds du Bien-Etre Indigène, mandat pour utiliser 62000000 F à l'équipement des léproseries. Le F.B.I. créé après la guerre par la Belgique avec des fonds propres de 2 milliards, pouvait affecter chaque année 320 millions à ses activités. Bientôt, du reste, des sommes importantes allaient provenir du plan décennal colonie.

Lépreux

	1954	1958	1959	1960
Isolés (1)	1.633	1.142	930	500
Journées d'hôpital (2)	10.950	34.268	54.678	
Traitement ambulatoire	4.584	5.717	6.555	5 944

(1) Rappelons que le premier village, établi en 1927, comptait en 1928 300 isolés. Ce chiffre s'éleva dans les divers villages C.R.C. de 1500 à 2000, de 1945 à 1950. Grâce à l'emploi des sulfones le traitement ambulatoire passe progressivement à l'avant plan.

(2) A côté de maladies intercurrentes diverses ce sont les ulcères graves et les complications infectieuses des mutilations qui exigent hospitalisation avec, plus rarement, l'association lèpre et tuberculose, imposant un isolement strict et une chimio-thérapie spécifique.

Assez récemment, la chirurgie plastique a abordé non sans succès le grave problème des mutilations. Encore peu répandue au Congo vers 1960, cette chirurgie n'a pas été abordée à Pawa. Elle ne représente qu'un pisaller dont les indications se réduiront au fur et à mesure que nos traitements seront plus efficaces et plus précoces.

C. DIVERS

Les recensements médicaux

Ils sont nés de la lutte contre la maladie du sommeil devenue active dans les années 20. A l'inscription des malades succéda bientôt, dans un but de précision, celle de toute la population (37). Au Nepoko ce fut la lèpre qui imposa cette pratique. Dès 1927, l'agent sanitaire WARY, dans un premier recensement qui devait être suivi de bien d'autres au cours des années, examinait 19 000 Mabudu, trouvant 4 % de hanséniens. En 1930-31 l'agent sanitaire URY refait en cinq mois le même travail et arrive au chiffre de 11 % de hanséniens. En 1934, en possession du registre très précis de URY, je revois un large échantillon des sujets réputés atteints: bon nombre d'entre eux ne présentaient que les mêmes taches cutanées suspectes; certains ne montraient plus rien. Par les examens aussi précis que possible dans les conditions de la brousse, je n'avais pû dans bien des cas confirmer le diagnostic.

(37) La maladie du sommeil est inconnue au Nepoko. Cependant en 1933 et 1934, pour répondre à certaine crainte du service médical officiel, la C.R.C. examina à ce point de vue plusieurs dizaine de milliers de personnes dans le nord de sa zone. Aucun cas ne fut découvert.

Nous devons donc tenir compte des cas simplement suspects à surveiller, et il ne fallait pas inscrire après un nom L. (tache épaule gauche) mais SL (tache épaule gauche), la localisation facilitant la révision ultérieure. Quelques années plus tard le Docteur DEGOTTE, sur près de 16 000 Mabudu, trouvait 4,3 % de L., 2 % de SL. et 2 % de peu suspects, avec du reste d'importantes variations locales.

Au cours de recensements, j'ai demandé à l'agent sanitaire de me soumettre les cas suspects. Ce furent des séances épuisantes et décevantes. Malgré des examens très soigneux je devais en fin de journée inscrire trop souvent la mention SL.

Nous étions amené ainsi à admettre, à côté de la lèpre active, des formes non évolutives ou même récessives.

A l'encontre de tels cas, à part une révision semestrielle, ne s'imposait aucune mesure, soit d'isolement, soit de traitement: de tels sujets n'apparaissant pas comme contagieux. Avec l'introduction des nouvelles thérapeutiques un essai de traitement apparaît comme justifié.

En 1936 la Colonie demanda qu'on applique un recensement complet portant sur toutes les maladies diagnosticables en brousse. Théoriquement cela devait se faire case par case. Je crois que, étant donné le peuplement très dispersé, cela ne fut applicable au Nepoko qu'à certains cas spéciaux: enquêtes épidémiologiques, etc.

Le diagnostic de maladie du sommeil ou lèpre n'exige pas la nudité complète. Il n'en était plus de même pour les nouveaux recensements et il fallut trouver en chaque endroit un local convenable (dispensaire, hangar) ou le construire hâtivement en feuilles de palmiers (39). Le recensement se faisait en effet non au centre de la chefferie mais chez les divers notables. On inscrivait famille par famille, non seulement pour l'intérêt médical, mais pour éviter les erreurs d'homonymie fréquentes en un pays où l'usage du prénom n'existait que chez les chrétiens.

L'utilité des recensements, très grande pour certaines maladies à évolution très discrète (lèpre, maladie du sommeil), était plus incertaine par ailleurs (40).

(39) DEGOTTE a décrit avec quelques détails ces recensements (*Internat. JI of Leprosy*, 1940 p. 421).

Par contre ils fournissaient par leur répétitions des documents démographiques d'une réelle valeur: le fichier médical était souvent plus complet que celui de l'administration. On ne s'en étonnera pas si on sait que le dernier a des implications fiscales: impôts des personnes physiques et impôts sur épouses supplémentaires.

A l'occasion du recensement il était souvent procédé à la vaccination contre la variole; en 1957 SWERTS procéda en de telles circonstances à la vaccination antivariolique, à la vaccination contre la tuberculose (B.C.G.), active peut-être aussi contre la lèpre, en outre à des tests diagnostiques, tuberculine, lépromine.

Personnellement je dois au fichier C.R.C. des renseignements intéressants sur l'éléphantiasis.

Les questions démographiques ne seront pas discutées ici. A. DUREN (41) a résumé et discuté les enquêtes de RADNA, DEGOTTE, ZANETTI qui ont paru soit à notre tribune soit dans les Recueils de travaux de Sciences médicales au Congo-Léopoldville de 1940 à 1945.

En 1946, ZANETTI et DEGOTTE notent la prédominance de la lèpre dans le sexe masculin. Ce fait, constaté en d'autres pays, résulterait pour eux d'une moindre susceptibilité des femmes entre 14 et 40 ans; beaucoup d'observateurs y voient volontiers l'influence des activités plus extérieures chez les mâles. Nos observateurs ont tendance à croire que la lèpre pauci-bacillaire (42) peut être contagieuse. Il faut cependant reconnaître que si l'on admet que le bacille représente le contage on saisit mal comment des individus qui apparemment n'en éliminent pas, peuvent être contagieux. L'efficacité de l'isolement dans les V.A.I.L. ne paraît pas nulle à ces collègues: il y a moins de nouveaux cas dans les zones d'isolement effectifs qu'ailleurs. Quand au fléchissement de la démographie pendant la guerre, il serait dû à un recrutement excessif des mâles en âge matrimonial.

