

Zeitschrift:	Acta Tropica
Herausgeber:	Schweizerisches Tropeninstitut (Basel)
Band:	17 (1960)
Heft:	2
Artikel:	Contribution à l'étude des problèmes de la protection maternelle et infantile en milieu rural congolais
Autor:	Lambert, Claude
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-310876

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 29.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Contribution à l'étude des problèmes de la protection maternelle et infantile en milieu rural congolais.

Par CLAUDE LAMBERT.

Table des matières

I. CHOIX ET FORMATION DU PERSONNEL INDIGÈNE	139
A. Choix du personnel indigène	139
1. Maîtrise de soi	140
2. Discipline personnelle librement consentie	141
3. Esprit d'initiative	142
4. Persévérance	143
5. Aptitude au commandement	143
B. Formation du personnel indigène	148
Formation technique des sages-femmes	149
Formation technique d'un infirmier indigène	153
II. CONTROLE PRÉNATAL — ÉVOLUTION PATHOLOGIQUE DE LA GROSSESSE — LUTTE CONTRE LA STÉRILITÉ	162
A. Contrôle prénatal	162
B. Evolution pathologique de la grossesse	164
C. Lutte contre la stérilité	165
III. FONCTIONNEMENT GÉNÉRAL DE LA MATERNITÉ — STATISTIQUES	166
A. Fonctionnement général de la maternité	166
B. Statistiques	168
IV. SERVICE SOCIAL — HYGIÈNE	170
A. Service social	170
B. Hygiène	174
V. CONCLUSION	176
VI. BIBLIOGRAPHIE	177
VII. SUMMARY — ZUSAMMENFASSUNG	178

Introduction.

En brousse, un médecin désireux de s'occuper de protection maternelle et infantile, commence par se mettre en quête de programmes d'action. Il étudie les méthodes d'application et se met à l'ouvrage. Très rapidement, il remarque que l'efficacité de son action dépend, pour une grande part, des qualités humaines des exécutants et du climat psychologique dans lequel ses gens travaillent.

Les réflexions du médecin l'amènent à comprendre que ce sont deux problèmes différents, bien que complémentaires, de concevoir une œuvre, derrière un bureau et entouré de sources d'information, ou de réaliser cette œuvre. Les deux concepts, théorie et pratique, ne reflètent pas toujours l'image d'un

mariage harmonieux. Le médecin cherche un terrain d'entente sur le seul plan d'une action efficiente. Il se rend compte de la nécessité de revaloriser le travail pratique, si primaire soit-il, aux yeux de l'intellectuel. Il pense que, souvent, ce dernier n'a pas eu assez de caractère pour s'astreindre à des expériences pratiques personnelles. Il voit que l'échec d'une œuvre bien pensée n'est due qu'à sa mauvaise exécution ; que les multiples petites tâches journalières sont aussi importantes que l'idée créatrice. Sa peine est vive de constater que les divergences du théoricien et du praticien nuisent aux tiers irresponsables qu'il veut secourir. Et cela, il le juge inadmissible.

Le médecin désire travailler dans une ambiance humanitaire favorable. Il a besoin de collaborateurs ayant le sens du respect de la personne. Leurs capacités techniques et intellectuelles ont relativement moins de valeur que leurs qualités morales et caractérielles. Les premières peuvent s'acquérir par le travail et la bonne volonté, les secondes sont innées.

Le travail de base de toute action sociale est donc le choix des collaborateurs ; de lui dépend le succès ou l'échec du programme prévu. Les résultats sont à la mesure des qualités des exécutants. La seule valeur durable de l'œuvre est son rayonnement ; il signe la personnalité de l'exécutant.

Je suis heureux que ce travail me permette d'exprimer ma gratitude et mon admiration à ceux qui participent à l'activité de notre centre médico-social. L'éthique dans laquelle ils travaillent profite au bien-être de la communauté indigène.

Je présente ici une expérience vécue, à l'échelon local, dans le domaine de la protection maternelle et infantile. La protection des familles de travailleurs industriels a servi de base et s'est étendue aux milieux ruraux environnants. Les 347 accouchements de femmes venues de l'extérieur, sur un total de 529 accouchements dans notre maternité, en 1957, montrent bien l'étendue de notre action extra muros.

I. Choix et formation du personnel indigène.

A. Choix du personnel indigène.

«Le vœu suprême de Socrate ou la connaissance de soi-même et des autres» du Dr MARCEL VIARD (Vigot Frères, Editeurs. Paris 1953), nous enseigne que la réussite, dans un domaine quelconque, est conditionnée surtout par le caractère :

- 1^o Maîtrise de soi.
- 2^o Discipline personnelle librement consentie.
- 3^o Esprit d'initiative.
- 4^o Persévérance.
- 5^o Aptitude au commandement.

Le médecin doit choisir son personnel, destiné à travailler dans le domaine de la protection de la femme et de l'enfant, avec la préoccupation essentielle de l'étude du caractère. Du choix de ses cadres dépend la réussite ou l'échec de son activité sociale. En milieu rural indigène, la maternité représente la première réalisati-

tion, puis devient le centre, autour duquel se greffent les autres activités sociales.

Si le médecin ne peut pas s'attacher de main d'œuvre européenne, il doit choisir un infirmier capable d'assurer l'infrastructure administrative de la maternité et possédant les capacités techniques d'une bonne sage-femme. Ce choix, un des points clef de la réussite, est le sujet de l'étude qui va suivre.

Le problème consiste à trouver un infirmier que nous jugeons apte, de notre point de vue d'Européen. Il faut, en outre, que l'élu soit accepté par ses frères Noirs. Chez les Bantous, seules les femmes sont habilitées à aider les parturientes. Le médecin doit donc choisir un indigène capable de vaincre le préjugé pudeur et de se faire admettre aux travaux délicats de l'accouchement.

J'essayerai maintenant de montrer comment on peut limiter les risques d'erreur, pour imposer l'infirmier choisi vis-à-vis de son personnel subalterne et vis-à-vis de ses frères de couleur.

L'observation quotidienne de notre personnel nous guida instinctivement vers un individu que nous aimions voir travailler ; il se distinguait des autres par sa maîtrise ; il donnait l'impression de vivre une discipline librement consentie. Nous avons alors testé les aptitudes caractérielles de notre candidat.

1^o Maîtrise de soi.

Notre individu ne manifeste pas ce fatalisme implacable qui donne du Noir une telle impression d'indifférence. Il ne perd non plus jamais la tête. A mi-chemin entre l'apathie et l'affollement, il arrive à raisonner honnêtement et à réagir sensément. Trois exemples permettent de conclure à une maîtrise suffisante pour le poste qu'on lui destine.

1^{er} exemple :

La propre femme de notre infirmier fait une chute de vélo, alors qu'elle est enceinte de six mois. Je suis appelé d'urgence à la maternité, pour hémorragie. Je trouve la femme sur la table d'accouchement, jambes et croupe surélevées, avec une perfusion intraveineuse de sérum physiologique en place. L'infirmier avait ajouté une ampoule de Coramine et une de Pituglandol à la perfusion. L'hémorragie est cataclysmique ; la dilatation à petite paume, la poche des eaux rompue. L'intervention consiste en une extraction de deux jumeaux et de leurs placentas, avec révision utérine soigneuse. Pitocine intraveineuse et Gynergène sous-cutané. La femme exsangue reçoit encore une transfusion sanguine dans l'autre bras.

Durant tout ce petit drame, notre infirmier a pu me seconder

comme s'il s'agissait d'un malade quelconque, sans aucun affollement. Lui seul avait pris les dispositions énumérées ci-dessus, avant mon arrivée. A part l'absence de glace sur le ventre, sa mise en scène thérapeutique peut être jugée excellente.

2^e exemple :

Lors d'opérations césariennes, nous avons l'habitude d'injecter directement dans la musculature utérine une ampoule de Pitocine et une ampoule de Gynergène, au moment où l'utérus est vidé de son contenu. A l'instant d'exécuter ce geste, nous remarquons que nous avons omis de préparer les seringues sur la table à instruments. Or, dans les conditions où nous travaillons, nous n'avons pas d'instrumentiste. Nous préparons tout ce dont nous avons besoin, assistés uniquement d'un infirmier indigène. La liaison table à instruments-opérateur se fait par self-service. J'explique alors à l'infirmier (il voyait pour la première fois cette intervention), ce qu'il doit faire, en insistant sur le fait qu'il aura à injecter lui-même les solutions prévues dans le muscle utérin, sans toucher au champ opératoire. L'exécution de cette manœuvre imprévue fut réalisée sans trace d'erreur ou de gaucherie.

3^e exemple :

Appelé d'urgence à l'hôpital pour une profonde plaie du pied, avec hémorragie artérielle, je vois que l'infirmier ne s'est pas contenté de garrotter le membre, à cause de la section de l'artère pédieuse, mais a déjà placé une pince hémostatique sur chaque branche de section de l'artère ; il est prêt à commencer l'hémostase par ligature.

Sans vouloir amplifier l'impression trop favorable que ces exemples risquent de donner, je pense qu'ils doivent être considérés comme des hauts faits. Leur valeur autorise cependant le jugement d'une maîtrise de soi suffisante dans le comportement de l'individu choisi.

2^o Discipline personnelle librement consentie.

Le sujet choisi doit présenter une haute moralité, en particulier en ce qui concerne son comportement vis-à-vis de la femme. Une enquête minutieuse et multilatérale révéla une unanimité favorable quant à la dignité et à la respectabilité de l'homme choisi. Même les frères de race d'autres tribus exprimèrent une opinion concordante. L'abstinence de boissons alcooliques et de tabac, ainsi que la pratique fervente d'un christianisme vécu, montrent clairement, et après deux ans de collaboration, que la discipline person-

nelle de notre infirmier n'est pas un feu de paille. Les renseignements sur son activité antérieure à son entrée dans notre service confirment pleinement notre impression.

3^e Esprit d'initiative.

Les exemples 1 et 3, sous N° 1, montrent clairement un esprit d'initiative plein de sagesse et de bon sens. Pour juger du comportement de l'indigène, je pense qu'il faut surtout se préoccuper de la qualité de son esprit d'initiative. Je compte dans mes souvenirs quelques cas lamentables, où, par analogie avec une chose vue antérieurement, un infirmier avait extrapolé la similitude, similitude qui n'était qu'apparente. Un exemple de rupture de grossesse extrautérine, prise pour une simple menace d'avortement, illustre le danger d'initiative néfaste :

Une femme entre à l'hôpital durant la nuit, se prétendant enceinte de trois mois. Elle perd un peu de sang et se plaint d'avoir mal au ventre. D'autorité, l'infirmier de garde fait une ampoule de Progestérone et applique un suppositoire de Largactil. Le matin, à la visite, il prétend que la femme perdait si peu de sang, qu'il n'avait pas jugé bon de m'avertir. La pâleur des muqueuses, le pouls petit et rapide, la douleur de l'étage inférieur de l'abdomen avec une matité mobile, le Douglas bombé qui donne du sang à la ponction, nous a heureusement permis de corriger le diagnostic et d'intervenir in extremis avec succès. Le stoïcisme souvent remarquable des patientes Noires peut abuser. La cécité brusque du sens de l'observation, la lassitude de la volonté intellectuelle, conduisent parfois les infirmiers indigènes à des initiatives qui sont des aberrations.

Devant les responsabilités que prend parfois un bon infirmier indigène, ne soyons pas trop sévères pour le juger sur un manque d'initiative. Notre impatience à être dérangé pour rien doit souvent se voiler d'indulgence. L'individu, chez qui l'initiative est teintée de sagesse et de bon sens, mérite d'être aidé et choyé comme un collaborateur que nous désirons nous attacher. L'instruire, le développer au maximum de nos possibilités, devient un impératif et un devoir. Nous aurons parfois l'impression de créer une élite digne de ce nom.

Si faire confiance comporte des risques, il faut savoir les endosser ; le pessimisme, en matière d'éducation sociale, mène à la stagnation et à l'absence d'esprit créateur. S'offrir le luxe de risquer sa confiance en l'homme choisi, c'est soumettre son choix au seul critère du résultat. L'esprit véritablement scientifique ne donne qu'aux seuls faits le droit de parler.

En résumé, je pense que l'esprit d'initiative doit être nuancé de prudence, surtout pour l'indigène travaillant dans une maternité.

4^o Persévérance.

L'obstétrique exige une patience à toute épreuve. Cette qualité est indispensable, pourvu qu'elle s'accompagne d'un jugement sain dans l'observation des faits et l'étude du diagnostic. Les examens en série des femmes enceintes et des nourrissons demandent une grande persévérance ; il faut faire un grand effort pour garder un intérêt éveillé et ne pas se laisser bercer par la routine.

