

**Apports de la Belgique en Afrique Centrale, dans le domaine médical,
de 1885 à ce jour**

Réf.: exposé du Dr J. F. Ruppol au CRAOM (Centre Royal Africain d'Outre-Mer)

En m'adressant à vous aujourd'hui, je voudrais rendre hommage à la Famille Royale de Belgique, aux fonctionnaires du Congo belge, aux médecins qui se sont dévoués dans ce pays, aux missionnaires, aux agents des sociétés, aux colons, aux coopérants, à tous ceux qui ont contribué à développer le Congo, le Ruanda et le Burundi et à se soucier de la santé des populations.

En 1876 déjà, le Roi Léopold II, dans le discours qu'il prononça lors de l'inauguration de la Conférence Géographique de Bruxelles, assigna entre autres objectifs à l'**Association Internationale Africaine** chargée d'explorer le bassin du Congo, la création de stations hospitalières. C'est dire l'importance que le Roi attachait aux problèmes de santé.

La présence médicale occidentale sur les côtes d'Afrique était ancienne déjà lorsque s'annonça le nouvel âge colonial des années 1880-1900. Les expéditions portugaises étaient en effet accompagnées de médecins qui firent de nombreuses observations. Mais il n'y avait pas de service médical installé pour les populations.

Pour le territoire qui deviendra le Congo, les maladies rencontrées étaient cependant, pour la plupart, très mal connues, surtout par les médecins belges qui n'avaient aucune expérience de l'Afrique, et les remèdes souvent inexistantes. Que l'on pense simplement à la malaria, aux dysenteries et surtout à la trypanosomiase (maladie du sommeil). On ne connaissait même pas le parasite du paludisme (malaria), ni son mode de transmission (fièvre des marais, mauvais air).

Les premiers médecins envoyés sur place firent leur apprentissage à partir de cette situation en se familiarisant "sur le tas" avec l'expérience médicale qui, au fil des siècles, s'était accumulée sur la côte. Ce n'est d'ailleurs pas en Belgique seulement que s'opère le recrutement dans la période de début de la colonisation. On peut estimer à environ 40% la proportion d'Européens non-belges qui occupèrent des fonctions diverses, dans le service médical et les différents autres secteurs.

De plus, le territoire de la Colonie était très mal connu et il n'y avait que peu de voies de communication, en dehors des cours d'eau. Il suffit de regarder les cartes de l'époque, et de constater les grands espaces blancs qu'elles comportaient.

Plusieurs médecins participèrent aux expéditions de reconnaissance envoyées par le Roi, ainsi qu'aux campagnes dirigées contre les esclavagistes arabes. Ces médecins firent de nombreuses et précieuses observations sur les maladies et les grands problèmes rencontrés par les populations. Ces observations contribuèrent grandement à la recherche médicale et à l'organisation future des services médicaux.

L'histoire administrative de l'Etat Indépendant se présente comme suit :

- Par arrêté de 7 décembre 1887, paraissent les premières mesures d'hygiène et de police sanitaire pour les ports de Boma et de Banane.
- Décret du 5 août 1888, organisant le service médical : la couverture médicale va s'effectuer dans les centres les plus importants, au fur et à mesure des progrès de l'occupation et des ressources financières de l'Etat.
- A partir de 1899 des commissions d'hygiène sont instituées dans les chefs-lieux de districts ou de zone. Des mesures administratives sont prises dans les centres en réponse à la menace que font peser les épidémies de variole et ensuite de maladie du sommeil. En ce qui concerne la malaria, d'importants travaux d'assainissement sont entrepris, dans le cadre du début d'un urbanisme colonial, notamment à Léopoldville et à Coquilhatville. Des subventions sont accordées au fonctionnement d'hôpitaux et dispensaires et d'un laboratoire médical à Léopoldville, institutions qui bénéficiaient également de l'aide des initiatives privées.
- Lutte contre les épidémies : variole d'abord, grâce à la vaccination. Les médecins de l'époque firent preuve, à cet égard, de beaucoup d'initiatives, et mise en place d'instituts vaccinogènes, le premier à Boma en 1893, mais étendus ensuite dans la région du Haut-Congo, jusque Kasongo. Lutte contre l'extension de la maladie du sommeil également, par des mesures de surveillance des mouvements de populations et la mise en quarantaine des personnes contaminées, dans des *lazarets*.
- Les soins de santé pour la population rurale restent cependant faibles compte tenu de l'immensité du territoire, de la faible densité des populations, et des moyens budgétaires réduits pour les services de l'Etat. Pour améliorer la situation, le Roi Léopold II fit rapidement appel à d'autres ressources : les missionnaires, les sociétés privées et les organismes privés. C'est ainsi qu'en 1888 fut créée, à l'initiative du Roi, l'Association Congolaise et Africaine de la Croix-Rouge qui construisit de nouveaux hôpitaux à Boma et à Léopoldville ainsi qu'un sanatorium à Banane. Cet organisme finança d'autres hôpitaux par la suite.