(40) C'est fort justement que le communiqué OMS 26 du 28-11-1968 écrit au sujet des inquiétudes que provoque à nouveau la maladie du sommeil que «...en certains pays on note un relâchement dans les mesures de contrôle et surveillance». Ces enquêtes exigent assurément une autorité administrative efficace.

(41) *Bul. Inst. R. Col.*, 1943, p. 356 à 391; *ibidem* 1946, p. 378 à 601.

(42) Cette forme relativement bénigne de la lèpre prédomine largement au Congo (90 % des cas).

En 1954 le rapport C.R.C. résume une étude de L. SWERTS sur la chefferie des Mabudu Makoda. Nous en extrayons la statistique suivante:

1931	15 465 (pour URY 16 305)
1939	15 526
1943	16 106
1946	14 596
1949	16 765
1954	16 917 (7 902 h. et 9 015 f.)

SWERTS estime la situation assez bonne après la période fâcheuse de guerre: la fertilité est en progrès, la natalité supérieure à la mortalité, le nombre des enfants de 0 à 15 ans est en nette augmentation. L'auteur croit à une régression des maladies vénériennes. Il est permis d'en douter: le chiffre des syphilis est identique en 1946 et 1954 et si le nombre des blennorragies est en légère diminution (339 contre 408) il n'est question que des mâles. Il est évidemment impossible de se faire en recensement une idée exacte de la blennorragie féminine et celle-ci est surtout importante.

L'indiscipline des mœurs avec la pathologie vénérienne consécutive, l'impact de la civilisation européenne, le recrutement des jeunes mâles sont considérés par la plupart des observateurs cités comme ayant le rôle défavorable principal.

La recherche scientifique au Nepoko

Ce ne fut jamais là le but de la C.R.C. et la mission demandée par le Gouvernement au sujet de la lèpre était d'ordre pratique: curabilité et mode de prophylaxie.

Cependant les médecins qui étudiaient ces problèmes devaient disposer de laboratoires suffisants: d'où la construction et l'équipement en 1934 du premier laboratoire de Pawa.

Revenu à Pawa en 1938, l'isolement de ce centre m'avait inquiété (43) mais le célèbre léprologue anglais E. MUIR de pas-

(43) La plupart des laboratoires colonie appuyaient les services médicaux des grands centres. Le laboratoire de la Peste faisait exception: il était situé dans le petit foyer congolais (Lac Albert). Le Foreami devait plus tard installer dans la brousse du sud Kwango un laboratoire consacré à l'étude de la nutrition spécialement déficiente là-bas.

sage dans le pays m'avait fait valoir l'avantage de l'observation en foyer endémique et c'est ainsi qu'eurent lieu agrandissements et perfectionnements.

En 1927 la lèpre était fort bien connue cliniquement: en 1847 deux Norvégiens, DANIELSEN et BOECK l'avaient décrite en un de ces ouvrages que le poète a justement qualifié de plus durable que l'airain. Vers 1890 le bacille avait été décrit par un autre Norvégien A. HANSEN, mais à côté de cela que d'obscurités existaient encore.

Une fois la notion d'hérédité abandonnée on admit la contagion sur la base d'observation épidémiologiques montrant le rôle des malades à bacilles nombreux: les plus indiscutables sont les rares cas observés en Europe d'un Européen revenu des tropiques et infectant une personne vivant au même domicile.

Cette contagion n'est cependant pas toujours aisée: elle est assez rare entre époux après des années de cohabitation. Les hardis expérimentateurs qui tentèrent — généralement sur volontaires — des inoculations à l'homme recontrèrent le plus souvent l'insuccès.

Heureusement de tels essais n'eurent pas lieu sur des enfants qui sont plus réceptifs.

Par ailleurs, le bacille n'avait ni été cultivé sur milieu artificiel ni inoculé avec succès aux animaux. De ce fait le postulat de KOCH n'avait pas été satisfait: transmission de la maladie au moyen de cultures.

A toutes ces questions fondamentales Pawa n'a pas fourni de réponses, pas plus que les chercheurs d'autres pays. Quelques approches intéressantes sont cependant à citer: cultures sur cellules humaines vivantes et lésions localisées chez l'animal; mais ce chapitre de la science reste encore en bonne part non écrit. La thérapeutique anti-lépreuse est en avance sur les autres points, comme dans le cas du paludisme où l'humanité disposait du remède (quinquina) deux siècles avant de connaître la cause de la maladie.

Les médecins de Pawa ont cependant apporté de nombreuses contributions au diagnostic et à la thérapeutique. Parfois, comme il arrive en science, un enrichissement de nos connaissances en d'autres domaines est né de recherches léprologiques: nous avons

appris à connaître à Pawa un parasite du rat (*Hépaticola hépatica*) encore inconnu au Congo et du reste exceptionnel chez l'homme. C'est aussi le cas d'une filaire humaine qui était connue seulement de régions d'Afrique fort éloignées du Nepoko (*D. streptocerca*).

Le personnel C.R.C.

Les médecins de la C.R.C., dont trois femmes, furent en majorité Belges et l'organisation eut à se louer de la plupart.

Une organisation médicale à personnel peu nombreux, connaît souvent des difficultés à l'occasion de congés, de maladies, de fin de carrière; même un grand organisme comme le service médical colonie n'est pas sans les éprouver.

Ce n'est qu'en 1940-45 que la colonie contribua plus largement à compléter le personnel C.R.C.

A côté de médecins, la C.R.C. utilisa largement des agents sanitaires qui seuls permettent de maintenir le budget en des limites tolérables. Certains d'entre eux furent occupés spécialement au recensement, d'autres assuraient la desserte des dispensaires. Sans doute la formation médicale des agents sanitaires était-elle fort brève mais un niveau convenable d'éducation générale et chez la plupart une conscience professionnelle sûre en firent des auxiliaires indispensables. C'est assez tardivement que, l'administration étant devenue lourde, il y eut des agents d'administration, intendants sans occupations médicales.

Quant aux constructions nous avons vu que, commencées par un agent sanitaire, plein de compétence et d'activité (J. SACRÉ), elles furent plus tard confiées à des Frères des Missions dont l'efficacité fut grande.

Les infirmières et accoucheuses européennes furent, au début, uniquement des laïques et elles aussi furent de précieuses collaboratrices. A partir de 1945 et jusqu'après l'indépendance, nous eûmes au Nepoko des Sœurs infirmières-accoucheuses de plusieurs congrégations; leur grand dévouement est rendu plus précieux encore par la stabilité de leur emploi.