Pour tester la persévérance de notre infirmier, lors d'examens en série, nous glissons en fin de consultation des cas connus ; nous voyons ensuite comment ils sont filtrés. Nous mettons par exemple, en fin de consultation, un enfant amaigri et d'apparence bien portant (perte de 150 g.), et un autre présentant une conjonctivite. Nous contrôlons s'ils sont envoyés à la consultation du dispensaire. Le résultat de ce cas particulier réel fut que le bébé de la chute pondérale s'est présenté. Le diagnostic indiquait une insuffisance de la fonction lactifère de la femme. Le second ne s'est pas présenté, mais une enquête révéla que la mère était seule responsable de cette négligence. L'infirmier, dans ces cas, fit preuve d'une compréhension encourageante en indiquant comme étiologie à la chute pondérale : Diminution du lait maternel, suite à un état fébrile. Une phlébite venait signer le diagnostic.

Le test peut être répété pour les femmes enceintes : introduire une femme présentant un œdème des membres inférieurs, une autre ayant des antécédents d'avortements à répétition. On juge ainsi la constance de l'intérêt dans une succession de contrôles, où les dons d'observation ont vite tendance à s'endormir.

5^o Aptitude au commandement.

Cette qualité procède d'une ascendance innée. Un caractère mieux trempé, des connaissances mieux fondées que celles acquises par ceux qu'il faut diriger, permettent d'asseoir une autorité. L'aptitude au rôle de chef dirige l'individu vers le goût de l'effort, la volonté de réaliser quelque chose, la persévérance dans l'action créatrice. Les erreurs commises (ces magnifiques sources d'enseignement pour celui qui sait les reconnaître et les surmonter) ont un rôle prépondérant dans la formation du chef. L'aptitude au commandement n'a rien de commun avec la qualité du garde chieurme qui lui, usurpe une puissance qu'il n'a pas. La manière de faire d'un chef suffit à l'imposer.

Dans le cas précis de l'infirmier, que nous avions élu pour diriger la maternité, nous avons demandé l'avis de la gent indigène intéressée à ce choix. L'unanimité se porta sur le nom de celui qu'on espérait. Ce plébiscite quelque peu démocratique signifie un engagement des intéressés à respecter l'autorité de quelqu'un qu'ils admettent.

Je vois là une reconnaissance implicite du droit au rôle de chef.

Comme complément à ces digressions sur le choix d'un individu, je me permets une parenthèse. Je veux parler d'une méthode d'appréciation du caractère s'appliquant à n'importe quelle race humaine. Dans le cadre de ce travail, je n'en donnerai qu'un aperçu, espérant susciter par là l'intérêt pour ce sujet. Il s'agit de l'établissement des formules psychologiques fondamentales et d'évolution, décrites dans l'étude de « La psychologie clinique objective » du Dr MARCEL VIARD.

De quoi s'agit-il ? Il s'agit d'établir une formule psychologique dont la description est remplacée par une équation.

But : Préciser dans quelles proportions un individu quelconque possède les quatre principales tendances, résumées sous forme de symboles :

R. = <i>Réalisateur</i>	= Biotype chordoblastique de Martigny biliaux de Galien
P. = <i>Penseur</i>	= Biotype ectodermique de Martigny nerveux de Galien ectomorphisme de Sheldon
M. = <i>Mobile</i>	= Biotype mésodermique de Martigny sanguin de Galien mésomorphisme de Sheldon
S. = <i>Sédentaire</i>	= Biotype endodermique de Martigny lymphatique de Galien endomorphisme de Sheldon.

24 signes spécifiques, pour chacune de ces tendances, multipliés par 4, donnent 96 repères, qui représentent un nombre astronomique de combinaisons possibles.

La formule symbolique, dont les lettres représentent les initiales des quatre types, s'inscrira sous forme hiérarchisée d'après le nombre des éléments spécifiques trouvés dans chacun de ces types, éléments figurés par des indices.

Par exemple, la formule M9 P7 R5 S3 signifie que le sujet présente 9 signes constants ou variables de la tendance à la mobilité, 7 signes de la tendance à penser, 5 signes de la tendance à réaliser et 3 signes de la tendance à la sédentarité.

Cette formule est elle-même la résultante de deux autres formules :

- une formule fondamentale de constitution établie grâce aux signes morphologiques ;
- une formule d'évolution établie sur les signes physiologiques, représentant le tempérament.

L'addition des deux formules donnera la formule psychologique. Un embryon de diagnostic psychologique peut déjà être formulé, si nous prenons les tendances exprimées par l'ensemble de deux symboles :

1. Tendances cérébrales	= P + R
2. Tendances corporelles	= M + S
3. Tendances à l'activité	= R + M
4. Tendances à l'objectivité	= R + S
5. Tendances à la passivité	= P + S
6. Tendances à la subjectivité	= P + M

Le plan physique est représenté par M + S

Le plan émotif est représenté par M + P

Le plan mental est représenté par R + P

Le tableau ci-dessous donne les caractéristiques à rechercher et permet de trouver le symbole correspondant. Il s'agit, bien entendu, d'être extrêmement précis dans l'observation des signes et il est souvent difficile de classer un signe dans l'une ou l'autre catégorie, car son type appartient à plusieurs tendances. S'il est impossible d'affirmer qu'une partie du corps examiné appartient à un type plutôt qu'à un autre, on pourra coter $\frac{1}{2}$ pour chacun d'eux.

Pour la description de chacun des types R-P-M-S, je renvoie le lecteur à la description du Dr. M. VIARD, à qui est empruntée cette parenthèse. L'étude de base peut être nuancée par l'étude des signes complémentaires ; nous n'oublierons pas de citer une remarque d'ALEXIS CARREL : « C'est la sélection des détails, non pas leur nombre, qui donne à un portrait sa ressemblance. »

Les tests psychotechniques, employés lors d'exams d'orientation professionnelle, ont leur intérêt pour déterminer un certain nombre de capacités ou d'incapacités. Ils ne nous renseignent guère sur le caractère de l'individu examiné, sur ses tendances intrinsèques, sur sa santé morale, intellectuelle ou physique, sur son sens de la conscience professionnelle. Or je pense que le degré d'utilisation d'un individu est déterminé par la valeur de sa conscience professionnelle. Tout s'apprend, tout se réalise avec un homme possédant ce bien précieux : la volonté de bien faire tout ce qu'il fait. Pour cela, une certaine dose de qualités « R » est nécessaire.

Je citerai, en conclusion, le portrait du Réalisateur, que nous donne le Dr. M. VIARD, avec ses signes classés méthodiquement.

« *Plan physique.* Il a une grande activité physique, non dispersée, mais au contraire orientée vers des réalisations bien précises. Il est résistant à la fatigue. Il a besoin de nourriture forte, d'où surmenage du foie, mais il est plus gourmet que gourmand. Son teint est foncé, mat. Sa peau est chaude et sèche. Sa tête rectangulaire ou carrée. C'est le rétracté du front de Cormon. Son regard est fixe, dominateur, ce qui lui est nécessaire pour le commandement. Ses yeux sont bruns foncés, presque noirs, ses sourcils rectilignes, son nez busqué, en bec d'aigle, ses lèvres serrées, son menton en galochette, osseux.

Ses mains sont rectangulaires, dures, creuses, sèches et chaudes avec des lignes peu nombreuses et profondes. Ses gestes et sa marche amples indiquent qu'il lui faut de l'espace pour ses réalisations. Son écriture droite et appuyée reflète son énergie. Sa respiration est profonde et régulière. Son sens le meilleur est le toucher qui est le prolongement des bras lancés en avant comme des tentacules. Sa constitution traduit l'équilibre embryologique. C'est un surréalien. C'est le longiligne sthénique de Pende.

Plan mental. Il conçoit avec audace, largement et synthétise en vue de l'action. Son esprit d'initiative, d'entreprise et de décision le désigne comme chef.

Son esprit est clair, actif, masculin, viril, affirmatif, fécondant, irradiant, critique, systématique.

Il est objectif.

Forme - Constitution Signes constants	R	P	M	S	Exemple R ₄ P ₃ M ₃ S ₂
Aspect général	Muscles gros, durs aspect anguleux	Muscles grêles Aspect anguleux	Chairs fermes Formes rondes	Chairs molles Formes rondes	R
Mensurations	Envergure > 4 cm taille	Tête + cou > 10 cm. Sternum	Abdomen n'ayant pas 10 cm. > sternum	Abdomen au moins 10 cm. > sternum	P
Cou	Long — musclé	Long, grêle à peau flétrie	Court, rose ou rouge	Court, gros, blanc, empâté	P
Forme de la tête	Rectangulaire ou carrée	Triangulaire	Polygonale, ovale ou ronde	Conoïde, piriforme	S
Sourcils	Rectilignes	Ascendants en dehors	Arqués en broussaille	Arqués, clairsemés	M
Couleurs des yeux	Brun foncé	Verts, gris ou pers	Marrons	Bleus	M
Nez	Convexe, grand et gros au bout	Convexe, mince et pointu	Concave, petit et pointu	Concave, gros, à bout rond	S
Lèvres	Droites, serrées	Serrées, à commis- sures tombantes	Fermes, rouges	Grosses, pâles	M
Menton	Osseux, en galoché	Fuyant, petit	Charnu	Epais, mou	P
Mains (aspect général)	Rectangulaires, creuses	Triangulaires et cahotiques	Paumes larges, émi- nence thénar, charnue	Molles, Grosse émi- nence hypothénar	R
Lignes de la main	Sombres, peu nom- breuses. Ligne de tête séparée de ligne de vie	NOMBREUSES, petites, pâles	Rouges, peu nom- breuses	Pâles, peu nom- breuses	R
Doigts	Longs, gros, carrés ou spatulés (pouce)	Longs, minces, nouveux	Courts, effilés en regardant la paume	Courts, gros, beu- dimés	R

Fonctions. Tempérament. Signes variables	R	P	M	S	Exemple R ₃ P ₃ M ₃ S ₁
Parole	Lente, martelée	Rapide, hésitante, saccadée	Rapide, vive, régulière	Lente, traînante	P
Gestes	Amples, peu nombreux	Petits, hésitants, rapides, étriqués	NOMBREUX, rapides	Lents, peu nombreux	P
Marche	A pas amples et assez lente	Petits pas hésitants	Rapide, régulière	Lente, nonchalante	R
Ecriture	Droite, appuyé	Angulaire, hâchée, irrégulière	Rapide, penchée à droite	Droite, ronde, grosses lettres	S
Mouvements inconscients	Très peu	NOMBREUX surtout au repos	NOMBREUX dans l'action	Peu, par inertie	R
Mouvements respiratoires	Profonds, réguliers	Superficiels, saccadés, irréguliers	Rapides, réguliers	Calmes, réguliers, superficiels	M
Regard. Expression	Dominateur, perçant	Brillant, fixe	Chaud, doux	Indifférent, atone	R
Sens le meilleur	Toucher	Vue et ouïe	Odorat	Goût	P
Mains (consistance, humidité)	Dures, sèches, chaudes	Sèches, froides	Chaudes, humides	Froides, humides	P
Teint	Sombre, basané	Grisâtre	Rosé ou rouge	Pâle, blanc	M
Besoins	Activités physique et mentale ordonnées	Activité mentale désordonnée, détentive nerveuse	Activité physique de se déplacer	Calmé, tranquillité	M
Maladies	Foie	Système nerveux	Circulation sanguine	Appareils digestif et glandulaire	P

Plan émotif. Sa volonté est souvent opiniâtre, inflexible. Ses emportements sont rares mais terribles. Heureusement, il peut se dominer, se maîtriser, en même temps qu'il peut dominer les autres. Son orgueil, sa susceptibilité, son ambition, son despotisme en font un sujet peu sociable. Il peut être sublime ou dangereux. Sa vie entière est en état de passion. Il réagit à toutes les influences qui le touchent. Il est en perpétuel conflit avec le milieu, mais cette lutte trempe le caractère et affirme sa personnalité.

Il sait freiner et faire attendre ses instincts.

Il est recherché pour sa force de caractère, son autorité et son commandement.

Il veut toujours dominer. Mais il s'adapte au milieu en choisissant ce qui lui convient et en rejetant le reste.»

Cette petite chronique du choix me paraît entrer dans le cadre d'une hygiène psychologique, d'une médecine préventive tendant à limiter les erreurs de personnes, si néfastes à l'activité saine d'une œuvre quelconque.

B. Formation du personnel indigène.

Le médecin doit vouer une attention particulière à l'enseignement technique et à la création d'un climat psychologique favorable. Il doit faire l'effort d'imagination de se mettre à la place d'un indigène encore fortement dominé par ses anxiétés, sa soumission aux lois coutumières. L'indigène, pour être à la hauteur de la confiance mise en lui et face à ces responsabilités, ressent un énorme besoin d'être soutenu, appuyé par une autorité qu'il respecte, qu'il sent puissante et bienveillante, juste et sévère.

