

Une page d'histoire du Congo : « ces maladies qui les décimaient »
Congo disease's history: those killers

Ndaywel E Nziem

Isidore Historien

Professeur des Universités (UNIKIN)

(CONFERENCE INAUGURALE du II^e congrès AFMED, Kinshasa, 18 novembre 2013)

Laissez-moi vous dire, en préambule à cet exposé, combien je suis impressionné par l'importance que prend votre réseau associatif, un an seulement après sa naissance ; impressionné aussi par l'enthousiasme que suscite cette initiative de mutualisation et, par l'excellente qualité de vos travaux qui transparait d'ores et déjà par le programme si riche des travaux et par la diversité des compétences réunies ici et maintenant. Au

propre comme au figuré, votre association s'annonce comme une société savante dont les congrès constituent de belles opportunités d'échange sur l'état des connaissances, et de partage d'expériences acquises ici et ailleurs, ailleurs et ici. C'est du reste le programme de la présente session.

Témoin de la montée en puissance de vos activités depuis votre premier rendez-vous, je tiens donc à vous remercier pour l'immense privilège que vous m'accordez d'introduire vos travaux par un rappel d'information sur l'histoire des épidémies dans notre beau pays.

A l'épreuve des maladies sans frontières

Quand on interroge l'histoire de notre vécu dans la « mondialisation », depuis ses débuts à la fin du XV^e

siècle (*Le navigateur portugais, Diogo Cão arriva*

à l'embouchure du Congo en 1483 offrant aux Congolais l'occasion de découvrir l'existence d'un autre monde en dehors de l'Afrique. Une décennie plus tard, le génois Christophe Colomb révéla à l'Europe l'existence du continent américain. C'est Fernão de Magalhães

(Fernand de Magellan) qui clôtura le cycle des découvertes continentales par son voyage maritime autour du globe entre 1519 et 1522) jusqu'à ce jour, deux

situations particulières sont à la base de la prolifération des épidémies. D'abord, l'apparition des « maladies nouvelles », inconnues jusque-là, à la faveur des contacts avec l'extérieur, ensuite la diffusion accélérée de leurs germes à partir des terrains fertiles d'expansion que sont les concentrations humaines dans les villes et naguère, dans des centres extra-coutumiers, des cités d'ouvriers, des colonies scolaires ou des lieux de grand marché. Nous connaissons aussi des cas des maladies qui se sont imposées non pas par diffusion à partir de l'extérieur mais par innovation locale, comme dans le cas de la fièvre Ebola qui porte d'ailleurs un nom issu du terroir. Les périodes récentes de ces temps forts d'expansion des maladies sont connues. La toute récente se situe à la fin des années 90 avec l'avènement des guerres rwandaises du Congo (guerre de libération et guerre d'agression) qui nous ont valu la présence massive des réfugiés, mais aussi celle d'une pluralité de troupes étrangères et de milices. Pour rappel, l'espace national a abrité à l'époque une pluralité de « guerres sans frontières » qui ont occupé tout le territoire situé à l'Est d'une ligne allant de Gemena à Pweto, en passant par Manono, avec

une pointe avancée vers Mbuji-Mayi. Autrement dit, les deux Kivu, le Maniema, une grande partie du Katanga, du Kasai oriental et de l'Equateur.

Au total, une douzaine de conflits armés imbriqués les uns dans les autres : celui qui opposait les FARDC aux groupes rebelles et alliés ; le Rwanda, le Burundi et l'Ouganda contre leurs rebellions respectives ; l'Angola contre l'Unita ; le Rwanda et l'Ouganda contre l'Angola et le Zimbabwe ; le Soudan contre l'Ouganda ; les

Mayi-Mayi contre le Rwanda et les rébellions congolaises. Cette page douloureuse de notre histoire est à la base de nombre de méfaits. Aux pertes humaines et catastrophes écologiques, il faut ajouter la transmission généralisée des virus du sida à l'occasion des viols systématiques érigés en stratégies de guerre.