Le personnel laïc européen jouissait des rémunérations en usage à la colonie; assez tard ils furent admis à bénéficier du système de prévoyance de l'Etat.

On a pu se rendre compte que travailler à la C.R.C. Nepoko supposait chez les Européens une vocation coloniale solide. Grand était l'isolement, rares les distractions, médiocres les possibilités d'améliorer le monotone ravitaillement. Heureusement beaucoup de ces agents étaient mariés et la plupart de ces unions supportèrent avec succès la pierre de touche de la brousse africaine ancienne. Et puis, progressivement, apparurent ces conquêtes qui diminuaient l'isolement: les routes et l'auto, le développement de petits centres urbains comme Paulis et Wamba avec leurs possibilités diverses; les groupes électrogènes, les frigorifiques à pétrole et enfin, surtout, la radiodiffusion avec les stations de Léo et Brazzaville.

Quant au personnel noir il fut quasi totalement d'origine et formation locales (44). Sans doute leur instruction générale restait assez faible mais grâce à l'expérience pratique ils finissaient par rendre de grands services et même, devenus infirmiers chefs, par gérer des formations. Je songe ici à GWO-GWO, MASSI, Benjamin NDEI et d'autres.

Le personnel noir non médical comprenait, outre des aides pour les hôpitaux, toute une variété d'artisans nécessaires à un petit centre autonome.

Les années de guerre

Faute de liaison avec l'Afrique, le bureau de Bruxelles consacra son activité au soulagement dans le milieu colonial des misères nées de la guerre. Elle reçut du reste l'aide du Comité International de la Croix Rouge et de la C.R.B.

Le rapport unique 1940-1945 fait état d'une activité considérable: plus de 200 000 messages familiaux acheminés vers la colonie, recherches sur les décès et autres événements familiaux, distributions de vivres (pour plus de un million), aide aux enfants de coloniaux dont certains, grâce à la C.R. Suisse, purent bénéficier du séjour en montagne.

(44) J'ai souvenir d'un assistant médical indigène, natif de l'Uele et formé à la Fomulac Kisantu. Les A.M.I. après les études secondaires, suivaient 2 années de sciences pré-cliniques et 4 années de formation clinique surtout hospitalière: c'est là une réponse satisfaisante à beaucoup de conditions africaines.

Les Comités locaux africains, n'interrompirent pas leurs activités (voir ci-après) mais y ajoutèrent une aide à la Belgique occupée.

Le Comité Léopoldville, soutenu par le Fonds Colonial d'œuvres de guerre et grâce à la grande générosité des milieux européens du Congo, pût consacrer à cet effet un budget de 38 millions: colis aux prisonniers (144 000 colis pour plus de 26 millions), 266 000 messages familiaux, parrainage d'enfants nécessiteux en Belgique, soutien aux Homes d'hébergement de Watermael. Je n'insiste pas sur cette bienfaitante activité qui nous éloigne de ce qui se passait au Congo.

Là les services du Nepoko connurent une certaine désorganisation. En effet, V. ZANETTI, médecin inspecteur à Pawa, étant de nationalité Italienne, fut au début de la guerre assigné à résidence à Stanleyville. Assez rapidement il fut en service à la léproserie de Wafania (Equateur) et puis au chef-lieu de cette province. Ce ne fut qu'en 1944 que, revenu à Pawa, il put rétablir la situation que je trouvais assez normale en 1945. Certains membres belges du personnel furent aussi rappelés sous les drapeaux en Afrique même.

Entretemps le service avait été assuré par les médecins du Gouvernement. La trace de leur activité se voyait dans les fichiers médicaux mais je n'en connais guère le détail, faute de rapports. En tout cas, tant pour le service lèpre que pour le service général, la reprise fut complète dès 1945 et nous pouvons, avant de l'abandonner à l'indépendance, jeter un dernier regard sur son action.

Les résultats de cette activité m'apparaissent, à distance, comme une solution heureuse aux besoins des pays peu évolués.

Le Docteur QUENUM (45) directeur pour l'Afrique de l'Organisation Mondiale pour la Santé écrit: « (...) que plutôt qu'un nombre réduit de grands hôpitaux (46), il faut en Afrique une multitudes de petits centres sanitaires (...) n'exigeant pas de longs délais pour être construits. »

(45) *Santé du Monde O.M.S.*, juillet 1968.

(46) Quelques-uns de ceux-ci sont cependant nécessaires aux progrès de la science et aux facultés de médecine locales; au surplus, l'importante urbanisation africaine rend leur nécessité évidente.

J'ai dit plus haut combien j'avais apprécié certaines formations du Nepoko (Isiro, Avakubi) où le petit hôpital était dirigé par un agent sanitaire, aidé par la visite occasionnelle du médecin. Il n'est pas douteux que les assistants médicaux indigènes, avec leur bonne formation clinique, auraient trouvé là aussi un champ utile de travail. Malheureusement, malgré que l'état ait rapidement suivi la Fomulac dans cet enseignement spécial, il n'était pas très facile d'engager des A.M.I.

C'est là une question à quoi il faut songer à un moment où existe au Congo plusieurs facultés de médecine avec programme de type européen. Je suis convaincu qu'un pays qui veut se développer doit posséder des universités, mais ne négligeons pas les grades intermédiaires entre médecins et infirmiers. Dans l'article cité, QUENUM écrit: « Pour commencer faisons des écoles modestes, procédons par étapes et évoluons en fonction des besoins ». Je me rallie volontiers à ces conseils d'un Africain éclairé.

D. LES COMITÉS LOCAUX

Créés dès le début, groupant des personnalités de divers milieux, ils réussirent à mettre à la disposition du service médical des fonds et des bonnes volontés précieuses.

Nous bornerons notre exposé à deux Comités dont le rôle fut d'avant-garde, Léopoldville et Elisabethville, ce qui n'enlève rien aux mérites des autres.

Le Comité de Léopoldville fut le premier à attaquer le difficile problème des maladies vénériennes et plus tard celui, si actuel, de la pédiatrie.

Elisabethville, après des activités diverses, fut en 1956 la première à s'intéresser à la prothèse des mutilés.

La lutte anti-vénérienne

C'était, bien avant l'installation de la C.R.C., un problème difficile, spécialement dans les villes.

Nous l'avons dit déjà, la liberté sexuelle était souvent grande dans beaucoup de populations noires, mais ce fut surtout apparent

avec le développement des villes et du commerce. Les anciennes agglomérations européennes avaient une démographie très artificielle: noirs et blancs y étaient en majorité des célibataires (47).