Actuellement et en brousse, il me semble absolument faux de croire possible une activité indigène laissée à elle-même, indépendante et s'étendant sur un espace de temps d'assez longue durée. Dans le train-train journalier, souvent un infirmier indigène nous demande ce qu'il faut faire, quand il sait non seulement ce qu'il doit faire, mais aussi comment il doit l'exécuter. Il cherche votre appui qui ne consiste parfois qu'à lui retourner la question et à ajouter : « Qu'attendez-vous pour le faire ? » Ce phénomène de stérilité de l'initiative est aussi perceptible dans une certaine main-d'œuvre européenne, réticente à la mise en valeur de sa pleine capacité. Ce côté timoré du caractère nous réserve des compensations, quand l'indigène est placé dans une ambiance où il se sent à l'aise, soutenu et digne d'intérêt. La première étape pour former le personnel indigène consiste à créer une atmosphère, espèce de bain catalyseur, permettant le développement sain et orienté de facultés potentielles souvent lentes à se libérer.

Le choix des individus, la création d'un climat favorable, l'élimination des indésirables représentent déjà, avec ce que l'on insufflera d'énergie et de persévérance, le gros œuvre de notre action.

Le fil d'Ariane, devant servir de guide pour la formation du

personnel indigène, est celui de l'exemple : être tenace dans le travail quotidien qui doit toujours être bien fait ; montrer un dévouement inlassable, une conduite morale sans compromission, un intérêt soutenu dans ce que l'on fait, une volonté tendue vers le but proposé dans un esprit de lutte sportive ou même de pari.

Certains psychologues enseignent une espèce de code de l'attitude du chef vis-à-vis de ses collaborateurs, basé sur le principe de l'amélioration progressive de l'individu par la bonté et la compréhension. Je doute de l'efficacité de pareilles recettes pour la formation des indigènes. L'autorité doit être saine, juste, mais aussi forte et sévère. L'homme n'est ni bon ni travailleur de nature ; il a besoin d'une excitation, d'une émulation ; la peur du gendarme le protège aussi de certaines bêtises.

Donner le maximum de connaissances techniques à nos travailleurs et créer un climat où ces connaissances puissent être mises en valeur, tel est le but de la formation du personnel. Il me paraît juste d'aborder le problème des relations humaines entre Noirs et Blancs, comme si l'avenir était représenté par l'intégration sociale. Nous ne sommes qu'au début de cette perspective, mais déjà certains indigènes nous rejoignent au point de permettre des contacts cordiaux et pleins d'agréments. En créant les occasions de se voir, de se connaître, on arrive déjà à quelques résultats ; ils rendent possible le travail dans un esprit recherchant l'intérêt bien compris du Noir et du Blanc.

Formation technique des sages-femmes.

La pénurie de sages-femmes indigènes formées, l'absence d'infirmière européenne et d'infirmier connaissant le service de maternité obligent le médecin de brousse à éduquer son personnel.

Il peut choisir une future sage-femme parmi les matrones exerçant déjà l'art d'accoucher en milieu coutumier. A ce titre elle est acceptée par le clan. Il lui inculque alors les règles d'hygiène et lui apprend les symptômes d'un accouchement dystocique qui nécessite le recours à une personne compétente. Il peut aussi former complètement une jeune indigène ; elle aura le goût pour ce genre d'activité et une éducation scolaire qui lui permettra d'aller de l'avant dans sa formation technique particulière. Devant la pénurie de jeunes éléments féminins capables, nous avons opté pour la première formule, qui présente l'avantage de fournir sans délai des gens prêts à accomplir leur tâche.

La pratique de l'obstétrique en milieu coutumier n'a pas grand'chose de commun avec celle que nous connaissons, particulièrement lors d'accouchements dystociques. Je citerai, comme

exemples, un pseudokristeller consistant, pour l'accoucheuse, à s'asseoir brutalement sur le ventre de l'accouchée et ceci de façon répétée, presque rythmée ; une autre manœuvre, espèce d'étouffement provoqué et prolongé, consiste à boucher nez et bouche de la parturiente pour l'obliger à pousser. Aussi, dans la formation des accoucheuses, il s'agit de leur inculquer, avec les règles d'hygiène élémentaire, l'abstention de manœuvres inconsidérées. Ceci devient le sujet de perpétuelles redites, exigeant parfois une sévérité intransigeante. Le rappel historique du doute qui accueillit la découverte de l'antisepsie par Lister, enseigne bien les difficultés qu'il y a de faire accepter les règles simples d'hygiène courante.

Pour les sages-femmes indigènes, la formation technique enseignée s'est limitée à :

- a) Examen des parturientes.
- b) Situation, rythme des bruits du cœur fœtal.
- c) Accouchement proprement dit.
- d) Réanimation des nouveaux-nés.
- e) Expulsion du placenta.
- f) Soins aux bébés, aux mères — Hygiène du cordon ombilical.
- g) Education des mères.

a) *Examen des parturientes.*

Enseigner un examen doux, minutieux et propre. Nous utilisons de façon systématique la solution acqueuse concentrée de Désogène, diluée dans de l'eau distillée ou cuite, pour la toilette des organes génitaux externes. L'examen se fait au doigtier stérile, avec lavage préalable des mains et désinfection au Désogène.

Qu'espérer de cet examen ? Pour les sages-femmes, j'ai très vite limité mes exigences aux faits suivants :

Poche rompue ou non ?

Degré de dilatation ?

Tête haute ou basse ?

Est-ce une tête, un siège, une transverse, un placenta ?

Y a-t-il procidence d'un membre ou du cordon ?

Impression générale ?

On peut faire quelque crédit à l'impression générale ; elle se résume d'ailleurs en « ça va » ou « ça ne va pas » ! Si « ça ne va pas » (« ico matata »), il est nécessaire d'aller voir. L'expérience m'a enseigné que, dans ce cas, il y eut toujours accouchement dystocique, même si la sage-femme n'avait aucunement réalisé ce qui se passait.

Un exemple bien démonstratif illustrera la mauvaise impression générale fournie par une parturiente, en état de maux violents pour que la sage-femme trouvait que « ça n'allait pas ».

A ma question : « Qu'est-ce qui ne va pas ? », l'accoucheuse répondit : « Il n'y a pas de trou au lit de l'enfant » (traduction littérale du Kiswahili). Il s'agissait d'une grossesse extrautérine à terme, dont la mère vit toujours (après 2 ans et demie), et dont l'enfant de 2 kg. 850 a vécu 24 h. L'utérus était complètement refoulé dans le ventre et coiffait la tête de l'enfant. Seul le Douglas, bombé par le siège du fœtus, était perceptible au toucher. L'intervention par voie abdominale ne présenta aucune difficulté autre que la tentative d'extraction de la totalité du placenta. Devant l'impossibilité de la manœuvre, nous avons terminé l'opération par une mise en place d'un Mikulicz, imbibé de Topostasine et d'antibiotiques.

b) *Situation et rythme des bruits du cœur fœtal :*

n'offrent aucun commentaire digne d'être signalé.

c) *Accouchement proprement dit.*

Pour la technique de l'accouchement, il me paraît utile d'insister sur trois points essentiels :

Propreté.

Non-intervention pseudoactive des mains de l'accoucheuse.

En cas de siège simple, appliquer la manœuvre de Bracht.

Les sages-femmes indigènes ont parfois un prurit manuel qui les pousse à aller voir beaucoup trop souvent ce qui se passe. Elles ont une tendance effrénée à faire de la dilatation manuelle. Au fur et à mesure que leurs interventions se multiplient, elles se relâchent dans les mesures d'hygiène imposées. A leur décharge l'absence de fièvre puerpérale ne permet pas d'illustrer par l'exemple les erreurs d'hygiène commises. Ce fait semble montrer que le péritoine des Bantous est moins susceptible que celui des Européennes. Lors d'un accouchement par le siège, une sage-femme indigène résiste difficilement à la tentation de tirer sur l'enfant. Aussi s'agit-il d'insister sur le fait qu'un siège, dès le diagnostic posé, exige la présence d'une personne compétente.

Pour les diagnostics et les manœuvres obstétricales, nous possédons un mannequin d'entraînement, dont nous reparlerons plus loin.

d) *Réanimation des nouveau-nés.*

L'oxygénation prend toujours davantage le pas sur les moyens plus ou moins brutaux pratiqués encore actuellement. Un réanimateur permet la respiration, conditio sine qua non d'une oxygé-

nation possible. L'aspiration des mucosités reste la première chose à faire, que ce soit au moyen d'un aspirateur moderne ou de la simple poire en caoutchouc. Avant le réanimateur, nous avons enseigné les méthodes d'aspiration, le chaud-froid, la friction cutanée énergique à l'alcool camphré, la respiration artificielle, les analeptiques. Un nouveau-né, pour lequel la réanimation est laborieuse, reste cependant un enfant fragile et meurt souvent dans les 48 heures. Ceci est peut-être imputable à un manque de personnel qualifié préposé à la surveillance d'un tel enfant, ce qui est d'ailleurs toujours le cas en milieu rural.

Nous nous rapprochons toujours davantage de la notion exprimée par le Professeur LUCIEN GAROT, de Liège (Annales Nestlé, fascicule 7, 1951) :

«Le bébé anoxique est un traumatisé, un choqué, qu'on doit recueillir dans un linge chaud, maintenir à haute température, dans l'immobilité, en position déclive de la tête ; il réclame une toilette des voies respiratoires supérieures, de l'oxygène et peut-être l'un ou l'autre analeptique. »

J'insiste sur la nécessité d'un réanimateur, type poumon d'acier, permettant l'oxygénation en cas d'apnée. Une parenthèse se justifie ici. Le médecin doit parfois lutter contre certains rites coutumiers, où la bonne volonté des mères indigènes n'empêche pas certaines pratiques rituelles, parfois mortelles. L'étiologie d'un cas mortel me fut révélée de façon inopinée.

Je suis appelé une nuit à la maternité, en pleine saison sèche, par une température de 5 à 10 degrés. Je surprends une mère dehors, avec son enfant nu, le baignant dans de l'eau froide. Cet enfant eutrophique, né normalement deux jours avant cet épisode, est mort dans les 24 heures, malgré des soins attentifs et une surveillance de tous les instants.

Cet exemple montre bien qu'il faut être attentif à certaines pratiques ancestrales néfastes :

Bains froids des nouveaux-nés.

Action de traction sur le cordon pour faire sortir l'ombilic en une hernie d'autant plus esthétique qu'elle est proéminente.

Pose de boue sur la grande fontanelle, pour prévenir la fébrilité de l'enfant.

e) *Expulsion du placenta.*

Si le placenta ne vient pas, j'autorise la manœuvre du piston et de l'expression du placenta. La Pitocine intra-veineuse rend aussi souvent service.

La règle établie chez nous est la suivante :

Si le placenta n'est pas là après $\frac{1}{2}$ heure ou s'il y a hémorragie, appeler une personne compétente.

f) *Soins aux bébés, soins aux mères, hygiène du cordon ombilical.*

Ce chapitre n'offre aucune particularité. Du domaine de l'hygiène courante, sa seule difficulté consiste à faire appliquer les règles d'hygiène imposées.

g) *Education des mères.*

Pendant tout le séjour à la maternité, nous profitons d'enseigner aux mères les soins d'hygiène courante et la façon d'habiller leurs bébés.

Ce simple enseignement implique un sous-entendu, quand il s'agit de sages-femmes Noirs. Jalouses de leur savoir, elles refusent avec acharnement, souvent avec ruse, de montrer à d'autres ce qu'elles savent faire. L'ambiance de la maison doit alors s'imposer ; il faut faire preuve d'une autorité intransigeante pour obliger le personnel à servir d'éducateur, chaque fois que l'occasion se présente. A mon sens, il est plus intéressant d'avoir des gens de bonne volonté que des savants jaloux de leur savoir. Dans le choix des individus ou dans leur élimination, ce point est de la plus haute importance. Quitte à rabâcher toujours la même antienne, je prétends que l'intelligence qui donne a autrement plus de poids que l'intelligence qui accapare et qui utilise son bien en fonction des profits qu'elle récoltera. Il n'est évidemment pas toujours facile de jouer les Pestalozzi !

Techniquement parlant, sauf exception, c'est tout ce qu'on peut exiger d'une sage-femme indigène, non éduquée, ne sachant presque pas compter, ni lire ni écrire. Elle est en outre responsable de l'état de propreté des locaux utilisés.

Formation technique d'un infirmier indigène.

Il est évident que la formation technique d'un infirmier, sachant lire, écrire, compter peut être beaucoup plus poussée que celle de sages-femmes analphabètes. Fruit d'une expérience vécue, ce travail prétend n'apporter que des faits pratiquement réalisables. A ce point de vue, pour autant que je puisse m'en rendre compte, loin des bibliothèques européennes, je ne trouve, dans la littérature, que bien peu de témoignages pratiques, vécus. Les écrits abondent, par contre, en reportages, en programmes, en études sur les possibilités théoriques d'action et surtout en enquêtes sur

les problèmes à résoudre. Le fait qu'on y parle en général de plans à l'échelle nationale, gène celui qui œuvre sur une ère localement limitée. Isolé en brousse, il doit faire face à toutes sortes de problèmes souvent urgents, où il risque de perdre le sens d'une médecine sociale. C'est pourtant une nécessité de faire l'effort de tendre à pratiquer une médecine préventive, sans se contenter d'une médecine purement curative.