Le Roi Léopold II s'est toujours montré soucieux des aspects inquiétants de la santé. Inquiet notamment de l'extension importante de la maladie du sommeil, toujours mortelle, et des autres maladies tropicales, il contribua à la création de l'Ecole de médecine Tropicale de Liverpool en 1897, par un financement de 60.000 francs de l'époque. En 1903, il fit un nouveau don de 65.000 Francs à cette Ecole, pour financer une expédition médicale (Dutton et Todd) pour l'étude des principales maladies rencontrées dans le pays. Un peu plus tard, il offrit une prime de 300.000 F pour le premier chercheur qui trouverait un traitement pour la maladie du sommeil. Ces médecins Dutton et Todd circuleront à travers le Congo, de Boma jusqu'au Maniema, où Dutton mourut en 1905. Enfin, en 1906, le Roi favorisa la création d'un Institut d'Hygiène et de maladies exotiques en Belgique. Des cours de pathologie des pays chauds avaient déjà été institués dans les universités belges de Gand et de Liège.

L'Ecole de Médecine Tropicale est créée par Arrêté Royal du 10 septembre 1910, d'abord à Bruxelles (Ministère de l'Agriculture), ensuite au parc Duden et enfin à Anvers.

En 1908, l'EIC (Etat Indépendant du Congo) devient le Congo Belge

Le relèvement du niveau de la santé de la population et la lutte contre les maladies infectieuses et parasitaires, dont on ignorait, au début du XX^{ème} siècle encore, bien souvent, les causes et dont les remèdes étaient à découvrir, furent considérés par le gouvernement colonial comme un de ses principaux devoirs. Le voyage du Prince Albert en 1909, voyage organisé par le Roi Léopold II, contribua par ses observations et recommandations à développer davantage le service de santé au bénéfice des populations. De 1911 à 1928, le service médical s'organise, en développant principalement la lutte contre la maladie du sommeil et les autres maladies transmissibles. Le service médical reçoit sa véritable organisation en 1922 en devenant autonome, dépendant directement du Gouverneur général. Ce service se développe considérablement avec un budget en forte hausse.

L'immensité du pays et la faible densité de la population (cinq habitants par kilomètre carré) constituaient d'importants écueils. Pour atteindre les populations, il fut donc décidé de ne maintenir dans les centres médicaux (hôpitaux et dispensaires) qu'un personnel réduit et d'envoyer dans l'intérieur du pays des équipes médicales itinérantes, afin de soumettre toute la population à des examens de dépistage des grandes endémies (le fléau le plus grave était la maladie du sommeil) et aux vaccinations préventives. L'action des équipes itinérantes fut consolidée par la construction, au centre des circonscriptions locales, de dispensaires ruraux qui prennent en traitement les malades découverts par les équipes, comme ceux qui s'y présentent spontanément pour le traitement d'affections de toute nature.