Je ne reprendrai pas le mot d'un journal de l'époque: « (...) et quels célibataires! ». C'étaient simplement des hommes, ni anges, ni bêtes, proies faciles pour la Vénus Mélanpyge. Leur solitude était un appel pour de jeunes beautés du Haut-fleuve ou du Kasai, dont les unions temporaires n'étaient qu'un faible rempart contre la contagion. Le développement économique par ses voyageurs, ses marinières (une femme dans chaque poste à bois), plus tard ses chauffeurs — hautains semeurs de gonocoques — diffusait l'endémie selon les voies de communication.

En 1911 déjà la question nous préoccupait à Léopoldville. Les recherches de EHRlich venaient de nous donner le 606 (puis le 914) et nous étions bien armés contre la syphilis. Par contre la blennorrhagie constituait un problème quasi insoluble. A l'époque, seuls existaient les traitements locaux et ils étaient trop délicats pour être confiés aux infirmiers. De son côté, fort occupé par ailleurs, le médecin ne pouvait se consacrer à ce travail; c'est ce que démontra un essai tenté en dehors des consultations ordinaires.

Ce fut le grand mérite du Comité de Léopoldville de s'atteler à ce travail dès 1928-29, avec l'appui momentané (matériel, médicaments) de la Ligue Nationale Belge contre le Péril Vénérien. Le 15 juillet 1929 un dispensaire est ouvert dans la cité indigène avec, peu après, un dispensaire pour les femmes; une infirmière européenne sous la direction d'un médecin colonie y assure le service.

On utilisait les médications de l'époque, Neo-Salvarsan et Bismuth contre la syphilis; lavages, topiques et injections endoveineuses de Gonacrine contre la gonococcie.

Dès 1930 l'activité devient importante: d'assez nombreuses femmes spécialement celles dites « libres » sont examinées; les hommes sont en général traités par leurs employeurs. Sur 953

(47) Dès avant 1914, et surtout après la première guerre, le milieu blanc comporta de plus nombreuses épouses européennes et une vie familiale plus régulière. Chez les noirs aussi les villes comptèrent de plus en plus de ménages et la natalité progressa.

femmes on dénombre 26 syphilis, 86 blennorragie (48), et 37 lésions diverses.

En 1931 un médecin privé, le Dr. ANTICH, devient, et pour longtemps, le directeur du dispensaire. L'extension à Léo-Ouest est envisagée, mais la crise économique arrête ce projet. Près de 3 500 femmes sont examinées dont 550 malades. Les examens sérologiques (syphilis) sont faits par le laboratoire colonie et cette tradition se perpétuera.

Divers appuis se manifestent: Foreami, Comité provincial du Hainaut de la C.R.B.; les médicaments sont donnés par la colonie.

Le Centre médico-social de Léo comprenait en 1934 une consultation de nourrissons, gérée par les révérendes Sœurs de l'hôpital, un service de la tuberculose dépendant de la Colonie et le Centre Anti-Vénérien C.R.C.

En 1937 un dispensaire est ouvert à Léo-Ouest et ultérieurement à Matadi. En 1938 on examine pour Léo-Est et Ouest environ 7 000 femmes et 3 000 hommes dont 3 300 malades. Il est fait 7 500 prises de sang examinées au laboratoire de la colonie.

La guerre n'interrompt pas l'activité: en 1945 on dénombre 16 000 prises de sang, 80 000 injections diverses. Il y a 3 000 nouveaux cas de syphilis, 2 000 de gonococcie et 1 000 cas divers. Les acquisitions thérapeutiques facilitent la lutte: sulfamides en 1938, Pénicilline en 1948. Cette année 31 000 personnes sont examinées avec 1 100 nouveaux cas de syphilis et 1 170 de gonococcie pour laquelle on utilise systématiquement le diagnostic microscopique. Les progrès thérapeutiques font qu'on recourt de moins en moins à la pression administrative: en 1952, sur 2 000 consultants mâles, 1 600 se sont présentés spontanément; chez les femmes, avec beaucoup de prostituées, la proportion est moins favorable. Le développement urbain augmente sans cesse l'activité: le dispensaire est fréquenté chaque jour par 7 à 800 personnes, 3 500 femmes «libres» sont examinées mensuellement, près de 4 000 cas féminins de blennorragie sont en traitement, parmi elles 26 gamines en-dessous de 10 ans dont 24 infectées par rapports sexuels. Pour tenir compte des besoins de la

(48) Vu la difficulté du diagnostic chez la femme, c'est là un chiffre bien inférieur à la réalité.

main-d'œuvre, le dispensaire ouvrait à 4 h 30, en pleine nuit et voyait défiler environ 1 000 patients par jour (1953).

En 1955 ce service est remis à la colonie. Il est évidemment difficile de fournir des statistiques valables en une telle matière et avec une population toujours changeante. La situation reste sérieuse: la blennorragie est plus souvent chronique que aiguë, mais on sait le rôle de ses lésions sur la fertilité féminine. La syphilis reste commune mais cependant il y a beaucoup de cas seulement sérologiques. Les graves manifestations nerveuses de la maladie, paralysie générale, tabès, restent rares. La maladie de NICOLAS-FAVRE est moins répandue qu'au centre du Congo.

Il s'agit assurément d'une lutte difficile, cela est vrai en Europe également: le mérite de la C.R.C. fut de l'entamer et de la mener avec persévérance pendant près de 30 ans.

Le département de pédiatrie

Très tôt au Nepoko s'étaient ouvertes des consultations pré- et post-natales dans les hôpitaux et dispensaires C.R.C.. Ce fut le cas aussi à l'Equateur (Dr. GUTTMAN) où le Comité local s'intéressa aux maladies sociales et à la santé de la mère et de l'enfant.

A Léopoldville, après qu'en 1947 Son Altesse Royale le Régent eut inauguré le centre médico-social, la Croix-Rouge crée une consultation autonome de médecine des enfants, voulant mettre sur pied « un service impeccable, en tout point comparable à un service de pédiatrie européenne ».

Les médecins qui devaient en quelques années réaliser ce but, qui pouvait en 1948 paraître ambitieux, étaient les Drs C. LAMBOTTE et son épouse J. LEGRAND.

Dès 1948, avec l'aide d'infirmières européennes, le dispensaire compte une moyenne de 372 petits consultants les jours ouvrables (46 les jours fériés); la consultation de nourrissons a 364 clients. Une consultation de maladies du nez, gorge, oreille a été ouverte par Mme LAMBOTTE et enfin une petite clinique permet l'hospitalisation — avec leur mère — de 25 enfants. Avec les années, le département va se développer. En 1951 trois médecins y travaillent, et en outre plusieurs infirmières et économistes européennes (à mi-temps) et un important personnel congolais. Une deuxième polyclinique fonctionne (Dr MAROUNEK) et une

consultation pré-natale qui bénéficie de la collaboration de l'éminent accoucheur J. LAMBILLON.