Avant cela, les années 60 ont apporté leur lot de microbes. La présence des troupes de l'ONU au Congo (ONUC), composées des Indiens, Pakistanais, Marocains, Ghanéens, Tunisiens et autres, tous des ressortissants des pays du Sud, à l'exception des troupes suédoises, venues donc du pays du secrétaire général de l'ONU lui-même, monsieur Dag Hammarskjöld. A cela s'ajoutaient des mercenaires sud-africains au Katanga. Le coût sanitaire de cette opération n'a pas été évalué. On sait cependant qu'elle a assuré l'expansion des maladies vénériennes jusque dans l'arrière-pays ; elle aurait transmis aussi des pratiques homosexuelles auprès des nationaux recrutés, malgré eux, comme partenaires.

La période la plus importante est celle de la fin du XIX^e siècle et du début du XX^e sur laquelle je vais m'étendre quelque peu.

D'abord quelle était la situation médicale de nos populations avant notre entrée en « mondialisation » ? Apparemment, nos ancêtres auraient disposé d'un état de santé de loin plus confortable que dans la suite, grâce à une sorte d'équilibre assurée par la qualité de la nourriture, toute naturelle, et l'efficacité des soins traditionnels.

Les causes de décès auraient été essentiellement d'ordre accidentel ou socio-politique : intempéries, noyades, morsure de serpents, agression de fauves, accouchements problématiques, quand il ne s'agissait pas des conséquences des ordalies, des empoisonnements ou des guerres intercommunautaires.

Pour nous en convaincre, questionnons des étrangers qui ont rendu visite à nos ancêtres aux

temps anciens. Le portugais Duarte Lopes qui vivait au Congo et, dont le témoignage avait été retranscrit et publié en 1591 par Filippo Pigafetta, un humaniste italien, n'a trouvé rien de particulier à signaler, sur les habitants du Congo, en dehors de la couleur noire :

« Hommes et femmes sont noirs ; quelques-uns le sont moins, tirant sur l'olivâtre. Ils ont les cheveux crépus et noirs, certains les ont roux. La stature des hommes est de moyenne grandeur ; sauf leur peau noire, ils ressemblent aux Portugais. La pupille de leurs yeux est de couleur variée, noire ou de la couleur de la mère. Leurs lèvres ne sont pas épaisses comme celles des Nubiens et des autres Noirs. Aussi leurs visages sont-ils gros ou fins, variés comme ceux des habitants de nos pays, et non comme ceux des Noirs de Nubie et de Guinée qui sont difformes » (Pigafetta, F. et Lopes, D., *Description du royaume de Congo et des contrées environnantes (1591)*, traduit de l'italien et annotée par Willy Bal, Louvain, Nauwelaerts, pp. 19-20).

Même type de discours de la part du Jésuite espagnol, Matheus Cardoso. Dans son ouvrage la *Historia do Reino do Congo* (c. 1624). Il écrit :

« Le Congo est un royaume chrétien situé dans l'Ethiopie Occidentale ... il est de sol fertile et abonde en toutes choses nécessaires à la subsistance de la vie humaine. Cependant ses habitants se contentent de peu, et conformément à la loi naturelle, ils vivent de leurs cultures et élevages (...) Le royaume est assez peuplé, mais autrefois il le fut bien plus (...) Parmi toutes nations païennes qui habitent l'Ethiopie Occidentale et peut-être l'Ethiopie Orientale, ils furent, dès leur origine, les plus policés dans leurs coutumes, les moins barbares et les plus obéissants à la raison. Car, en premier lieu, jamais il n'eut parmi eux d'idoles ni de temples où les adorer ou vénérer. Ils connaissaient seulement

Dieu, qu'ils appellent *Nzambi ampungu*, ce qui veut dire : seigneur suprême du ciel, et qu'ils adoraient comme auteur de tout bien » (Cf.,

« Histoire du Royaume du Congo c. 1624 », *Etudes d'Histoire Africaine*, IV, Louvain-Paris, Nauwelaerts, 1972, pp. 55, 59, 61).