Cette parenthèse nous ramène à la formation technique d'un infirmier dont dépendra l'esprit et la bonne marche d'une maternité. La pédagogie des Bantous ne possède pas encore, à ma connaissance, sa philosophie ; aussi s'agit-il de ne s'aventurer dans ce domaine qu'avec l'appui des qualités propres à l'indigène :

Sens de l'observation.

Mémoire des choses vues et faites pratiquement.

Désir de connaître, par ailleurs vite émoussé devant l'obstacle.

Patience.

Une qualité négative mérite d'être signalée : Absence de compréhension pour l'abstraction.

L'infirmier d'une maternité a préalablement accompli un stage pratique en médecine générale ; il sait faire le travail d'un clerc. Il est choisi parmi les éléments présentant les qualités morales et intellectuelles analysées au chapitre du choix. Il connaît la technique des injections sous-cutanées, intramusculaires, intraveineuses. Il reconnaît les maladies courantes, pose les indications et administre les médicaments aux doses normales.

Son éducation débute par la connaissance de toutes les matières exigées des sages-femmes. Ensuite, nous lui enseignons les questions ci-dessous. Nous en fixons les règles simplifiées avec l'indication de ce qu'il faut faire dans tel ou tel cas.

- a) Diagnostics obstétricaux.
- b) Pelvimétrie.
- c) Auscultation des bruits du cœur fœtal.
- d) Conduite d'un infirmier lors des accouchements.

a) *Diagnostics obstétricaux.*

Les amnestiques obstétricaux sont exprimés au cours des consultations prénatales. Ils revêtent une grande importance pour la recherche de la syphilis latente. (Voir plus loin : « Lutte contre la stérilité » et « Evolution pathologique de la grossesse ».)

L'âge de la grossesse est grossièrement fixé par l'étude physique de la gestante ; nous ne tenons que peu compte de la date des dernières règles ou de ce que prétend la femme examinée. En

effet, celle-ci ne sait généralement pas répondre aux questions ou le fait avec tant de fantaisie, que le résultat ressemble davantage à un reportage humoristique qu'à des renseignements utilisables.

Pour le diagnostic de la position de l'enfant par le toucher, nous utilisons le mannequin, créé par le Professeur de Seigneux de Genève et réalisé par Monsieur Canossa, du laboratoire technique de l'Institut Ophtalmologique et de la Maternité de Genève. Il s'agit d'un mannequin en matière plastique, donnant l'illusion des voies naturelles maternelles. Il est possible de provoquer un rétrécissement du bassin par un levier faisant proéminer à volonté le promontoir. Le mannequin fœtal imite parfaitement un enfant à terme, avec les sutures, les fontanelles, le gril costal et tous les repères fœtaux. Le tout est monté sur chassis et les parties plastiques peuvent être changées lors d'usure. Cet appareillage permet des diagnostics comme sur le vivant et toutes les manœuvres obstétricales par les voies naturelles : extraction de siège, version podalique, forceps. Un entraînement journalier sur le mannequin, pendant plus de 6 mois, nous a permis de former un infirmier capable de faire des diagnostics exacts, de reconnaître en particulier toutes les positions exigeant l'appel du médecin.

Nous avons alors établi le schéma ci-dessous :

Accouchements impossibles (avertir immédiatement le médecin) :

Transverses.

Mento sacrées.

Bassin avec Baudelocque au-dessous de 16 cm. (Voir mensurations du bassin au chapitre suivant.)

Urgences (avertir immédiatement le médecin) :

Placenta praevia.

Procidence du cordon, des mains.

Bruits du cœur fœtal au-dessous de 100 (contrôle effectué après une douleur).

Rétention placentaire de plus de $\frac{1}{2}$ h.

Hémorragie.

Déchirure du 3^e degré.

Accouchements à surveiller (avertir le médecin) :

Présentations anormales.

Tête haute après 4 h. d'épreuve du travail.

Présentation de la face ou OIDP $\frac{1}{2}$ h. après le début des douleurs expulsives.

Période expulsive de plus de 1 h.

Bassin limité entre 16 et 18 cm. pour le Baudelocque.

Présence de méconium.

Avertir le médecin pour tout ce qui paraît anormal, aussi bien pour l'enfant que pour la mère.

Le mannequin déchiré permet également l'entraînement aux sutures du périné. Les déchirures ne sont pas fréquentes chez les indigènes ; pour ma part, sur environ 1.500 accouchements, je n'ai jamais vu de déchirures du 3^e degré.

L'enseignement par mannequin nous semble une nécessité pour la formation du personnel indigène. Nous mettons à profit son sens de l'observation, sa mémoire pour les choses vues et exécutées pratiquement. Ceux à qui incombe la responsabilité d'éduquer des indigènes en milieu rural, doivent savoir que l'enseignement par l'abstraction est une utopie et un leurre. Un Noir, même exceptionnel, ne comprend pas l'explication abstraite d'une position occipito-iliaque droite antérieure, par exemple ; celui qui s'acharne à enseigner de cette manière peut être taxé de rêveur impénitent.

b) *Pelvimétrie.*

Nous nous contentons de mesurer les diamètres biépineux, bicerêtes, bitrochantériens et le Baudelocque. Ce dernier retiendra notre attention.

Nous nous sommes permis de ramener de 18 à 16 cm. la limite du Baudelocque compatible avec un accouchement normal. La moyenne du poids des nouveaux-nés d'environ 2 kg. 750, la souplesse des tissus chez les femmes indigènes sont peut-être les raisons qui permettent d'assister au déroulement normal de l'accouchement chez les femmes dont le Baudelocque se situe entre 16 et 17 cm., en particulier chez les très jeunes primipares. Par contre, dans deux cas à Baudelocque entre 15 et 16 cm., arrivés dans des conditions où la césarienne était contre-indiquée, nous nous sommes heurtés à de telles difficultés d'extraction, que nous considérons un Baudelocque de moins de 16 cm. comme une indication préemptoire à l'opération césarienne ; dès les premiers maux, sans épreuve du travail, nous intervenons.

Je rappelle que ce travail prétend à une simplification utilitaire. Il montre certaines limites à s'imposer en milieu rural. En pelvimétrie, les mensurations internes, la radio-pelvimétrie restent des manœuvres exceptionnelles, apanage du médecin.

c) *Auscultation des bruits du cœur fœtal.*

La position des bruits du cœur fœtal permet de suspecter certains diagnostics de position ; le rythme surtout retiendra notre attention, sous forme du schéma ci-dessous :

Axiome : Mesurer le rythme des bruits du cœur fœtal après la fin d'une douleur.

Accélération du rythme à plus de 160 pulsations à la minute ; signe d'alerte, surtout s'il y a perte de méconium — avertir le médecin.

Ralentissement du rythme à moins de 100 pulsations à la minute : souffrance fœtale exigeant l'urgence.

Rythme irrégulier : avertir le médecin.

d) *Conduite d'un infirmier lors d'accouchements.*

En brousse, le médecin doit disposer d'un infirmier apte à recourir à certains gestes urgents. Le médecin est parfois indisponible et l'infirmier ne peut recourir alors à aucune aide extérieure. Nous devons poursuivre notre éducation, dans un effort inlassable, pour que les actes urgents de notre infirmier soient des actes sensés, adaptés ; il ne faut à aucun prix qu'ils deviennent inconsidérés ou routiniers. Un indigène possède une tendance prononcée à la réédition d'un exploit, quand il a accompli quelque chose dont il est fier. Il ne se préoccupe pas assez des circonstances particulières de chaque exploit. Or ne pas accomplir de manœuvres intempestives reste un des principes de base de l'obstétrique ; on devrait le graver sur les murs des salles d'accouchements indigènes.

L'accouchement normal ne pose aucun problème particulier. Jusqu'où pouvons-nous faire progresser l'aptitude technique de l'infirmier indigène, en vue de résoudre les difficultés d'un accouchement dystocique ? C'est ce que nous essayerons de montrer, en indiquant la progression chronologique que nous avons suivie.

Le contrôle rigoureux, journalier, des diagnostics de position et de l'exécution des mesures d'hygiène prescrites, permet la formation de l'esprit d'exactitude. Nous éradiquons ainsi l'attitude de l'à peu près et nous exigeons un effort de précision toujours soumis à l'épreuve des événements dans leur réalité. L'horreur de l'homme à être pris en flagrant délit d'erreur, pousse notre élève à un effort vite profitable. Puissamment aidé par la pratique sur le mannequin, il a tout loisir de voir et de palper les faits.

L'étude des bruits du cœur fœtal, avec ses qualités, de la position de l'enfant, du degré de dilatation du col sert à affiner le sens d'une observation rigoureuse. Le mannequin de Seigneux-Canossa, après l'entraînement journalier aux diagnostics obstétricaux, permet de visionner les différents mécanismes de l'accouchement. Il est utilisé aussi pour l'entraînement quotidien des manœuvres obstétricales en cas de dystocies.

J'autorise d'abord notre infirmier à faire les sutures du périné. Toujours sur le mannequin, il en aura appris l'exécution *lege artis*, puis, sur le vivant, en notre présence. Je surveille et insiste surtout sur la mise en place des points profonds, pour éviter la formation de ponts, si souvent cause de désunion et de suppuration secondaire. Ceci étant acquis, j'autorise l'épisiotomie dans les cas bien déterminés de souffrance fœtale (troubles des bruits du cœur, méconium), avec dystocie des parties molles superficielles, peu fréquente en milieu indigène.

La manœuvre du décollement manuel du placenta est beaucoup plus importante à faire connaître. Le schéma que j'ai établi s'exprime ainsi :

½ h. après l'accouchement, un placenta en rétention indique une Pitocine intraveineuse, suivie de la manœuvre du piston et de l'expression placentaire par voie externe. L'échec de ces procédés conduit au décollement manuel du placenta. En cas d'hémorragie, le scénario est le même, avec la différence d'une exécution urgente.

Ici se place une question de particularisme local. C'est sciemment que j'ai omis l'expression du placenta sous narcose. Pourquoi ? D'une façon générale je ne pratique pas d'analgésie obstétricale ! Mon effarement en arrivant, comme celui que provoque cette façon de faire aux yeux des médecins européens, ne fut pas suffisant pour me faire écarter d'emblée la méthode non analgésique. Si parfois j'ai recours aux antispasmodiques du type Spasmalgin, Dolantine, c'est plus dans leurs indications antispasmodiques qu'antalgiques. D'autre part, la narcose est exceptionnelle, faute de personnel qualifié. Mais aussi, les femmes indigènes d'origine rurale ont une capacité remarquable de supporter la douleur. Ceci n'est plus vrai en ville, paraît-il, où la sensibilité à la douleur semble être parallèle au degré d'évolution. A part la rachianesthésie pour césarienne, je n'ai presque jamais recours à l'analgésie et je n'ai jamais enregistré de choc dû à des phénomènes douloureux.

Du point de vue statistique, la manœuvre du décollement manuel du placenta n'est pas fréquemment indiquée : sept fois sur 1.500 accouchements, dont trois fois pour des accouchements à terme, quatre fois dans des cas de prématurisation entre six et huit mois. Cette carence de la manœuvre, l'absence de possibilité d'enseignement pratique hors du vivant, expliquent qu'en 1 an ½, mon infirmier n'a pratiqué que deux décollements manuels du placenta. J'ose toutefois espérer qu'une hémorragie du post-partum, par rétention placentaire, en mon absence, sera suivie d'une réaction normale et d'une action adéquate.

Chronologiquement, j'ai autorisé ensuite la manœuvre de Bracht, puis l'extraction du siège, suivie d'un Mauriceau. Ici l'entraînement au mannequin m'a rendu les plus grands services pour la mise au point des gestes à accomplir. Ci-dessous, les photographies montrent, à titre d'exemple, 3 phases d'une grande extraction par le siège, terminée par un Mauriceau, sur le mannequin de Seigneux-Canossa.

Les interventions obstétricales majeures représentent un pourcentage de 4,5 % du total des accouchements et se répartissent de la façon suivante :

12 Versions podaliques

6 Forceps	}	sur 529 accouchements en 1957.
3 Césariennes		
1 Braxton-Hicks		
1 Crânioclasie		
1 Décollement manuel du placenta		

Il y a lieu d'ajouter que les abortus, après trois mois de grossesse, se présentent volontiers à la maternité et qu'en 1957 par exemple, nous sommes intervenus huit fois par des manœuvres manuelles intrautérines, pour abortus incomplets de grossesses de 4 à 6 mois.

Ce qui précède explique la chronologie des manœuvres enseignées à mon infirmier. Douze versions, dont neuf pour présentation transverse et trois pour procidence du cordon, m'incitèrent à enseigner d'abord la version podalique et à la faire exécuter deux fois déjà sur le vivant, avec succès pour la mère et pour l'enfant. Il faut avoir constamment à l'esprit l'idée que le personnel indigène puisse se débrouiller intelligemment en l'absence du médecin. Or les médecins les plus proches peuvent être à des centaines de kilomètres, avec des possibilités de communications souvent fort aléatoires en pleine saison des pluies.