Le laboratoire, très actif dès le début, se perfectionne sans cesse. Des infirmières visiteuses mi-temps maintiennent le contact en ville.

En 1952 la clinique compte 60 lits et hospitalise 750 enfants; la consultation journalière voit une moyenne de 465 patients; 125 femmes enceintes suivent la consultation pré-natale et 1 250 nourrissons sont inscrits.

Au 10^e anniversaire (1957) la clinique comporte 120 lits et hospitalise 3 400 enfants; des consultations secondaires sont ouvertes. En 1958 les chiffres sont en décroissance à la suite de l'ouverture du service spécialisé tant à l'hôpital des congolais qu'à l'Université Lovanium. En 1959 un cours de pédiatrie sociale est organisé dans le service par le Centre International de l'Enfance et accueille 30 médecins de diverses régions d'Afrique.

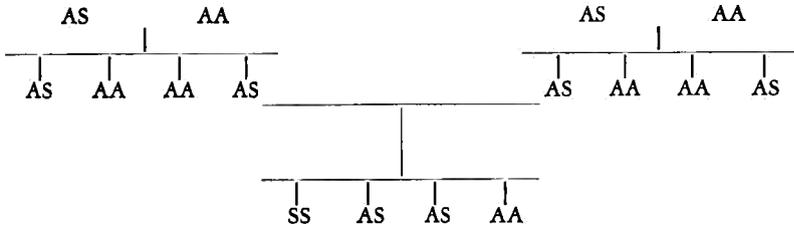
L'activité devait rester à peu près normale en 1960. Le Dr LAMBOTTE (49) quittait le service en fin de cette année pour enseigner à l'Université d'Elisabethville jusqu'en 1967 où il retourne à son Alma Mater de Liège.

A ce département — le premier au Congo — nous devons, outre le développement clinique décrit ci-dessus, un apport scientifique de grande valeur. Le laboratoire avait du reste été spécialement équipé par C. LAMBOTTE avec l'appui de l'I.R.S.A.C.

Malgré leurs absorbantes occupations de clinique et d'organisation nos deux collègues purent ajouter beaucoup à nos connaissances en un domaine encore peu exploré de la pathologie congolaise. Il faut mettre hors pair leurs excellents travaux sur l'anémie falciforme des enfants noirs (sickle cell anemia). Il s'agit d'une anomalie héréditaire de la synthèse de l'hémoglobine qui, à l'état homozygote (hérité à la fois du père et de la mère) aboutit à l'anémie grave et la mort précoce. Au contraire chez l'hétérozygote (seul le gène paternel ou maternel étant anormal) il n'y a qu'une tendance à la déformation extra-corporelle des globules rouges et pratiquement pas de troubles.

(49) Son épouse et collaboratrice J. LEGRAND disparue prématurément (1916-1960) avait été au service de la C.R.C. de 1948 à 1957 et depuis 1956 avait dirigé le service de la transfusion (voir ci-après).

En cas de mariage où les 2 géniteurs présentent le caractère anormal voici ce qui se produit (en appelant A le gène hémoglobine normale et S le gène anormal):



Chaque doublet représente un seul géniteur homozygote AA ou hétérozygote AS; le cas d'un géniteur SS homozygote n'est pas envisagé vu la rareté de la survie.

Avec la fréquence du caractère AS à Léopoldville (20 à 25 %) on conçoit que des mariages du type AS-AS ne soient pas rares. Seul un examen préventif difficile à imposer empêcherait de telles unions. Dans le cas de Léopoldville près de 2 % des naissances sont du type SS et donc vouées à une mort prochaine.

L'anémie à cellules falciformes est spéciale à la race noire. Le maintien difficile à comprendre d'un gène, létal à l'état homozygote, s'expliquerait par une protection contre le paludisme chez les hétérozygotes AS. Le mémoire présenté à l'Académie des Sciences Coloniales (1951) par C. LAMBOTTE et J. LAMBOTTE-LEGRAND fut couronné par la savante compagnie.

Citons aussi les travaux sur le tétanos ombilical si grave à Léopoldville dans les naissances à domicile dans de médiocres conditions d'hygiène. Cette affection se raréfie au fur et à mesure que les accouchements se font davantage en maternité. Ultérieurement ces auteurs ont attiré l'attention sur la fréquence et la gravité de l'anémie due à l'ankylostome (ver des mineurs). Ici c'est l'urbanisation, incapable de suivre l'afflux de population qui est en cause: les larves du ver nées dans un sol humide, souillé par les déjections humaines (œufs), passent à travers la peau pour gagner l'intestin grêle et y devenir adultes. On voit le danger pour toutes personnes en contact avec le sol en particulier enfants dévêtus jouant à même la terre.

L'intéressant rapport 1956 cite comme causes principales de décès à la clinique C.R.C. (avec leur pour cent respectif)

— Maladies broncho-pulmon et complications de la rougeole	17 %
— Tétanos ombilical	13 %
— Anémie falciforme	10 %
— Gastro-entérite	8 %

et puis diverses affections courantes qui ne doivent pas faire oublier l'arrière-fond de malnutrition et de paludisme qui aggrave toute pathologie infantile tropicale. Assurément le paludisme ne se contractait plus guère dans la capitale même, mais il faut tenir compte des voyages vers la brousse ou des arrivées récentes en provenance des villages.

Celui qui voudra connaître la situation de cette pathologie à Léopoldville vers 1950 devra consulter les publications de ces médecins. Il n'y en a pas moins de 24 entre 1950 et 1955 et encore bien d'autres par après.

A côté de l'œuvre scientifique il faut aussi songer à la valeur éducative de ce service: conseils aux mères, infirmières visiteuses, etc. Il s'était d'ailleurs créé un ouvroir où des mères travaillaient bénévolement pour la clinique.

Le service de transfusions sanguines

Ici encore il s'agit d'une première réalisation au Congo (1953) due au Comité de Léopoldville qu'imitait vers la même époque le comité de Stanleyville. Grâce à l'activité de Mme LAMBOTTE-LEGRAND des quelques donateurs de 1953 on passe à 100 en 1954. Ils sont bénévoles et reçoivent seulement après la prise une tasse de café ou un verre de vin et un sandwich.