De cette époque antique, on ne note donc aucune allusion à une possible médiocrité de l'état de santé des hommes et des femmes au Congo. Non seulement ils auraient été des humains, exactement comme des Portugais, mais ils auraient eu un sens élevé de la transcendance, à en

juger par leurs croyances. La seule chose, qui serait à déplorer, comme prix d'entrée en mondialisation, c'est bien entendu la traite négrière, avec pour corollaires, quelques phénomènes marginaux comme l'introduction du tabac ou l'introduction et l'expansion des chiques et autres insectes. C'est un navire anglais provenant du Brésil qui jeta sur la plage d'Ambriz du sable contaminé de chiques qui traînait dans le bateau. Ces bestioles se mirent aussitôt à l'œuvre en se propageant dans la région. En 1872, leur présence fut généralisée sur la côte atlantique. En 1885, on se plaignait déjà de leur présence au niveau du pool Malebo. La propagation allait se poursuivre de proche en proche jusqu'à atteindre la côte de l'océan Indien.

La suite de l'histoire est connue. Le XIX^e siècle fut le siècle de l'invention et du développement des machines, principalement à partir de l'Angleterre. La mobilisation de l'énergie humaine n'était plus indispensable à grande échelle. L'abolition de la traite négrière devint donc possible. Elle le fut effectivement pour des raisons prétendument humanitaires. L'intérêt mondial se focalisa sur d'autres ressources, notamment l'ivoire d'abord, le caoutchouc ensuite à cause de la création du pneumatique. En effet, le britannique John Dunlop venait d'inventer le pneu à base du caoutchouc gonflé et l'américain Charles Goodyear avait découvert d'autres usages possibles du caoutchouc pour la fabrication des bottes et des imperméables. Il fallait donc procéder à la récolte du latex à partir des lianes à caoutchouc des forêts congolaises. Pour se procurer les matières premières, ivoire, caoutchouc ou autres, les étrangers ne pouvaient donc plus se contenter de demeurer sur les côtes maritimes. Il fallait désormais pénétrer dans l'arrière-pays, contrôler les sources d'approvisionnement et s'octroyer des zones d'influence.

La mise en place des sociétés de géographie devenait incontournable pour la connaissance des terrains.

On en était donc arrivé au siècle des « explorations » des voyageurs étrangers. Ceux-ci se faisaient accompagner des auxiliaires africains recrutés dans des régions du continent déjà sous domination étrangère. C'est ainsi que Stanley procéda au recrutement des *Zanzibaristes* (Tanzaniens actuels de Zanzibar) pour réaliser sa première traversée du Congo en 1874. Recruté par

Léopold II, il procéda au même recrutement en 1877 pour créer des stations, au compte du Comité d'études du Haut-Congo. Par la suite, on fit appel aux Haussa, Sierra-Leonais, Comoriens, Libériens, Egyptiens, Somaliens et bien d'autres nationalités, y compris des Chinois pour les travaux du Chemin de fer. Entre 1883 et 1901, il y a eu au total plus 12000 étrangers (Ndaywel è Nziem, I., *Histoire Générale du Congo. De l'héritage ancien à la République Démocratique*, Louvain-la-Neuve-Kinshasa, Duculot-Afrique éditions, 1998, p.283).

Le coût sanitaire de cette expansion est beaucoup mieux connu. Sur le plan des individualités, les maladies nouvelles les plus courantes ont été des *maladies vénériennes*. Elles firent leur entrée au sein de nos sociétés à cette époque où l'on ne connaît pas encore l'antibiotique pour lutter contre des agents infectieux. Les effets les plus désastreux se sont manifestés dans les régions du pays où il y avait une plus grande tolérance dans les pratiques hétérosexuelles frisant l'inter-sexualité généralisée. La dénatalité aurait été manifeste même après l'indépendance.