Parallèlement à cette action en zones rurales, les chefs-lieux des districts, et ensuite des territoires, furent dotés peu à peu de formations médicales plus importantes. En 1920, les services du gouvernement comptaient 34 établissements hospitaliers pour les nationaux totalisant 3.040 lits. A ces chiffres, il faut ajouter les formations médicales missionnaires et celles des sociétés commerciales. **En 1946, on comptait un total de 190 hôpitaux avec 21.178 lits et en 1956, 293 hôpitaux et 42.910 lits.**

La décentralisation se poursuit au Congo et de plus en plus d'autonomie administrative s'organise vers l'intérieur du pays. Les responsabilités des Gouverneurs de Provinces augmentent.

Après la guerre de 1914 – 1918, la Belgique s'occupa également des services sociaux au Rwanda-Urundi. Dans ces pays, pendant longtemps, on se déplacera à cheval ou à pieds.

- 1920 : Création du laboratoire de Kitega où l'on produit notamment des vaccins (notamment contre les méningocoques).
- 1922 : Inauguration de l'école d'Assistants médicaux de Kitega.
- 1923 : La tutelle de ces pays est officiellement confiée à la Belgique par la Société des Nations.
- A partir de 1929, après la famine de l'année précédente, les autorités belges organisent le pays et prennent des mesures dans les domaines de l'économie et du médical. Les missions avaient cependant déjà établi un réseau de dispensaires.
- 1936 : Le laboratoire de Kitega est transféré à Astrida (Butare) où sera créée plus tard une Université.

Pendant la guerre 1940 –1945, le Pian a pratiquement disparu au Rwanda-Urundi. Les recherches se poursuivent au laboratoire d'Astrida avec des résultats remarquables. Après la guerre, une vaste campagne contre le paludisme, avec des pulvérisations et des travaux d'assainissement permirent de diminuer sensiblement la mortalité infantile.

Outre les efforts du Gouvernement et des missionnaires, il faut signaler également l'action de CEMUBAC (Centre d'Etudes Médicales de l'Université de Bruxelles en Afrique Centrale) qui, après des prospections pour la lutte contre la tuberculose et après l'intervention du FBEI (Fonds du Bien Etre Indigène), inaugure en 1953 le sanatorium de Kibumbu au Burundi, et ensuite celui de Rwamagana au Ruanda.

Le niveau de santé des populations ne dépend pas seulement du service médical. Il dépend également de l'éducation, de la nutrition, du développement économique global, mais aussi de la densité des populations, des moyens de transport disponibles, de la recherche, des budgets disponibles, de la participation des populations à l'effort et de la qualité du personnel de santé.

Le dispositif médical au Congo Belge était le fruit d'activités associées, dans le domaine de l'infrastructure, de la recherche universitaire et opérationnelle, de la médecine préventive, curative et promotionnelle, de l'hygiène et de l'enseignement, sous l'impulsion de l'administration coloniale, de toutes les structures présentes de la société pour qui la notion de santé était le mot d'ordre impératif.

Les efforts du gouvernement colonial se virent cependant secondés par de nombreuses initiatives privées émanant des missions religieuses et certaines associations philanthropiques médicales (La Croix-Rouge, Fomulac (Fondation Médicale de l'Université de Louvain au Congo), Cemubac, le Fonds Social du Kivu, la Fondation Symetain, Foperda ...). De leur côté, les sociétés étatiques et privées, tenues par les dispositions législatives à assurer les soins médicaux à leur main d'œuvre, mirent un point d'honneur à collaborer à l'action du gouvernement au profit des populations. En vertu d'accords avec le gouvernement, ce dernier maintenait la coordination des actions, mais allouait des subsides importants.

Enfin, le gouvernement compléta son œuvre en créant certains organismes para-étatiques spécialisés, notamment le FOREAMI (Fonds Reine Elisabeth pour l'Assistance Médicale aux Indigènes) et le FBEI (Fonds du Bien Etre Indigène).