L'Institut de Médecine Tropicale « Princesse ASTRID » (50) assure le contrôle sérologique (syphilis). Les autres examens de laboratoire sont exécutés au Centre. Après une certaine mise en veilleuse en 1956, 1957 voit le service dans de nouveaux locaux.

(50) Continuateur à Léo-Est de l'ancien laboratoire de Léo-Ouest, premier établi au Centre de l'Afrique en 1899.

Il y a plus de 1000 donneurs dont 168 européens (51); 345 litres de sang sont fournis cette année, 900 en 1958; en 1959 il y a 1 800 donneurs dont 500 militaires noirs; en 1960 plus de 1 100 litres sont fournis. De son côté le Centre de Stanleyville fournit cette même année 273 litres tandis que Usumbura et Paulis commencent la même activité. Le Centre de Léopoldville fournissait pour le Congo les sérums types et le matériel courant.

Le Centre de prothèse pour amputés

Le Comité d'Elisabethville avait subsidié diverses œuvres locales en particulier une léproserie abritant surtout des cas importés.

En 1956, sous l'impulsion du Dr VAN DER ELST, chirurgien formé à la traumatologie lors de la guerre 1914-1918 et établi à Elisabethville, il fut décidé de constituer un centre de prothèse et réadaptation pour mutilés.

Qui a rencontré en brousse des gens réduits à ramper à la suite de traumatismes ou parfois de mutilations lépreuses, saisira l'utilité du projet. L'industrialisation, le développement du charroi rendait urgente sa réalisation.

Dès 1957 le centre, sous la direction bénévole du Dr VAN DER ELST, occupait cinq Européens et plusieurs artisans congolais et livrait 263 appareils. En 1959 cette activité était reprise par la Colonie: Centre d'Orthopédie et de Rééducation.

Les activités sociales

Il faut rappeler ici brièvement une série d'œuvres qui se sont montrées particulièrement nécessaires à Léopoldville, cité tentaculaire, à état social préoccupant: immigration difficile à contrôler, chômage, parasitisme clanique, scolarité faible, prostitution florissante et, comme il a été dit plus haut, urbanisation toujours en retard devant l'afflux des nouveaux arrivants.

(51) Le nombre des rhésus négatifs est chez eux très élevé: sachant la rareté du caractère chez le Noir, les Européens rhésus négatifs se portent volontaires.

Foyer social

En 1951 un foyer social établi par la Colonie en 1949 est repris par la C.R.C.Léo. Des cours ménagers: tricots, couture, des cours de puériculture y sont organisés mais, dans cette ville très étendue et très peuplée, la C.R.C. ne peut guère toucher qu'un dixième de la population. En 1954, il y a 1 800 femmes inscrites dans un secteur d'environ 40 000 habitants; le personnel européen comptait 3 assistantes sociales, une régente ménagère, trois auxiliaires et était assisté de 25 monitrices congolaises. Le Foyer était fréquenté régulièrement par 545 femmes; les fréquents changements de domicile rendent cependant la tâche difficile: en 1954 175 « anciennes » ont déménagé.

Cours de secouristes

Il s'ouvre en 1953 avec 33 élèves européens et 4 Congolais; peu après, un cours d'ambulanciers est accessible au secouristes brevetés.

Association congolaise des Amis de la Croix-Rouge

Créée dans la population noire, elle a soutenu diverses œuvres à Léopoldville: développement de l'hospitalisation en pédiatrie, achat d'une camionnette pour le transport de lait, etc.

Croix-Rouge de la Jeunesse

Ce nouvel organisme établit en 1956 un centre de vacances à Benseke, à environ 20 km de la capitale. Il fut inauguré en 1958 et l'important concours des personnalités présentes montrait son intérêt. Il accueillait cette année 5 000 « jeunes » (52).

(52) En 1957 deux juniors de l'Association participent à Toronto à une réunion de la Croix-Rouge Internationale.

Service des secours d'urgence

Il fut établi en 1953 pour le transport d'accidentés, etc. Telle en était la nécessité dans cette capitale si étendue, qu'il fallut rapidement créer des sections. Le même service se développa à Elisabethville.

Les troubles de 1959 à Léo en démontrèrent l'utilité.

Si la Croix-Rouge de la Jeunesse doit beaucoup à Mme STOUFFS, c'est Monsieur STOUFFS qui fut l'organisateur du service de secours d'urgence. La C.R.B. lui remit en 1953 sa médaille d'Or de même qu'aux Docteurs LAMBOTTE et LEGRAND.

III. EPILOGUE

1960. L'Indépendance dont on discutera sans fin: si elle survint trop tôt, elle était inscrite dans le cours des événements.

Le 30 juin 1960 le Comité exécutif de Bruxelles remet les mandats de ses membres à la disposition du Gouvernement de la jeune République tout en assurant le fonctionnement des formations au Congo. Au 30 juin 1961 la C.R.C., section de la C.R.B. cesse toute activité.

L'année 1960 a été à peu près normale tant au Nepoko qu'au niveau des Comités locaux.

Dans la région de Pawa le nombre des journées d'hospitalisation est moins élevé qu'en 1959 (235 000 contre 295 000) également celui des opérations (1 200 contre 1 500) mais les accouchements sont plus nombreux (2 700 contre 2 500).

La lutte contre la lèpre continue et même un recensement est effectué. Le traitement ambulatoire surclasse définitivement l'isolement: il n'y a plus à Pawa que 500 pensionnaires. Des 8 000 hanséniens, traités encore en 1959, plus de 2 600 sont mis au repos en 1960, considérés comme guéris ou stabilisés.

Si la lèpre ne constitue plus un problème insoluble et qu'on puisse envisager l'avenir avec confiance, il n'en est pas de même pour la Tuberculose. Celle-ci, connue dès le début dans la ré-

gion — peut-être anté-européenne —, n'a cessé comme ailleurs au Congo de se développer pour constituer finalement un problème majeur.

Dans les dernières années précédant l'Indépendance, les médecins C.R.C. souhaitaient l'organisation d'une campagne de radiographie capable de détecter les cas débutants. Ce n'est cependant pas si simple qu'on le croit. J'ai vu en 1958 une vaste campagne de ce genre au Kwango arriver à une situation presque insoluble: le nombre des cas diagnostiqués surpassant les possibilités d'hospitalisation et de traitement. En effet, si la thérapeutique de la tuberculose est devenue très efficace, elle est d'un maniement délicat, nullement comparable à la thérapeutique anti-lépreuse (53).

Au Centre de pédiatrie de Léopoldville, 3 664 enfants sont hospitalisés avec 2 440 mères. Le service de transfusion est en progrès (1 114 litres de sang contre 995 en 1959).