Dans ce même contexte, la *maladie du sommeil* s'est imposée comme une véritable peste. Elle avait été repérée en Afrique de l'Ouest (Guinée) vers 1742 et, on l'avait également signalé aux alentours du lac Victoria. C'est vers la fin du XIX^e siècle qu'elle fit une entrée fracassante dans nos régions, assurant une double pénétration : par le Maniema à la faveur des raids esclavagistes et, par la côte atlantique, avec les auxiliaires des voyageurs européens. Ainsi, les diverses missions exploratrices, les conquêtes esclavagistes, l'essaimage des travailleurs venus d'autres régions du continent, tout cela a multiplié les contacts entre les porteurs de trypanosomes et les mouches tsé-tsé ; celles-ci se chargèrent à leur tour d'infester les populations des régions traversées. Là où la recrudescence était remarquée, on assista à de véritables hécatombes. A Kisantu, en 1894, on enregistra 723 décès. A la colonie scolaire de Berghe-Sainte-Marie (Kwamouth actuel), fut célébrée à la fois, le 13 avril 1899, une messe de mort pour 503 défunts.

Mais tout ne s'arrêta pas là. La variole et la fièvre espagnole firent également leur entrée et se diffusèrent de manière rampante, sans qu'on en prenne conscience. Le témoignage que nous a rapporté le Père De Deken est fort éclairant, en même temps qu'il rend compte de ce que les

autochtones n'étaient pas totalement inconscients des effets néfastes de la présence étrangère.

« Au départ d'un voyage de Léopoldville à Luluabourg avec le steamer « le Stanley », le Père (...) amena Fataki, son serviteur. Deux jours plus tard, le gamin présenta tous les symptômes de la variole. On l'isole dans la chaloupe remorquée par le steamer et le voyage continue. Bientôt, sur le bateau, des Noirs de plus en plus nombreux présentent les mêmes symptômes. Pour enrayer l'épidémie à bord, on en débarque seize un jour et dix autres quatre jours plus tard, tous munis d'articles d'échange en suffisance pour se procurer à manger auprès des riverains pendant trois semaines au moins, jusqu'au retour du steamer. Ce geste inconscient fut la base d'une véritable catastrophe. Les riverains qui se laissèrent attirer par les produits d'échange, reçurent la maladie et portèrent la contagion dans les villages avoisinants. Un an plus tard, la petite vérole désolait encore la région de Sankuru : 10 mille Nègres avaient succombé, des villages avaient été abandonnés ou brûlés par leurs habitants, émigrés ensuite vers le lac Léopold II.

Et (...) dans la suite, le *Stanley* que l'on reconnut parfaitement (lors de ses voyages ultérieurs) et qu'on accusait d'avoir amené la peste dans le pays, fut assailli furieusement à coup de flèches et de sagaies » (De Deken, C., *Deux années au Congo*, Anvers, 1902, pp. 142-143).

La conséquence la plus immédiate de ces épidémies, ajoutées aux corvées de nourriture et du portage ainsi qu'aux violences de la récolte du caoutchouc fut incontestablement la baisse spectaculaire de la démographie du pays. D'après les estimations de Léon de Saint Moulin (1987), le Congo présentait vers 1880 un effectif de 20 mille habitants. Jusqu'en 1930, cet effectif ne fit que décroître jusqu'à atteindre les 10 252 mille habitants. C'est à partir de cette année-là qu'on enregistra le début d'une lente progression. Ce n'est que vers 1970, que le Congo atteignit à nouveau le chiffre de la population qui était le

sien vers 1880 (Ndaywel è Nziem, I., *Nouvelle histoire du Congo. Des origines à la République Démocratique*, Bruxelles-Kinshasa, Le Cri-Buku, 2012, p. 319).