Un Arrêté Royal du 8 octobre 1930 porte création du FOREAMI, initiative des Souverains belges, du Gouvernement et du Parlement. Revêtu de la personnalité civile, il regroupe dans son Conseil d'Administration les universités, l'Institut de Médecine Tropicale, des sociétés scientifiques, religieuses et privées. Depuis 1931, le FOREAMI fut chargé de l'assistance médicale, de l'assainissement et de l'équipement sanitaire, successivement au Bas-Congo et au Kwango. En 1953, il créa, à la demande du Gouvernement, une section Père Damien, chargée de stimuler et de coordonner la lutte contre la lèpre dans toute l'étendue du Congo et du Ruanda-Urundi. En 1955, il accepta de mettre sur pied l'ORAMEI, (l'Œuvre Reine Astrid pour la Mère et l'Enfant Indigènes). Enfin, en 1957, il fut chargé également par le Gouvernement de réaliser une occupation médico-sociale intensive dans certains territoires de l'Uélé et de lutter contre la maladie du sommeil dans la vallée de la Ruzizi.

Parallèlement à cette action du FOREAMI en zones rurales, les chefs-lieux des districts, et ensuite des territoires, furent dotés peu à peu de formations médicales plus importantes. La fin de la

deuxième guerre mondiale vit le début de l'exécution du **plan Van Hoof-Duren** d'occupation générale du pays par un réseau de formations médicales. Ce plan visait à édifier, au chef-lieu de chacun des cent trente-huit territoires du Congo, un Centre Médico-Chirurgical desservi par deux médecins et, dans l'intérieur des territoires, un certain nombre de dispensaires ruraux supervisés et encadrés par les équipes médicales. Des responsabilités importantes étaient confiées aux infirmiers responsables des dispensaires et des agents sanitaires assuraient leur supervision et organisaient les examens systématiques des villageois. Ce plan avait comme objectif de généraliser une expérience qui faisait suite à un accord conclu entre la FOMULAC (Fondation Médicale de l'Université de Louvain au Congo) et le FOREAMI pour que soit desservie la zone à l'Est de la rivière Inkisi au Bas-Congo. La FOMULAC, installée à Kisantu depuis 1926, ne faisait pas partie du FOREAMI, mais avait accepté de suivre dès 1933 les mêmes principes de travail, basés sur :

- a. Le réseau médical de la FOMULAC comprend 1 hôpital central de 250 lits desservi par 5 médecins, 3 maternités rurales desservies par un assistant médical et 15 dispensaires ruraux tenus par un infirmier expérimenté.
- b. Tous les médecins de l'hôpital, chirurgiens et obstétriciens y compris, participent à une visite mensuelle des dispensaires et maternités en apportant leurs conseils techniques.
- c. Quatre équipes mobiles de dépistage semestriel des maladies transmissibles sont parvenues à éradiquer en 1954 la maladie du sommeil et la lèpre.

Importée en Chine par un missionnaire catholique qui avait séjourné au Congo belge et étudié cette politique de santé, cette stratégie fut adoptée dans les années 60 par le Gouvernement communiste qui instaura un système sanitaire proche des populations avec des responsabilités décentralisées, système appelé parfois "les médecins aux pieds nus". La Tanzanie et le Venezuela lancèrent également, vers cette époque, des programmes comportant une enveloppe de soins de santé primaires pour les populations rurales.

A l'issue de la deuxième guerre mondiale, le Gouvernement va investir pour développer le service médical au bénéfice des populations du Congo et du Ruanda-Urundi, territoire placé sous sa tutelle. Le Gouverneur Général du Congo, Pierre Ryckmans, s'inquiète de l'augmentation de la disparité entre le développement des grands centres qui ont connu une industrialisation spectaculaire pendant la période de guerre et celui du monde rural.