Lors des cérémonies de l'Indépendance et des troubles ultérieurs le service des secours d'urgence eut fort à faire, parfois non sans danger.

Bientôt l'O.N.U., la Croix-Rouge Internationale, la C.R.B., associeront leur action à celle de la nouvelle Croix-Rouge Congolaise.

En cédant le gouvernail, l'œuvre belge pouvait se rendre le témoignage d'avoir procédé à une remise correcte des services et en outre d'avoir atteint les buts autrefois assignés.

Ceux-ci, en temps de guerre, étaient ceux de toute Croix-Rouge: secours aux blessés et victimes des événements. La C.R.C. n'eut pas ou peu à intervenir sur les théâtres d'opérations mais nous avons rappelé plus haut son aide à la population belge.

En temps de paix le programme comportait tout ce qui pouvait améliorer la santé des populations, spécialement dans le milieu coutumier.

C'était ce but altruiste, cette volonté d'aider les plus déshérités, qui dès 1925 avaient assuré à l'œuvre naissante le haut intérêt du Roi et tant de concours bénévoles persévérants.

(53) Le Centre scientifique médical de l'U.L.B. « Cémubac » a depuis des années mené la lutte anti-tuberculeuse dans l'Est du Congo.

Il appartenait à d'autres organismes de développer l'éducation générale et de perfectionner l'agriculture, points primordiaux dans le développement. On peut affirmer que, dans son domaine propre, la C.R.C. a accompli tout son devoir aux limites de ses possibilités. Celles-ci malgré la générosité des sociétés industrielles, du public et du Gouvernement n'ont jamais été comparables à celles des grandes institutions parastatales qui se développèrent après la guerre.

Mais en un temps où tout était à créer, la C.R.C. fit œuvre de précurseur. Ce sera son honneur d'avoir été la première à organiser, dans le milieu coutumier, un service médical non confessionnel (1925); rappelons aussi les maternités et écoles d'accoucheuses (1926), la lutte contre la lèpre (1927) appelée à se développer dans tout le Congo.

Par ses Comités locaux, elle a mis en œuvre les premiers services de lutte anti-vénérienne (Léo, 1929) un Centre de pédiatrie (Léo, 1948) un service de transfusion sanguine (Léo, 1955) et enfin un service de prothèse aux mutilés (Elisabethville, 1956).

Par ces Comités encore et leurs diverses activités sociales (Foyer social, Croix-Rouge de la Jeunesse, Secours d'urgence), elle a diffusé l'idéal humanitaire Croix-Rouge tant dans le milieu blanc que noir.

Ce que la C.R.C. a créé n'a du reste pas disparu en 1960, en particulier la pédiatrie à Léopoldville et la lutte contre la lèpre; à Pawa avec L. SWERTS (54).

Mais j'arrête ici mon récit, car ma documentation devient de plus en plus incertaine. Je sus par SWERTS que tout devenait plus difficile, tant pour les situations personnelles que pour le travail médical. L'intervention de l'OMS pouvait faire espérer une amélioration. Hélas, en novembre 1964, au cours des troubles qui

(54) L. SWERTS (1921-1964), après de brillantes études à l'Université de Liège en particulier au laboratoire de bactériologie (Professeurs A. GRATIA et M. WELSCH), entra en 1949 au service de la C.R.C., en 1960 à celui de la Croix Rouge Congolaise et en 1964 à celui de l'OMS toujours au service lèpre Pawa. Ses études semblaient le destiner à scruter surtout le côté scientifique de la maladie. Mais son dévouement aux malades, sa profonde sympathie et ses contacts personnels avec les indigènes l'orientèrent surtout vers la pratique. Il fut l'organisateur du traitement ambulatoire des hanséniens du Nepoko (notice nécrologique, *Annales Société Belge de Méd. Tropicale*, 1965 n° 1).

ensanglantèrent le Congo, un adolescent fanatisé abattait d'une rafale de balles ce grand ami des lépreux et des Congolais.

Ainsi, cette œuvre commencée dans la fraternité s'achevait dans un drame sanglant. Aux personnalités des grands fondateurs, Emilie DARDENNE et Pierre ORTS, joignons dans notre admiration le nom de L. SWERTS mort au champ d'honneur. On peut croire que s'il eut le temps d'une dernière pensée, elle fut pour son œuvre et le souci, qui reste nôtre, de sa continuation.

Ixelles, décembre 1968.

ANNEXE

Ci-après — reçus après impression — des souvenirs rédigés par une religieuse espagnole, missionnaire à Pawa. Traduits de l'espagnol ils ont été quelque peu résumés sans modification du fond.

LES DERNIERS JOURS DE L'ABNÉGATION
ET DU SACRIFICE DU DOCTEUR SWERTS

En mars 1964, quand le Dr SWERTS revint au Congo après avoir passé quelques mois en Europe, il se rendit compte que la situation n'était pas encourageante. Les choses avaient évolué dans le mauvais sens durant ses vacances; une grande transformation s'était opérée chez les Congolais. Néanmoins il se sentait en sécurité étant donné qu'il travaillait pour l'O.M.S. et qu'en cas de danger il serait protégé par cette organisation.

Il arriva à Pawa, heureux de pouvoir être parmi ces êtres méprisés dont beaucoup étaient rejetés par leurs propres parents.

C'était un homme dynamique qui avait laissé famille et patrie pour venir ici aider et guérir ces lépreux pour lesquels il se sacrifia jusqu'à donner sa vie.

* * *

Les jours passaient et la situation se dégradait de plus en plus. Les mois s'écoulèrent en même temps que l'incertitude grandissait.

En septembre les « Simbas » entrèrent pour la première fois à Paulis, quoique déjà durant le mois d'août ils se fussent manifestés sporadiquement.

Au mois d'août une lettre avait été adressés au Dr SWERTS, lui donnant instruction de regagner Kisangani (ex-Stanleyville): malheureusement elle n'arriva à destination qu'en octobre. Le Dr SWERTS, resta sur place; il n'y avait rien d'autre à faire: toute la Province Orientale était aux mains des simbas.

En août et septembre nous avons pu travailler dans un calme relatif.

Cependant les médicaments manquaient pour soigner les nombreux Simbas atteints de maladies vénériennes, les enfants souffrant de malaria, d'abcès etc.

Le Docteur, accoutumé à travailler avant l'Indépendance, déplorait son impuissance à soulager tous ces malades.

Le mois de novembre fut pénible pour nous: les Simbas réquisitionnèrent les autos et l'essence et comme ils étaient les maîtres de la situation ils s'emparèrent de ce qu'ils voulaient, soit à la mission, soit chez les Européens.