Quant au forceps, si l'entraînement au mannequin a été poursuivi, je ne l'ai pas encore fait exécuter sur le vivant. Je pense que cette manœuvre reste une des plus délicates et difficiles à exécuter correctement, en dehors du petit forceps terminal à la vulve, dont les indications vitales chez des ruraux indigènes, peu douillets, ne se présentent que comme des curiosités fort rares. Un exemple vécu illustrera l'opinion que la bonne volonté ne suffit pas et que certaines circonstances peuvent pousser à des aberrations. Un jour, arrive à la maternité une brave sœur infirmière et accoucheuse venant de la brousse. Elle amène une parturiente qui ne peut pas accoucher. Elle a déjà appliqué le forceps, avec traction pendant

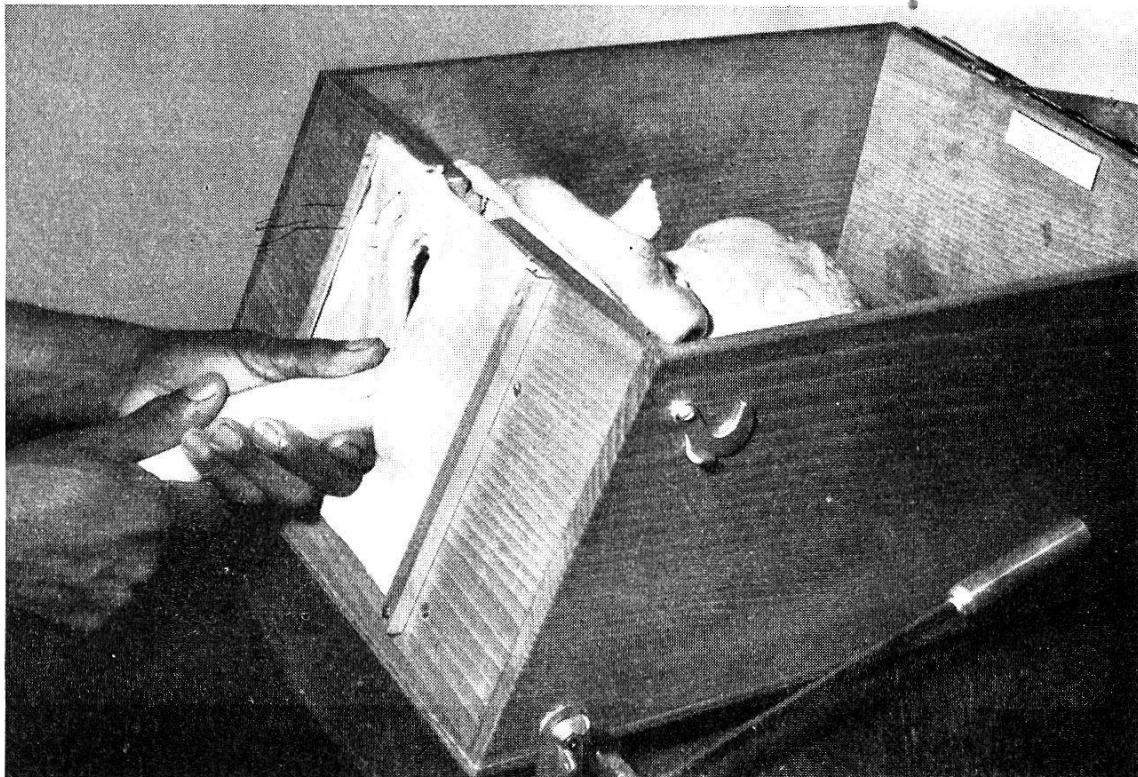


Fig. 1.

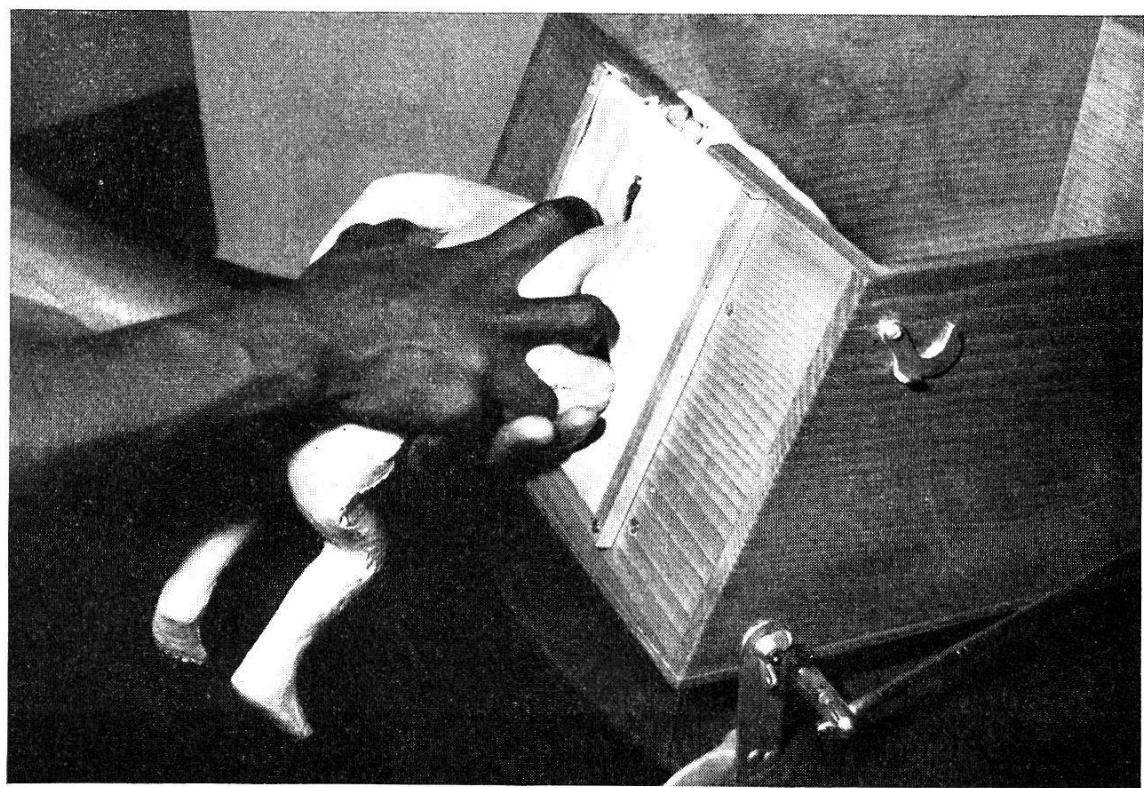


Fig. 2.

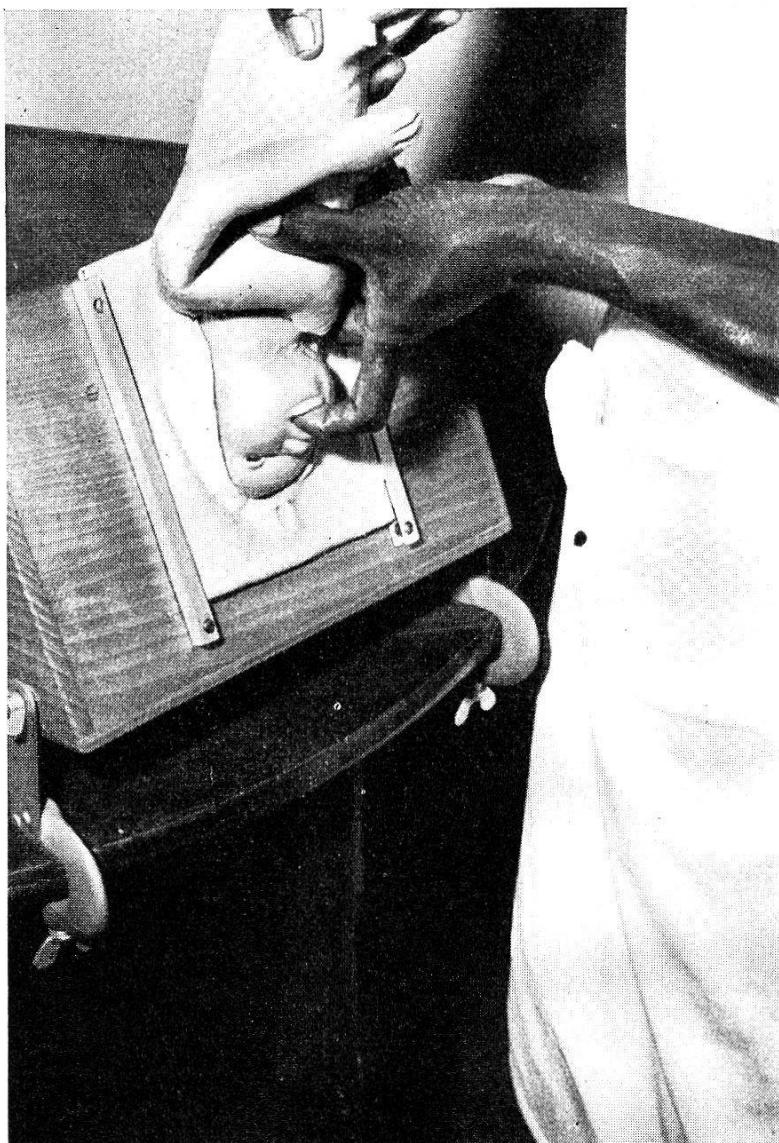


Fig. 3.

1 h., qui s'est révélée inefficace. Elle prétend, en outre, qu'une césarienne lui paraît indiquée. L'examen montre une tête haute, non engagée, mobile, avec un col non encore entièrement dilaté (ce dernier avait heureusement résisté aux faibles forces d'une femme tirant sur le forceps). Je ne trouve plus signe de vie chez l'enfant. Une explication un peu vive sur les indications et les conditions d'application d'un forceps ou d'une opération césarienne, n'enlève pas la conviction de l'accoucheuse. Me rendant compte de l'inutilités de mes efforts pour faire comprendre que les conditions ni de l'une ni de l'autre interventions n'étaient remplies, que sauver un enfant mort était une utopie, j'ai procédé à une cranioclasie, devant l'hémorragie maternelle débutante et devant le regard horrifié de la brave sœur.

Cet exemple m'a incité à inculquer les lois classiques des *conditions* à remplir pour qu'une manœuvre obstétricale puisse être

pratiquée. Ceci est le sujet d'un rabâchage fréquent, comme du reste les caractéristiques des *indications* des différentes interventions obstétricales.

Pour l'instant, forceps, césariennes et autres manœuvres exceptionnelles (crânioclasies, Braxton-Hicks), restent l'apanage du médecin.

La responsabilité des soins aux prématurés incombe à l'infirmier. J'ai adopté la solution d'une chambre isolée, maintenue à 28 degrés par des radiateurs et où les enfants vivent dans de l'ouate. Le lait maternel résume seul l'ensemble de notre diététique.

Un centre médical doit servir de point d'attrait aux femmes indigènes. Il inculqué aux mères, pendant leur bref séjour, les avantages d'une hygiène bien comprise et en rapport avec les possibilités locales. Un excellent soutien se rencontre généralement dans les contacts avec les maris et pères intéressés. Ceux-ci exercent souvent une surveillance fructueuse sur les soins donnés à leur progéniture.

J'aimerais encore insister, pour conclure ce chapitre de la formation technique d'un infirmier indigène, sur l'importance d'une formation technique jusque dans ses moindres détails. Les connaissances techniques poussées jusqu'à la possession entière du sujet permettent l'audace dans l'action, confèrent autorité et assurance. A ce stade de maîtrise, l'individu se fait fatalement remarquer par son efficience et par le succès de ses initiatives. La psychologie me paraît ne pas assez insister sur l'importance de la domination totale d'un sujet. L'instruction moderne entraîne trop la jeunesse vers l'approximation. De même les adultes se contentent trop souvent de vulgarisation ou pis encore, de « condensé », de « prédigéré ». Ne remarque-t-on pas que les initiatives heureuses appartiennent aux gens maîtres de la matière qu'ils exploitent ? Cet aperçu fait ressortir l'importance et la nécessité d'un « précisionisme », même s'il est parfois pénible, dans l'éducation technique des gens que l'on doit former.

II. Contrôle prénatal — Evolution pathologique de la grossesse — Lutte contre la stérilité.

A. Contrôle prénatal.

Le contrôle prénatal débute généralement vers le 5^e ou le 6^e mois de la grossesse, date à laquelle se présente la femme indigène pour la première fois. Nous la soumettons alors à un examen obsté-

trical, avec mensurations du bassin. Elle passe ensuite au laboratoire pour l'examen des urines, du sang (recherche du plasmodium par la méthode de la goutte épaisse), et des selles. Si ses antécédents révèlent des fausses-couches, des mort-nés ou une suspicion révélée ou clinique de syphilis, nous faisons un séro-diagnostic. Pour des raisons de facilités techniques, nous avons opté pour la réaction de flocculation de Kahn.