Cette progression a été la conséquence de la politique médicale de la colonisation, depuis la construction en 1889 du tout premier hôpital à Boma, la capitale. On est en droit de déplorer qu'il n'y eût pas d'avantage de réalisations

similaires dans d'autres régions du pays, à cette époque où l'économie de l'Etat Indépendant du Congo était plus que prospère. Léopold II préféra s'amuser avec l'argent du Congo en poursuivant sa politique des grands travaux en Belgique. Il a fallu attendre l'ère du Congo belge pour enregistrer de nouvelles initiatives dans ce sens. En 1925 est créée la FOMULAC, *Fondation médicale de l'université de Louvain au Congo* dont on va parler plus loin. En 1930, le FOREAMI, *Fonds de la reine Astrid pour l'assistance aux indigènes*, voit le jour. 1938, c'est le tour du CEMUBAC à être créé, le *Centre médical de l'université libre de Bruxelles en Afrique Centrale*.

Notre « Alma Mater » et la situation médicale de la RDC : hier et demain

Il est heureux de noter que la fondation de notre université - université Lovanium, campus de Kinshasa de l'université nationale du Zaïre puis université de Kinshasa - soit le produit d'une initiative médicale. On connaît l'histoire de la fondation de la FOMULAC. Les conférences de l'Avent du Père Charles accouchèrent de la création de l'AUCAM, *l'Association universitaire catholique pour l'aide aux missions* ; celle-ci décida de mettre en place une fondation médicale. Ferdinand Malengreau, professeur de médecine, en devenait la cheville ouvrière. On installa à Kisantu, dès 1926, un hôpital-école. Entre cette date et 1938, 24 à 30 jeunes infirmiers seront formés. Ce sont les premiers Congolais à exercer ce métier. Une implantation similaire voit le jour à Katana au Kivu (1928) et plus tard, au Kasai à Kalenda (1945). Une formation médicale plus poussée est envisagée dès 1935 par la création à Léopoldville mais aussi à Kisantu au sein de la

FOMULAC de l'école AMI (Assistants médicaux indigènes) sur le modèle de l'école de médecine de Dakar qui forme depuis 1918 des *médecins auxiliaires indigènes*.

Entre-temps, on réalise que la simple distribution des soins est quelque peu vaine, si on n'agit pas en amont, par l'amélioration de la nutrition. Cette nouvelle intuition aboutit à la création, en 1933, par la faculté d'Agronomie de Louvain, de CADULAC (Centre agronomique de l'université de Louvain au Congo). Ce centre s'installe à Kisantu en 1933 avant son essaimage dans l'arrière-pays. Entre 1933 et 1952, la FOMULAC

avait formé 56 Assistants Médicaux. L'un d'eux, poursuivant des études, deviendra notre premier Agrégé en médecine (Pierre Diomi, Assistant médical en 1956 et Ph.D. en 1969. Pour rappel, les premiers diplômés en médecine de l'université Lovanium datent de 1962 ; ils avaient été décernés à Dudula Joseph et Kabamba Nicolas).

La mutualisation des créations lovanistes à Kisantu, FOMULAC et CADULAC, auxquels s'ajouta l'Ecole de Science Administrative et Commerciale de Guy Malengreau à partir de 1947, prit le nom dès 1949 du *Centre universitaire Lovanium*. Transféré finalement à Kinshasa, ce Centre universitaire devint, en 1954, *l'université Lovanium* (Cf. Ndaywel è Nziem, I., éd., *Les années Lovanium : la première université francophone d'Afrique subsaharienne*, Bruxelles-Paris, Archives et Musée de la Littérature – l'Harmattan, 2010, 2 tomes ; *L'université dans le devenir de l'Afrique. Un demi-siècle de présence au Congo-Zaïre*, Paris, l'Harmattan, 2007) dotée non seulement d'une faculté de médecine mais aussi des Cliniques universitaires créées à partir du recyclage de l'hôpital de l'OTRACO (Office du Transport du Congo) (Voir notre étude : « Le territoire médical à l'épreuve de l'informel : « survivre » comme infirmière aux Cliniques universitaires de Kinshasa » in G. de Villers, B. Jewsiewicki et L. Monnier éd., *Manières de vivre, Economie de la « débrouille » dans les villes du Congo-Zaïre*, Paris -Bruxelles, l'Harmattan- Institut Africain CEDAF n° 49-50 (série 2001), 2002, pp. 141-170).