Une nuit de ce mois, vers 23 h, les Simbas vinrent nous chercher pour nous conduire tout d'abord à Ibambi où ils comptaient réunir les Blancs.

Comme toutes les voitures étaient en panne et vu leur incapacité à les réparer ils nous firent passer la nuit à l'école de la mission de Pawa.

Malgré la faiblesse du Dr SWERTS — il avait un formidable ictère — nous passâmes la nuit appuyés sur les pupitres. Je me rappelle que le Docteur dit « Si tout continue à se passer comme cela... »

Le matin, à 5 h, les Simbas se présentèrent avec une camionnette pour nous amener à Ibambi. Là, les commerçants grecs, qui étaient seuls à avoir une certaine autorité sur les rebelles, nous furent secourables et nous donnèrent de la nourriture.

Tous nous attendions impatiemment le départ pour Paulis. Que va-t-il nous attendre là-bas?

A midi un homme qui avait été cuisinier chez des Européens et qui était, pour lors, chef d'un groupe de rebelles nous fit signe qu'il désirait nous parler. Il fit un discours sans fondement, s'adressant surtout aux Belges, en fait le Père et le Docteur.

Nous étions consternés d'entendre des absurdités qui ne pouvaient que nous révolter intérieurement. Tels que nous connaissons le Père et le Docteur, ils ont dû se faire violence pour ne pas répondre.

Ensuite après de nombreuses palabres entre commerçants grecs et Simbas, sans que nous puissions rien faire, on nous fit monter

dans un grand camion pour nous conduire à Paulis, pour être jugés par les chefs de la ville.

Qui de nous n'aurait été pris de panique sachant les atrocités commises à Paulis.

* * *

Les désagréments — bien réels — du chemin furent chose secondaire. Arrivés à Paulis on nous fit descendre du camion et on nous divisa en groupes. Après une longue attente un colonel nous renvoya chez nous avec ces mots: « Vous ne devez pas être jugés, qui vous a dit de venir ici? »

Quelle surprise. Les figures de tous avaient changé, spécialement celle du docteur SWERTS et celle d'un américain qui n'avait que 24 ans et travaillait à Ibambi.

Toutes ces tribulations se soldaient seulement par un jour d'angoisse.

* * *

Quand nous revînmes à la mission, tous nous attendaient avec anxiété. Avec quelle tendresse les enfants sains des lépreux, vivant en internat, accueillirent-ils le Docteur. Personne ne les aimait plus que lui; c'était un vrai père et eux aussi l'aimaient comme nous le verrons ci-après.

* * *

Vint l'heure de la libération pour Kisangani mais pour nous, en brousse, qu'allait-il se passer?

Nous étions complètement isolés et sans moyens de transport. Le 25 novembre nous vaquâmes à nos occupations habituelles et le 26 nous vîmes pour la dernière fois, à l'hôpital, le Dr SWERTS. Il était assez nerveux. Nous primes congé de lui sans penser que ce serait pour la dernière fois. Quand nous arrivâmes à notre maison, un camion nous attendait et les Simbas nous invitèrent à y monter pour nous conduire à Wamba. Quelle angoisse devait ressentir le Docteur en voyant qu'il restait seul à Pawa.

Les Simbas nous dirent qu'il devait y rester, comme seul médecin pouvant s'occuper des malades.

Si le Docteur avait pu nous accompagner ce jour il aurait eu la même chance qu'un employé de la Socobom.

Quelle angoisse avons-nous éprouvé durant le trajet vers Wamba.

A peine y étions nous arrivés que les rebelles nous firent descendre en nous insultant. Ils étaient déchaînés, diaboliques, car ils venaient d'apprendre l'arrivée des paracommandos à Paulis.

Aussitôt qu'ils virent un Européen ils dirent: Belge? Sans donner le temps de répondre le commandant ordonna: tirez... Une mitraille achevait l'homme.

Nous avons su, par les infirmiers, que les enfants des lépreux avaient conduit le Docteur en brousse, lui apportant de la nourriture. Cela dura près de 2 jours. Ensuite, les Simbas se rendant compte qu'ils étaient perdus, enquêtèrent pour trouver le Docteur. On a dit que l'un de ses subordonnés congolais le dénonça.

Il fut arrêté, conduit à Ibambi et là après qu'on lui eut fait faire quelques pas en compagnie de commerçants grecs, il fut le seul à tomber criblé de balles.

Les commerçants grecs l'inhumèrent près de la mission.

Et voilà la récompense d'une vie d'abnégation et de sacrifice pour les lépreux.

R. S. Filomena COMILLAS
des Missionnaires Dominicaines du Très St-Rosaire
Madrid.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	3
SAMENVATTING	4
AVANT-PROPOS	5
I. LES DEBUTS	
Premiers développements du service médical du gouverne- ment et des missions religieuses	
Anciennes réalisations de la C.R. (XIXe S.)	
Prise de conscience de l'abandon du milieu coutumier: E. Dardenne - P. Orts - Le Roi Albert - La C.R.B. crée la C.R.C. (1924)	
Choix du Nepoko - Organisation de la C.R.C. en Belgique - le financement	6
L'implantation au Nepoko - Premières constructions - La zone d'action - Les habitants	12
II. LES REALISATIONS	
A. LE SERVICE MÉDICO-CHIRURGICAL AU NEPOKO	
Constructions - hôpitaux - écoles d'aides-infirmiers - les dispensaires - La mère et l'enfant - Ecoles d'aides- accoucheuses. Brèves statistiques - Le malade congolais	21
B. LA LUTTE CONTRE LA LÈPRE AU NEPOKO (1927)	
Avant la C.R.C. - Les villages d'isolement C.R.C. - Trai- tement au Chaulmoogra - La vie au village - Le ravitail- lement - Introduction des sulfones, influence sur la thé- rapeutique et la prophylaxie. Appréciation globale - Brèves statistiques	30
C. DIVERS	
Recensements: lèpre, autres maladies	41
Brèves remarques sur la démographie	43
La recherche scientifique	44
Le personnel C.R.C.	46
Les années de guerre	47
Une appréciation générale de l'action médicale	48
D. LES COMITÉS LOCAUX ET LEUR ACTION MÉDICO-SOCIALE	
Comité de Léopoldville.	
Activités médicales: Lutte antivénéérienne - Pédiatrie - Transfusion de sang	49
Comité d'Elisabethville: Le centre de prothèse	56
Activités sociales (Léopoldville) Foyer social - Cours de secouristes - Association congolaise des amis de la C.R. - C.R. de la Jeunesse et Centre de vacances - Secours d'urgence (transport)	56
III. EPILOGUE	58
ANNEXE	62