Dès 1946, le Gouvernement belge nomme une commission chargée de proposer des mesures pour améliorer les conditions de vie des populations rurales, dans les plus brefs délais. Le 1^{er} juillet 1947, le FBEI (Fonds du Bien Etre Indigène) est officiellement créé. Le Fonds a qualité d'établissement public et a la personnalité civile. Ses actions, qui viennent en appui aux interventions du gouvernement colonial, donnent la préférence à des investissements générateurs de ressources pour la population et visent à impliquer les villageois et à susciter des initiatives locales. Dès le départ, il est doté de moyens financiers importants : remboursement des dettes de guerre du Congo, majeure partie des gains de la Loterie coloniale, soit 4,5 milliards de FB de 1948 à 1963. Ses réalisations furent importantes et il serait trop long d'en dresser la liste. Disons seulement que son action s'exerça dans la lutte contre la malnutrition, la construction de nombreux hôpitaux et dispensaires ruraux ainsi que des écoles rurales, sans oublier l'approvisionnement en eau potable, l'animation rurale et plusieurs études spécifiques. Dès 1958, il africanise les cadres et introduit une forme de co-gestion, impliquant les populations locales dans la définition des projets et leur gestion.

C'est ce qui lui permit de continuer à fonctionner dans des conditions acceptables jusqu'en 1963, mais avec des moyens de plus en plus limités, les bénéfices de la Loterie étant répartis sur de nombreuses institutions.

1960

Les répercussions des bouleversements générés par l'indépendance du Congo en 1960 sur les structures médicales furent catastrophiques, malgré des efforts méritoires de l'Organisation Mondiale de la Santé qui lança l'"Opération Congo", en envoyant du personnel médical, recruté dans différents pays à l'initiative de la Croix Rouge Internationale.

Refusant d'admettre la fin de l'action belge au Congo, S.A.S. le Prince Stéphane d'Arenberg, docteur en médecine, et le docteur Kivits, médecin au ministère des Affaires africaines et ancien fonctionnaire du Congo, effectuèrent fin juillet 1960, en pleine crise de l'indépendance, une mission médicale à Léopoldville. L'objectif de cette mission était de prendre contact avec les autorités locales et les représentants des Organisations Internationales, afin d'examiner ensemble les modalités d'insertion des médecins belges dans le dispositif que ces instances s'efforçaient de mettre en place pour éviter l'effondrement des services de santé. L'opération s'effectua dans un contexte difficile et l'accueil à Kinshasa fut plutôt froid. Le Prince d'Arenberg prolongea sa mission jusqu'en janvier 1961. Au cours de ce séjour, par sa diplomatie, son courage, son dévouement et sa persévérance, le Prince parvint à approcher toutes les autorités politiques du pays, à restaurer la confiance envers la Belgique et à faire germer l'idée d'une participation belge à l'organisation médicale.

Dès son retour en Belgique au début de l'année 1961, le Prince d'Arenberg put convaincre Sa Majesté le Roi Baudouin et les plus hautes autorités belges du climat d'espoir qui permettait de rétablir les relations amicales entre la Belgique et le Congo, à condition de fonder ces relations sur des actions humanitaires, personnalisées et directes, répondant aux besoins immédiats de la population et dégagées des entraves administratives et juridiques. Ce fut là l'origine du Fometro, une ASBL fondée à la demande du Souverain, par feu le Ministre d'Aspremont-Lynden, car il n'existait alors aucune administration de la coopération. Cet organisme, le Fonds Médical Tropical, fut créé le 17 avril 1961.

Le Fometro fut institué comme organe consultatif de l'administration belge pour la coopération médicale jusqu'en 1990. Réunissant au sein de son conseil d'administration des représentants des divers organismes médicaux et scientifiques belges (universités, IMT-Anvers, Ministère de la santé ...) qui reprirent des activités médico-sanitaires dans les pays assistés par la Belgique, il assurait l'indispensable coordination entre les activités de ces différentes institutions.

Plus tard, en 1964, lors de l'accession à l'indépendance du Rwanda et du Burundi, l'administration de la coopération eut recours au Fometro pour définir, en accord avec les autorités des pays intéressés, les lignes d'une coopération médicale et exécuter les programmes spécifiques définis pour ces pays (Tuberculose, trypanosomiase, paludisme, bilharziose, lèpre, formation ...).