L'examen obstétrical, pour le diagnostic de grossesse, montre que sur 1.500 femmes examinées, se prétendant enceintes, nous avons trouvé deux grossesses nerveuses caractéristiques, trois kystes géants de l'ovaire et un fibrome pédiculé de l'utérus.

La fiche obstétricale indique les anomalies, examens de laboratoire et traitements suivis. Les cas à plasmodium positif sont traités à l'Atébrine ou à la Daraprim. Notre expérience montre, de façon indiscutable, que les poussées de malaria aiguë sont abortives. On n'a, par contre, jamais pu rattacher un abortus à un traitement intempestif par la quinine. L'aphorisme disant que la malaria et non la quinine est abortive, nous paraît vérifié par l'expérience. Comme le doute théorique persiste dans notre esprit, notre préférence va à l'Atébrine ou à la Daraprim, comme antimalariaux en cas de grossesse.

L'examen prénatal a lieu une fois par mois. Si un trouble quelconque de la nutrition est décélé, la femme reçoit un supplément d'1 l. de lait par jour et une cure polyvitaminée.

Notre attention fut attirée par le fait malheureux suivant :

Une femme devient enceinte alors qu'elle nourrit toujours un enfant non sevré, ce qui représente une grave infraction à la coutume. Dans ce cas, le nourrisson au sein est délaissé, il devient rapidement athrépsique et meurt, en pleine cachexie, de privation alimentaire. En effet, une nourrice ne doit pas, coutumièrement, cohabiter avec son mari, avant que l'enfant marche et soit sevré. C'est ainsi qu'une femme indigène n'accouche pas deux fois consécutivement dans un délai inférieur à deux ans. La chair est faible et cette loi souffre parfois des exceptions. La conclusion pratique suivante s'impose en milieu indigène :

Toujours suspecter une grossesse chez une nourrice dont l'enfant ne prospère pas ou se cache. La seule sanction thérapeutique est la prise en charge de cet enfant, si la grossesse est confirmée. Faute de cela, on va au-devant de la catastrophe pour l'enfant allaité.

B. Evolution pathologique de la grossesse.

L'évolution de la grossesse est généralement normale. Si nous rencontrons quelques petites albuminuries, nous n'avons jamais observé d'éclampsie ou de formes hypertensives. Un cas de glucosurie transitoire, sur plus de 1.500 contrôles, a évolué spontanément vers la guérison. Par contre les pyuries sont relativement plus fréquentes ; une dysurie est assez souvent d'étiologie gonococcique. Ces cas entrent dans le cadre d'une pathologie courante, facilement curable. Les nouveau-nés recevront tous, comme partout, la prévention classique de l'ophtalmie gonococcique.

Les causes d'abortus ou d'accouchements prématurés relèvent souvent d'une étiologie malarienne ou luétique. Dans ces cas nos armes thérapeutiques sont réellement très efficaces. Contre la malaria dans la grossesse nous utilisons volontiers l'Atébrine, à raison de 30 centigrammes pendant cinq jours consécutifs, suivie d'un comprimé de Daraprim par semaine. Notre cure standard antisyphilitique comporte une injection de cyanure de mercure intraveineuse pendant trois jours consécutifs (prévention du phénomène d'Herxheimer), puis une injection quotidienne d'1.000.000 d'unités de Pénicilline pendant douze jours, associée à une cure de bismuth, à raison de 2 cc. tous les quatre jours, jusqu'à un total de 12 injections.

Nous ne traitons généralement pas, en cours de grossesse, les parasitoses que nous rencontrons couramment ici : bilharzioses à *Schistosomum mansoni*, ankylostomiases. Nous en réservons les cures suppressives pour après l'accouchement.

Les anémies, les névrites, les vomissements et autres syndromes courants de la grossesse ont leur thérapeutique classique, qui ne diffère en rien de ce que nous faisons en Europe. L'aphorisme, disant qu'en zone tropicale on rencontre toute la pathologie de la zone tempérée plus la pathologie qui lui est propre, paraît exact, sauf quelques exceptions. Je pense en particulier aux calculs biliaires, à la mastoïdite qui semblent fort rares ; certains prétendent ces affections inexistantes. Je puis simplement dire que, pour ma part, je ne les ai jamais observées.

Sur la fréquence des grossesses extrautérines, je ne puis fournir qu'une faible expérience : 4 cas, dont l'un a évolué jusqu'au terme de neuf mois (voir plus haut), sur 1.500 grossesses dénombrées.

La fréquence des *abortus*, sur la même série de 1.500 grossesses constatées, est de 62 cas, soit environ 4 %. Je pense que le pourcentage des abortus doit être relativement plus élevé. Il y a certainement des avortements, surtout des premiers mois, qui échappent

à notre contrôle. Les femmes ne nous ont pas consultés, la grossesse étant trop jeune et l'abortus s'étant effectué sans drame.

C. Lutte contre la stérilité.

La femme indigène désire toujours des enfants ; aussi sommes-nous fréquemment consultés pour stérilité. Cette question nous a passablement préoccupés. Devant la multitude des problèmes, souvent urgents, auxquels nous devons faire face, nous avons essayé de trouver une solution simple, réalisable et la plus efficace possible. De toute évidence, nous devions exclure, faute de moyens et de temps, tous les examens hormonaux, frottis vaginaux, insufflations tubaires, hystérosalpingographies, etc... Il fallait repenser un problème difficile et bien souvent insoluble dans sa conclusion, à tout dire fort décevant dans ses résultats. Les meilleures statistiques de la littérature à ce sujet ne sont pas fort encourageantes. La conclusion de nos cogitations nous a amenés à adopter le processus simpliste suivant :

Examen gynécologique.

Recherche du gonocoque.

Sérodiagnostic de Kahn.

Nous traitons l'étiologie, quand nous en trouvons une. Sinon nous posons un laminaire pendant une douzaine d'heures.

Le résultat est certes fort décevant ; mais nous avons tout de même 11 grossesses heureuses à notre actif, sur 117 cas traités. Les 11 cas favorables se répartissent de la façon suivante :

1 pyosalpinx opéré.

1 kyste de l'ovaire opéré.

1 syphilis traitée par trois cures standard.

2 endométrites curetées + antibiotiques.

3 gonorrhées traitées (avec salpingite).

3 étiologies inconnues laminarisées.

Je me permets d'indiquer cette petite expérience. J'espère que ceux qui connaissent les servitudes auxquelles sont soumis les médecins de brousse comprendront l'état d'esprit du praticien, qui tente tout de même quelque chose et se refuse à la négative. Tout à fait conscient des lacunes qu'il ne peut combler, il va de l'avant. Les faits semblent accorder une certaine gratitude lorsque les résultats positifs sont de l'ordre de 9 %, alors qu'il aurait été tellement plus simple d'ignorer le problème.

III. Fonctionnement général de la maternité — Statistiques.

A. Fonctionnement général de la maternité.

Une maternité en milieu rural ne doit pas se contenter de sa fonction essentielle, l'accouchement, mais s'engager dans les multiples fonctions gravitant autour de l'événement accouchement ;

Lutte contre la stérilité.

Surveillance en cours de grossesse.

Assistance aux prématurés, aux débiles, aux orphelins.

Lutte contre la mortalité infantile, contre certaines coutumes tribales.

Amélioration du sort des femmes, éducation en hygiène, essentiellement dans celle du nourrisson.

Le but d'une maternité devient multiple. Il faut prévoir suffisamment de locaux pour les consultations prénatales, la pesée des nourrissons, la lutte antimalariaire, les démonstrations éducatives aussi bien pour le personnel infirmier que pour les mères, pour les prématurés, les débiles, pour les mères venant de régions éloignées à hospitaliser en attendant la délivrance, enfin, pour les infectés, une chambre dite d'isolement. Une maternité devient ainsi une maternité proprement dite et un dispensaire spécialisé.

Au fichier nous avons aussi l'image de la multiplicité des tâches :

1 fiche d'examen prénatal.

1 fiche d'hospitalisation.

1 fiche de consultation des nourrissons.

Ces fiches sont conçues au goût du praticien pour lui permettre de noter tous les renseignements qu'il désire avoir. Il est évident que si l'un ou l'autre veut faire une étude sur la longueur du cordon ombilical chez les Bantous, il ne désire pas nécessairement connaître le nombre de protubérances des glandes de Montgomery sur les mamelons des femmes indigènes. L'établissement de fiches standard, à son propre usage, n'offre d'ailleurs aucune difficulté.

Harmoniser une organisation, sur les rotations du personnel peut présenter certaines difficultés. Un organigramme doit tenir compte de diverses réalités parfois incompatibles :

Législation du travail.

Accomplissement de la totalité des tâches demandées.

Budget dont on dispose pour le personnel.

A ce sujet, je pense qu'il y a toujours moyen de vaincre la difficulté. Un travailleur apte à changer de fonction avec celle d'un

autre résout la plupart des problèmes. Pour une maternité, fonctionnant 24 h. par jour, si le personnel est limité à un minimum vital (compression des dépenses, par exemple), il faut arriver à faire faire la cuisine au lavandier, le planton au jardinier, etc. Or la mentalité indigène est souvent réticente à ce genre d'adaptation. C'est alors que l'autorité doit intervenir avec suffisamment d'adresse, pour permettre de valoriser toutes les besognes à la hauteur de l'orgueil indigène. Que coûte à un médecin de faire une fois l'effort d'arroser les fleurs ou de peindre une paroi salie ? Peu, en regard du stimulant qu'il aura insufflé à son équipe, j'allais dire équipage ; pourquoi pas ? Il faut envers et contre tout s'intégrer à son œuvre et parfois payer de sa personne pour montrer qu'aucune besogne, surtout dans le domaine de la propreté, n'est indigne d'être exécutée par des individus socialement de rang plus élevé que celui de ceux qui l'exécutent habituellement. Ainsi l'on résout souvent des problèmes insolubles sur le papier, si l'on voulait tenir un compte exact des servitudes exigées. Le capital humain d'une entreprise quelconque reste le capital essentiel, avec ou sans « automatisation ». Le meilleur et le pire seront toujours l'apanage de ce drôle d'animal qu'est l'homme ; il doit sentir qu'on le croit capable du meilleur.

Pour montrer le fonctionnement général d'une maternité, prenons la femme qui se présente à son cinquième mois de grossesse. Sa fiche établie avec les renseignements obstétricaux complets, la gestante va alors au dispensaire de l'hôpital, où elle subit les examens de laboratoire indiqués antérieurement. Les traitements éventuels sont exécutés par le dispensaire. Elle est ensuite aiguillée sur le service social, où elle peut suivre un cours complet de layette. Elle reçoit la layette faite par elle-même et un lit d'enfant, en cas d'assiduité. En même temps, une fois par mois, elle suit la consultation prénatale, où nous lui donnons un savon pour l'inciter à la régularité. Il existe des consultations prénatales hebdomadaires, mais nous ne demandons qu'une présence mensuelle, si tout va normalement. Elle entre à la maternité dès les premiers maux ou un peu avant, si elle habite une région éloignée. À sa sortie de la maternité, elle reçoit sa layette et un lit d'enfant. Elle fréquente alors les consultations hebdomadaires de contrôle et de daraprimisation préventive des nourrissons. À cette occasion, elle reçoit une ration de sucre, à titre d'encouragement.

Toute anomalie décelée lors de ces contrôles est communiquée au dispensaire de l'hôpital, où ont lieu les traitements. Lors du cours de layette, la parturiante boit un supplément journalier de lait.

A son sixième mois, le nourrisson subit sa vaccination anti-

variolique. C'est au poids de 10 kg. et à un an d'âge, que nous avons fixé les normes inférieures pour être dispensé des contrôles prescrits.

Nous avons aussi imposé qu'en principe aucun enfant, fréquentant les consultations de nourrissons, n'obtient son visa médical pour aller en congé. Les cas innombrables d'enfants, allant en congé et revenant malades, nous ont incités à cette mesure qui est généralement mieux comprise par les pères que par les mères. Devant la nécessité de protéger l'enfant, nécessité impérieuse pour le cas particulier, nous avons adopté cette attitude de refus.

B. Statistiques.

Les chiffres statistiques qui vont suivre donnent les résultats techniques de l'année 1957. Seuls les chiffres des grossesses extrautérines et des abortus constatés s'étendent sur plusieurs années et sont basés sur le nombre de grossesses constatées, arrêtées au nombre de 1.500. Pour le chiffre de mortalité infantile au cours de la première année, il s'agit d'enfants nés en 1956.

Sur 1.500 grossesses constatées : 4 grossesses extrautérines, soit 0,26 %.

Sur 1500 grossesses constatées : 62 abortus, soit 4 %.

Le nombre de 62 abortus n'indique que ceux que nous avons vus. D'autres avortements se sont certainement produits, chez des femmes qui ne nous ont pas consultés, donc où la grossesse ne nous a pas été révélée.