Au Zaïre de l'époque, des expériences menées à la demande du Ministre de la santé (Commissaire d'Etat à l'époque), le Professeur M. Nguete, visant à offrir à tous la possibilité d'avoir accès aux soins essentiels, grâce au développement de structures opérationnelles appelées "zones de santé", se développèrent à Kisantu (Fometro), à Kasongo (IMT) et à Bwamanda (CDI), à l'initiative de coopérants médicaux belges, ainsi qu'à Vanga avec le docteur Fountain, médecin américain. Après

plusieurs années, ces expériences permirent au Ministère de la Santé de promulguer, en 1977 (un an avant l'OMS à Alma-Ata), une politique officielle basée sur la priorité à accorder aux soins de santé primaires. Ces modèles de soins, qui prévoient une participation de la communauté et donnent plus de responsabilités aux agents de santé des dispensaires périphériques, furent également expérimentés ultérieurement à Pikine (Sénégal), à l'initiative de la coopération médicale belge.

L'OMS et l'UNICEF font une synthèse de ces concepts et organisent à Alma-Ata (l'actuelle Almaty au Kazakhstan) en septembre 1978 une conférence internationale sur les soins de santé primaires, qui débouche sur une déclaration finale mieux connue sous l'appellation "Déclaration d'Alma-Ata : Santé pour tous en l'an 2000". Cette déclaration, faite un an après le lancement de la politique de santé du Zaïre, souligne que l'accès aux soins de santé primaires (soins essentiels) est un droit humain fondamental et décrit le concept de ces soins dont les grands principes sont les suivants :

- Fournir une réponse globale aux problèmes de santé ;
- Nécessité d'assurer une accessibilité géographique, financière et culturelle ;
- Assurer une participation active des individus et de la communauté ;
- Garantir des soins efficaces, scientifiquement corrects et justifiés.

Dans des pays comme la R.D.C, le Rwanda, le Sénégal et l'Equateur, l'expérience du terrain des médecins coopérants belges a largement contribué à cette adaptation du système de santé et à une nouvelle formulation des politiques sanitaires, basées entre autres sur l'introduction de la notion d'une entité opérationnelle (District sanitaire ou Zone de Santé), composée d'un hôpital et des différents centres de santé périphériques, avec des relations fonctionnelles entre eux.

En raison de la dégradation des structures économiques, de l'absence d'investissements dans les services sociaux, de guerres civiles, de catastrophes naturelles et de l'épidémie de SIDA en Afrique subsaharienne, il est apparu clairement dans les années 80 et 90 que l'objectif de la "santé pour tous en l'an 2000" par la politique des soins de santé primaires ne serait pas réalisé.

Que les objectifs d'Alma-Ata sont toujours d'actualité, cela s'est vu confirmer par les participants à la Conférence "Soins de santé pour tous", organisée de concert par la DGCD et l'IMT-Anvers, pendant la présidence belge de l'Union Européenne en 2001, et à laquelle ont participé, entre autres des ministres et des directeurs de santé de quinze pays africains.

Jusqu'en 1990, le Fometro s'est efforcé, parallèlement à son engagement dans les structures sanitaires verticales et lors des situations d'urgence, à maîtriser les grandes endémies (Trypanosomiase, lèpre, tuberculose, bilharziose ...), à apporter une aide au programme d'éducation sanitaire, un appui à l'enseignement médical et un soutien au développement des structures de santé de base, semblables au système du FOREAMI, c'est-à-dire les "zones de santé". Plus de 40 zones avaient été rendues opérationnelles avant 1990. Lors de l'arrêt de la coopération belgo-zaïroise en 1990, Fometro et quelques autres ASBL ont poursuivi leurs activités d'appui aux populations congolaises sur fonds propres. Depuis 1990, l'action du Fometro se poursuit, comme ONG, d'abord sur ses propres réserves financières et ensuite avec l'appui de différents organismes et l'aide généreuse de personnes privées.

Après l'indépendance, d'autres ASBL ont aussi poursuivi leur action, financées en partie par les services de la coopération belge, (OCD et ensuite AGCD, comme CEMUBAC, FOMULAC, la Fondation Damien, l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers) pour ses programmes de recherche et

d'enseignement, ainsi que son appui au développement des zones de santé à Kasongo et à Kindu, etc. Il faut signaler également les actions remarquables menées par la Fondation belge des Rotary clubs pour l'éradication de la poliomyélite au Congo, au Rwanda et au Burundi (opération Polio Plus), par la "Fondation Ryckmans" et par celle soutenue par Madame Fierens, qui a pris le relais de son défunt mari dans la province du Katanga, et notamment dans la zone de Kapolowe où, avec l'appui du secteur privé et de la population locale, se créent des écoles et des centres de santé.

Actuellement, nous observons qu'une multitude d'ONG de différents pays exercent des activités sanitaires en R.D.C., au Ruanda et au Burundi. Si certaines de ces organisations développent des activités réelles et positives de "développement", beaucoup d'entre elles n'attachent d'importance qu'à une aide de type humanitaire. L'appui humanitaire est certes nécessaire, mais il ne débouche sur aucune amélioration de la situation à la fin de la crise qui a nécessité l'intervention.

Pour terminer, je souhaite attirer l'attention sur quelques points qui me semblent très importants :

1. Certes, l'aide humanitaire apportée par la communauté et les organisations internationales à des personnes en danger de mort est non seulement recommandée, mais elle est moralement obligée.
2. Cette aide humanitaire ne suffit cependant pas. Elle doit être associée à des actions de développement, pour pouvoir garantir l'avenir. Il faut plus de rigueur dans les études des dossiers, de la part des donateurs et des bénéficiaires. Il faut également que ces aides viennent en complément d'un effort national et local. Des interventions de pure substitution aux obligations des responsables nationaux risquent de créer un pays et une population qui deviennent "des mendiants internationaux".
3. L'avenir des populations de pays comme la R.D.C., le Ruanda et le Burundi est de la responsabilité des dirigeants et des cadres de ces pays, et non de la communauté internationale. Or, ne peut-on se poser des questions lorsque l'on constate qu'en RDC, le budget national consacré aujourd'hui aux services médicaux est de loin inférieur à celui de l'Etat Indépendant du Congo, qui était pourtant critiqué pour sa faiblesse.

Et il ne faut pas comparer avec le financement des services de santé du Congo-Belge, qui était d'un peu plus de 10% du budget ordinaire de l'Etat, de 1946 à 1960, sans parler du budget extraordinaire, ainsi que des apports des sociétés privées et des institutions comme le FOREAMI, le FBEI et les organismes philanthropiques.

La même inquiétude existe pour un autre secteur social, celui de l'enseignement, qui est pourtant d'une importance capitale pour la santé et l'avenir du développement des populations.

4. Enfin, il est regrettable de constater qu'une conception correcte de la notion du "Bien public", qui ne peut se confondre avec celle des "intérêts personnels", n'est pas encore suffisamment développée.

Docteur J.F. Ruppol
Ancien coopérant

Documentation :

Médecine et Hygiène en Afrique Centrale de 1885 à nos jours

P.G. Janssens, M. Kivits et J. Vuylsteke

Edité en 1992 par la Fondation Roi Baudouin

Santé et maladies au Rwanda

Réalisé en 1982 par :

Département d'Epidémiologie et de Médecine sociale - UIA

Faculté de Médecine, Université Nationale du Rwanda

Ministère de la Santé Publique, Kigali, Rwanda

Administration Générale de la Coopération au Développement, Bruxelles

La Santé en Afrique belge

Edité en 1958 par l'Inspection Générale de l'Hygiène du Ministère du Congo Belge et du Ruanda-Urundi

Publié par Infor Congo

Le Développement rural en Afrique Centrale 1908-1960/1962

V. Drachoussoff, A. Focan, J. Hecq

Edité en 1991 par la Fondation Roi Baudouin