Mortalité :

20 mort-nés sur 529 accouchements, soit 3,8 %.

Mortalité néonatale :

15 cas sur 509 accouchements avec enfants nés vivants.

Causes de mortalité néonatale :

9 Prématurés (pesant moins de 2 kg.), dont 5 jumeaux.

3 Malformations, dont :

 2 malformations cardiaques.

 1 anencéphalie.

1 enfant né par forceps.

1 syphilis congénitale.

1 enfant mort 24 h. après césarienne.

Cette statistique englobe les mauvais cas nous venant parfois de 100 à 200 km., qui n'avaient pas trouvé leur solution sur place ou dans les Missions avoisinantes.

Les interventions obstétricales majeures, sur 529 accouchements, se répartissent comme suit :

12 Versions podaliques.

1 Décollement manuel du placenta.

6 Forceps.

3 Césariennes.

1 Braxton-Hicks

1 Crânioclasie.

Mortalité infantile au cours de la première année.

Celle-ci porte sur 182 enfants sortis vivants de la maternité et ayant été suivis pendant un an. Nous avons 8 décès dans cette série, soit 4,4 %, dont les causes se répartissent comme suit :

3 Entérites avec toxicose.

1 Bronchite capillaire.

1 Hypertrophie du pylore.

1 Encéphalite coquelucheuse.

2 Bronchopneumonies coquelucheuses.

L'avenir immédiat du prématuré (poids inférieur à 2 kg.) est sombre. En effet, sur 21 prématurés nés vivants et pesant moins de 2 kg. (4 % du total des accouchements), nous avons 9 décès, soit environ 45 %. Pour ce que R. VAN NITSEN (voir bibliographie) a appelé les « débiles », c'est-à-dire les enfants nés entre 2 et 2,5 kg. dont il trouvait 39 % de décès dans les six premiers mois (11 décès sur 28 cas contrôlés), nous pouvons être un peu plus optimistes. En 1957, sur 38 débiles (7 % environ du total des accouchements), nous avons une mortalité de 3 cas, soit le 8 %, pour les 6 premiers mois de la vie. Il semble que les antibiotiques soient largement responsables de cette amélioration.

Sur 237 femmes inscrites à la consultation prénatale, 235 ont accouché à la maternité ; le pourcentage moyen des présences aux consultations se chiffre à 82 %. Sur le nombre de 235 femmes ayant accouché à la maternité et ayant suivi les consultations pré-natales, nous obtenons 12 enfants mort-nés ou décédés en période néonatale ; 1 mère a succombé d'hémorragie foudroyante, après un accouchement normal en boulet de canon, avec expulsion du placenta de suite après l'enfant. Le support étiologique de cette hémorragie fut la déchirure latérale droite du col et du corps utérin.

Sur une moyenne hebdomadaire de 171 nourrissons inscrits aux consultations qui leur sont réservées, nous avons une moyenne de présences de 163, avec des pourcentages de présences ayant varié

entre les extrêmes de 74 à 99 %. Nous arrivons ainsi à un total de 8.493 consultations hebdomadaires et de 17.347 consultations bi-hebdomadaires de prévention malarienne.

Si nous envisageons maintenant l'avenir d'un enfant venant au monde à la maternité et suivi régulièrement pendant un an, nous pouvons fixer ses chances de survie de la façon suivante :

Les totaux de mort-nés, de morts néonatales et de morts durant la première année d'existence s'élèvent à 11,2 % du total des naissances. Nous constatons que l'avenir du prématuré (moins de 2 kg. à la naissance) est fort sombre avec sa mortalité néonatale de 45 % et que l'avenir du débile (entre 2 kg. et 2,5 kg. à la naissance) est beaucoup moins sombre (8 % de mortalité pour les six premiers mois de l'existence).

La mortalité maternelle est de 0,2 %, soit 3 cas sur 1.500 accouchements.

R. VAN NITSEN obtenait, vers les années 1935-1936, une mortalité infantile totale de 36,2 % pour les enfants durant leur première année.

Un petit aperçu démographique, sur une communauté indigène suivie médicalement, permet de conclure que le surplus en unités sociales, au rythme actuel, doublerait l'effectif de la population en 17½ ans environ. Il semble bien qu'avant l'occupation par la Belgique, la région envisagée présentait une dénatalité manifeste. D'aussi étroites relations, entre l'incidence des facteurs sociaux et l'efficience de l'action médicale, n'existent nulle part ailleurs, avec autant d'évidence, que dans le domaine de la protection maternelle et infantile.

« Si l'on veut sauvegarder la race noire et assurer le repeuplement de la colonie, le relèvement de la femme et la protection de l'enfant indigène sont des obligations non seulement d'ordre humanitaire, mais aussi d'ordre social et économique. » R. VAN NITSEN.

IV. Service social — Hygiène.

A. Service social.

Pour son évolution, la femme indigène doit, après sa scolarité, trouver un nouveau centre d'attrait. La création d'un centre social, avec son ouvroir, sa goutte de lait, son jardin d'enfants, devient, en brousse, le complément nécessaire d'une maternité. En milieu rural, il n'y a aucune nécessité de pousser le développement jusqu'à des cours d'éducation sexuelle ou de cuisine de « cordon bleu ». Par contre, le besoin de cours de couture, de reprisage,

d'hygiène de l'habitation est une réalité brûlante. Le fossé séparant le mari de sa femme doit être comblé, pour que cette dernière puisse inspirer autre chose que mépris et indifférence. Placer la femme indigène au niveau lui permettant de tenir son foyer de façon propre, d'élever ses enfants avec un minimum d'hygiène, de procéder au reprisage et à la confection de vêtements, représente déjà tout un programme semé de difficultés.

Le contact toujours plus étroit entre l'indigène et l'Européen a créé, chez le premier, des obligations vestimentaires, alimentaires et hygiéniques qui lui étaient jusqu'alors inconnues. Il est de notre devoir de l'aider à trouver les solutions de ses nouvelles obligations. Un complexe social n'a d'autres buts que de permettre aux femmes et aux enfants de s'acclimater à un genre de vie qui n'est plus celui du milieu coutumier.

Chronologiquement, nous avons commencé par construire un local adapté à ses fonctions d'ouvroir. Le matériel de l'hôpital, employé pour le reprisage et la couture a été alors transféré dans le nouveau bâtiment. Une assistante sociale, formée sur place, dans les services d'une grande compagnie, fut engagée. Son premier objectif a été le choix et la formation des cadres : les monitrices indigènes.

Après une rapide formation technique des femmes choisies parmi les plus habiles, les cours ont débuté. Le nombre des inscriptions a largement dépassé nos possibilités. Très rapidement le travail et les horaires furent établis de la façon suivante :

Horaire :

Monitrices : de 7 h. à 11 h. et de 13 h. 30 à 16 h. 30, tous les jours, sauf le samedi et le dimanche.

Elèves : cours de 13 h. 30 à 16 h. 30.

Le matin est réservé à la préparation du travail des cours, au perfectionnement des monitrices, aux travaux rentables. Ces derniers consistent en raccommodage du linge de l'hôpital, en confection de vêtements de malades, de blouses, de tabliers, de salopettes, de brassières, de langes etc...

Les monitrices sont engagées comme employées rémunérées. Elles assument la responsabilité du travail du groupe d'élèves qu'elles conseillent et la responsabilité du matériel prêté.

En deux ans, trois cours différents ont été organisés, avec les programmes suivants :

- a) Cours de débutantes.
- b) Cours de layette.
- c) Cours de perfectionnement.

a) *Cours de débutantes.*

Ce cours est conçu avec l'idée maîtresse de la diversité pour éveiller l'intérêt.

Le programme prévoit les travaux suivants :

Couture :

Pièce modèle — Pièce avec coins et biais — Culotte et chemise du premier âge — Combinaison, robe, bonnet pour enfant de un à trois ans — Chemise, short pour enfant de six à huit ans — Combinaison pour femme, chemise pour homme — Nappe-rons — Robe pour fillette de six à huit ans — Costume en toile pour garçon de six à huit ans.

Tricotage :

Pièce modèle — Chaussons — Bonnet — Culottes — Brassière — Pullover pour enfants petits et moyens — Pullover pour homme — Chaussettes — Robe pour fillette.

b) *Cours de layette.*

Ce cours est réservé à toute femme enceinte suivant la consultation prénatale ; il comporte la confection des objets suivants :

Langes — brassières — 1 couverture brodée — draps de lit ourlés et brodés — taie d'oreiller — 1 matelas.

En tricotage :

1 chemise — 1 culotte pour le premier âge — des chaussons — 1 bonnet — 1 brassière.

Les femmes ayant suivi le cours régulièrement et ayant confectionné tous les objets prévus, reçoivent un lit pour enfant, de fabrication locale, à titre de prime d'encouragement.

c) *Cours de perfectionnement.*

Si le cours de débutantes présente de la fantaisie, le but poursuivi est d'intéresser la femme indigène à sa nouvelle activité, de lui créer une habitude à la régularité par la confection d'objets qui la tentent et lui plaisent. L'habitude prise, on passera plus facilement à la phase utilitaire. Le cours de perfectionnement, réservé aux femmes ayant suivi régulièrement le premier cours, se propose comme but d'arriver à l'entretien des pièces d'habillement usagées et à la confection de pièces neuves plus compliquées et plus soignées : boutonnières, biais, par exemple.

Le nœud du problème, pour les femmes indigènes, est bien le judicieux emploi que l'on peut tirer d'un objet gâté ou usagé. Il suffit d'un coup d'œil au voyageur d'occasion, pour comprendre la difficulté que présente la solution de ce problème. En effet, si l'on peut dire que le Congo est le royaume de la touque, il est aussi vrai de prétendre qu'il est l'empire du haillon. La vraie valeur d'une ménagère se voit dans l'emploi qu'elle sait faire des restes de nourriture et des vêtements usagés ; la vraie valeur d'un ouvroir peut se juger sur les mêmes critères concernant les femmes qui en ont subi l'empreinte de façon durable.

A part la section ouvroir, le service social s'occupe de la *femme à la maison*. Ce problème, faute de personnel, a trouvé une solution réduite, plutôt simpliste. La tenue d'un fichier indique le nombre de personnes vivant dans une maison donnée, où la surface et le nombre de chambres sont indiqués en clair. On a ainsi une idée exacte de la situation, tenue au jour le jour, de l'espace vital de chaque individu dans son habitation. Ceci n'a de valeur que si l'on a les possibilités matérielles d'exiger que les familles soient logées moins à l'étroit qu'elles n'en ont l'habitude.

D'autre part les maisons sont visitées à l'improviste, et, en agissant sur l'amour propre ou l'orgueil de l'indigène, on assiste souvent à une grande amélioration de la propreté de l'habitat. Il faut, pour cela, une persévérance inlassable et des contrôles fréquents. Souvent le mari coopère de façon efficace, en prenant presque toujours le parti de l'assistante sociale.

Nous distribuons aussi de la créoline toutes les semaines et de la peinture ou de la chaux, à condition que le travail soit exécuté par l'habitant. Autant que possible, nous aidons à l'amélioration en exigeant la coopération. Stimuler l'effort vers la propreté, en aidant à bon escient, permet de poursuivre le but suivant : accorder le droit à un don, à condition de remplir le devoir correspondant à ce droit. L'esprit de notre action ne doit pas perdre de vue cette vérité première qu'à chaque droit correspond un devoir.

En prévision d'un avenir que nous espérons proche, nous avons engagé le service social vers d'autres tâches, qui paraissent toutes plus nécessaires les unes que les autres.

Dans le domaine de l'action préscolaire, nous avons organisé une sorte de jardin d'enfants, au sens étymologique du terme, avant qu'il prenne son sens social et n'englobe toutes les activités pédagogiques qu'une telle expression désigne actuellement. Nous attirons les enfants par la création d'une place récréative, avec petit bassin d'eau contrôlée, jeux de touques, de balançoires, bac à sable. Nous leur distribuons du lait pour parer au faible apport protéïnique de la petite enfance. Nous y soignons bobos et petits maux.

Nous décelons ainsi souvent des cas nécessitant des soins au dispensaire de l'hôpital.

Notre bâtiment ouvrier est en voie d'agrandissement. Nous y adjoignons des douches, un petit dispensaire, une goutte de lait, pour étendre le contrôle médical aux enfants d'âge scolaire. Nos perspectives d'avenir pour un authentique jardin d'enfants sont conditionnées par l'apport de personnel compétent. Le problème d'éveiller nos enfants congolais aux mécanismes d'observation, d'expressions et de relations affectives et sociales, mérite une attention particulière. Il apparaît de façon frappante que les petits Noirs, aux yeux pétillants, malicieux, aux visages expressifs, au sens aigu de l'observation, aux réactions spontanées, ne portent pas dans leur avenir les fruits qu'ils promettaient. Il existe une véritable métamorphose entre l'âge préscolaire et l'âge scolaire, où apparaît le manque d'intérêt, l'apathie, le recul de l'expression vive et spontanée vers des formes stéréotypées et même désabusées. Les facteurs psychologiques, conditionnant de telles observations, n'entrent pas dans le cadre de ce travail, mais méritent certes une attention particulière. Mademoiselle T. CENTNER, dans son travail publié par Cepsi (N° 40 — 1958), a fort judicieusement soulevé ce problème ; elle y apporte même une tentative de solution, basée sur la pédagogie du Dr DECROLY.

Le problème économique, sous l'angle du budget familial de l'indigène, retient aussi notre attention. Dans un centre quelconque, où l'économie villageoise présente des signes de prospérité, il existe des magasins gérés par des Blancs ou par des Noirs. Disons sans ambages que presque tous ces commerces nous paraissent des exploitations, où l'honnêteté et le bénéfice normal ne sont pas des réalités. C'est pourquoi, ceux que ces questions préoccupent en arrivent à conclure à la nécessité de coopératives à bénéfices limités. Augmenter le pouvoir d'achat de l'indigène entre aussi dans le cadre de la protection de la famille. Si la nourriture est peut-être quantitativement suffisante, elle ne l'est certes pas qualitativement, au point de vue de la répartition des hydrates de carbone, des protéines, des graisses, des vitamines, des minéraux.

B. Hygiène.

Dans ce domaine, la tâche la plus urgente est la lutte antiparasitaire. La destruction des anophèles est trop classique pour qu'on ait besoin d'insister. La lutte contre les parasitoses du type Bilharziase ou Ankylostomiasis mérite quelques remarques. Eliminer la boue et les mollusques est illusoire. Pour arriver à un résultat réel, il faut commencer par éviter l'épandage des œufs de bilhar-

zies et d'ankylostomes. On n'éradique pas un mal en agissant comme la mauvaise ménagère qui camoufle son linge sale dans les armoires et la poussière sous les lits. Le Noir, comme tous les humains, ne sait pas se servir de W.C. communautaire. Un W.C. par famille représente, à nos yeux, le seul moyen d'envoyer les œufs infestants au fond du trou foré ou de la fosse septique. Ces œufs doivent trouver là leur aboutissement et leur tombeau. Quand l'indigène possédera sa tinette par ménage, nous pourrons alors le contraindre à une hygiène fécale utile. Ce qui théoriquement paraît si simple représente souvent un véritable cauchemar pour celui qui tend ses efforts vers ce but. L'exemple d'un voyage touristique dans le Midi de la France, où il nous fut répondu, à notre demande de savoir où était le W.C. : « Vouz avez toute la pinède ! » montre que, même en zone civilisée, le problème présente quelques lacunes.

La protection maternelle et infantile, du point de vue de l'hygiène en milieu rural, doit résoudre, de façon urgente, les problèmes suivants :

Eviter le surpeuplement des habitations.

Procurer de l'eau potable.

Lutte antiparasitaire sous toutes ses formes.

Hygiène fécale.

La lutte antialcoolique sort du cadre d'un travail à l'échelon local. L'essor des brasseries au Congo Belge, est lié au pouvoir d'achat de l'indigène. Malheureusement ceux qui luttent pour l'amélioration du standing social des populations noires sont les meilleurs artisans de la prospérité des dites brasseries. Ce côté négatif de leurs efforts, si déprimant soit-il, est heureusement largement compensé par les résultats tangibles de leurs statistiques démographiques.

Les mesures médicales envisagées ne doivent pas se contenter de résultats statistiques favorables. L'évolution psychologique de la femme et de l'enfant doit rester l'objet d'une attention constante. L'éveil de l'expression et de l'intelligence de l'enfant mérite d'être guidé vers le goût de disciplines qui lui plaisent. Ses activités devront le transformer non seulement en un être intéressé, pensant, mais aussi responsable. La scolarité de l'indigène ne doit pas être indulgente ; elle doit orienter l'élève vers le développement de son caractère, d'une morale solide et d'une intelligence où l'effort est payant. Le rôle de la femme indigène mérite une revalorisation de cette notion fondamentale : la femme est responsable du bien-être dans son foyer. Pour cela il faut lui donner la possibilité de devenir une unité sociale indispensable dans le nouveau mode de vie qui se prépare.

Dans ce but, à tout centre médical, en milieu rural, doit s'associer un service social. La formation de sages-femmes, de nurses dans une maternité, la formation de monitrices pour l'ouvroir, pour les jardins d'enfants est une brûlante nécessité, quand on cherche à créer une action en profondeur pour la protection du milieu familial indigène.

Tous les problèmes de l'enfance délinquante, des orphelins, des inadaptés physiques et mentaux, des malades chroniques sortent du cadre de cette étude. S'ils trouvent, en milieu rural, des solutions plus ou moins acceptables, leur solution d'ensemble appartient aux dirigeants supérieurs des œuvres sociales.

V. Conclusion.

Cette étude prétend montrer quelques possibilités offertes à un praticien de médecine générale qui, en brousse, cherche à dépasser son rôle de médecin traitant. J'espère avoir suscité l'intérêt pour les problèmes primordiaux, s'encadrant dans une activité médicale qui se doit d'être totale. On ressent vite une certaine lassitude à traiter indéfiniment des bilharzioses, sans espoir d'en supprimer un jour la contagiosité. Nos réflexions sur les problèmes posés doivent s'orienter dans le sens d'une protection de la famille aux agressions pathologiques et psychologiques d'une vie qui se transforme rapidement. L'hygiène physique n'est une discipline rentable que si le terrain se prête à son épanouissement ; or le terrain indigène a besoin encore de beaucoup de soins attentifs. Face à l'actualité d'apports techniques importants, l'âme indigène paraît sinon désorientée, cherchant du moins à revenir sur le terrain connu des superstitions anciennes.

Ceux qui se heurtent à des réalités sociales doivent se méfier de l'absolutisme de l'intelligence, même hautement développé. On ne peut pas rester un pur cartésien, certain de sa vérité et cherchant à l'imposer. LECOMTE DU NOÜY dans l'*« Avenir de l'esprit »* (Gallimard — 1941), résume avec netteté sa méfiance envers les gens intelligents :

« Les gens intelligents répugnent souvent à regarder en face certains problèmes et à envisager de sang-froid certaines solutions qui heurtent leurs convictions et leurs sentiments. La majorité cherche à avoir raison, plutôt qu'elle ne cherche à voir clair. La lumière effraie. La vérité importe moins que le succès. Au surplus, les hommes s'illusionnent étrangement sur la valeur de leur raisonnement, et le rationalisme matérialiste n'est qu'une manifestation de foi, basée sur l'ignorance et l'orgueil. »

Dans un domaine aussi étrange que l'âme indigène, le doute nous envahit souvent. Voir juste devient une obsession, rarement une certitude. JEAN-JACQUES ROUSSEAU formulait ainsi le fait que le point d'interrogation était intolérable à l'esprit humain :

«Le doute sur les choses qu'il nous importe de connaître est trop violent pour l'esprit humain ; il n'y résiste pas longtemps, il se décide malgré lui de manière ou d'autre, et il aime mieux se tromper que de ne rien croire.»

Ces citations et réflexions amènent la conclusion logique, pour celui qui travaille en brousse, que l'instinct et l'empirisme ont encore une place de choix dans ses inspirations. Un médecin doit perdre ses illusions sur la mise en œuvre intégrale de ses connaissances professionnelles et intellectuelles ! Il doit accepter les révoltes qui le hérissent contre certaines impossibilités ! L'espoir de laisser la trace de son passage résume son ambition. Son œuvre inachevée pourra alors servir de base solide à la continuité de l'action médico-sociale.

Bibliographie.

- CENTNER, T. (1958). Note sur les jardins d'enfants. — Cepsi No. 40, 6-55.
- CLEMENTS, F. W. R. (1955). Rapport d'un séminaire international sur l'éducation en matière d'hygiène et d'alimentation (Genève, 13. 10. au 3. 11. 1955).
- COUSINET, R. (1950). La vie sociale des enfants. — Scarabée, Paris.
- CHILD. (1950). C' care in Israel. Dr. C. Frankenstein. — Jerusalem.
- CHILDREN. Concerning C'. — Canad. Welfare Council, no. 3, vol. 4, Ottawa.
- CHILDREN. (1945). State and community planning for C' and youth. — Children's Bureau, Washington.
- ENFANCE. (1953). L'E dans le monde. — Bull. mens. Inform. Document. Bur. int. cath. Enfance no. 10, Paris.
- ENFANT. (1947). L'E. — Bruxelles: Œuvre nationale de l'Enfance no. 3.
- FOREAMI. (1954). Rapport année 1953. — Bruxelles: M. Weissenbruch S. A.
- GAROT, L. (1951). Quelques problèmes actuels de médecine de l'enfance. — Ann. Nestlé fasc. 7, 3-12.
- JELLIFFE, D. B. (1957). L'alimentation du nourrisson dans les régions tropicales et subtropicales. — Genève: Org. mond. Santé.
- LECOMTE DU NOÜY. (1941). L'avenir de l'esprit. — Paris: Gallimard.
- VAN NITSEN, R. (1940). Contribution à l'étude de l'enfance noire au Congo belge. — Bruxelles: G. van Campenhout.
- O. M. S. (1952). Chronique de l'Organisation mondiale de la Santé 6, no. 6.
- ROSS, M. G. (1955). Community organization. Theory and Principles. — New York: Harper & Brothers.
- SANDERS, I. T. (1958). Making good communities better. — Kentucky: Univ. Press.
- SOCIAL PROGRESS. (1955). S' P' through community development. — New York: U.S. Bur. soc. Affairs.
- VIARD, M. (1953). Le vœu suprême de Socrate ou la connaissance des autres et de soi-même. — Paris: Vigot Frères.
- WHYMS. (1952). Les services médicaux et sanitaires de Léopoldville. — Bruxelles: Office de Publicité S. A.

Summary.

This paper deals with a recent experience of a medico-social action in the bush area of the Belgian Congo. A maternity hospital is used as a centre of attraction to which several social activities are attached.

The first part tries to show how the native Bantu staff is selected and trained. Stress is laid on the qualities of character; these are more important than intellectual development or technical knowledge. In training the staff we become aware of the limits reached by uncultured midwives and a male nurse who knows the French language; furthermore the employed techniques are described.

In the second part the following subjects are summed up: prenatal control, pathological evolution of pregnancy and fight against sterility. These big problems are exposed in order to show the special characteristics of the area where they were studied.

The statistics of the maternity hospital refer to 1500 pregnancies concerning the rate of abortion and extra-uterine pregnancies; they also include 529 confinements concerning the rate of dystocias and children's mortality in 1957. Children's mortality during the first year of life is studied for 182 children; these had left the maternity hospital alive and remained under control during a whole year.

The last chapter shows what can be done in a local area from the point of view of social and health work. The protection of mothers and children in rural areas requires an urgent solution of the following problems: overcrowded dwellings, drinking water, parasite control, and fecal hygiene.

Zusammenfassung.

Es wird hier über die Erfahrungen berichtet, die ein Arzt auf medizinischem und sozialem Gebiet während langjähriger Tätigkeit in einer geburtshilflichen Busch-Station im Kongo erworben hat.

In einem ersten Teil werden die Richtlinien geschildert, nach denen die Auswahl und die Ausbildung des eingeborenen Personals (Bantu) erfolgt sind. Es hat sich dabei immer wieder gezeigt, daß guten Charaktereigenschaften die größere Bedeutung zukommt, als den geistigen und technischen Fähigkeiten der Leute. Die Ausbildung des Personals läßt die Grenzen erkennen, die von ungebildeten Hebammen und von einem französischsprechenden Krankenwärter erreicht werden; sie zeigt die angewendeten Erziehungsmethoden.

Im zweiten Teil werden besprochen die Vorgeburtskontrollen, der pathologische Verlauf der Schwangerschaft und die Bekämpfung der Unfruchtbarkeit. Die Behandlung dieser Themen dient vor allem auch dazu, die Eigenarten des Milieus, in welchen sie verfolgt worden sind, hervortreten zu lassen.

Statistisch sind erfaßt worden, bei total 1500 Schwangerschaften, die Häufigkeit des Abortus sowie der extrauterinen Schwangerschaften bei total 529 Niederkünften im Jahre 1957, die Häufigkeit der Störungen während der Geburt und im Wochenbett, sowie der Kindersterblichkeit. Die letzte Statistik betraf 182 Kinder, welche die Klinik lebend verlassen hatten und im Verlauf des ersten Jahres starben; sie zeigt vor allem auch das Schicksal der Frühgeburten dieser Serie.

Im letzten Kapitel wird gezeigt, was an einer solchen Station in sozialer und allgemein hygienischer Hinsicht verwirklicht werden kann. Auf dem Lande läßt sich die Fürsorge für Mutter und Kind nicht trennen von der Lösung der folgenden dringenden Probleme: Übervölkerung der Wohngelegenheiten, Kampf gegen Parasiten, Trinkwasser- und Fäkal-Hygiene.