Que faire aujourd'hui, pour vaincre à nouveau l'inertie, sortir du simple bilan de bonnes intentions ou de la belle rhétorique sur les soins de santé, pour assurer réellement la couverture médicale aux 69 millions de Congolais ? Que faire pour sortir des chemins battus ?

A l'heure où la décentralisation et la cohésion nationale sont dans l'ère du temps, et que la diaspora congolaise s'interroge sur la contribution qu'elle pourrait apporter au développement du pays et au mieux-être de la population, le chantier médical doit s'imposer parmi nous comme la priorité des priorités. Et, l'Association des Anciens de la Faculté de Médecine de l'Université de Kinshasa doit se considérer comme l'héritière directe de la FOMULAC de l'ancienne université de Louvain. Elle doit faire preuve d'inventivité comme espace de recherche-action.

Naguère, on a connu dans notre pays des projets médicaux particuliers (Prendre connaissance, entre autres, du témoignage du Dr. William T. Close, *Médecin de Mobutu. Vingt ans au Congo parmi les puissants et les*

misérables, Le Roseau Vert, 2007 (traduction de *Beyond the Storm – Treating the powerless and the powerful in Mobutu's Congo/Zaire*, Meadowlark Springs Productions, LLC, 2007), comme le bateau-hôpital ou l'opération de sauvetage de l'hôpital général de Kinshasa (Mama Yemo) par des coopérations étrangères au moment où cette formation médicale était en passe de se transformer en un simple mouvoir. Il serait peut-être utile que l'Association tente une évaluation de ces projets demeurés sans lendemains et qu'elle s'efforce de trouver un avenir à des initiatives d'éducation sanitaire qui ont fait leur preuve, comme celle du Dr. Jacques Courtejoie de Kangu au Mayumbe.

Le dossier qui nous interpelle tous est que l'accès aux soins dans notre pays demeure un casse-tête pour la plupart de nos compatriotes, faute de mutuelles de santé. Une réflexion de fonds devrait être envisagée pour préconiser de nouvelles politiques, adaptées à notre environnement, pour permettre à tous de bénéficier des soins les plus élémentaires. Voilà un projet qui mériterait d'être pris à bras-le-corps, avec des étapes planifiées, à court, à moyen et à long terme.

En attendant, je me suis permis de me demander pourquoi votre Association ne prendrait-elle pas sur elle la charge d'un réseau d'hôpitaux, sur toute l'étendue du pays, en concertation avec les pouvoirs publics et les confessions religieuses, pour en faire de véritables hôpitaux de référence, visités par nos meilleurs spécialistes, soutenus par nos diasporas et leurs partenaires dans le cadre des coopérations décentralisées ?

Dans cette optique, ne pourrions-nous pas préconiser l'organisation d'un *Service Civique Médical*, bien sûr à base de volontariat limité dans le temps, pour assurer à ces hôpitaux de référence de disposer des médecins de qualité ? Cette offre s'adresserait aux jeunes diplômés en médecine qui y seraient envoyés en équipes et non individuellement. Et, lorsqu'une telle initiative aurait démarré, on pourra préconiser que les équipes de médecins soient épaulées par des équipes d'infirmiers et d'assistants sociaux, pour faire de la prévention et prodiguer à la fois les soins et les leçons d'éducation sanitaire et nutritionnelle.

Dans la foulée, des équipes similaires d'enseignants pour écoles secondaires pourraient également être constituées, afin de créer une

véritable dynamique de progrès dans ces différents milieux.

De telles fondations auront, en tout cas, pour effet de résorber partiellement le chômage universitaire, de contribuer à la valorisation de l'arrière-pays et des communautés locales ; elles constitueront également des points d'ancrage tout indiqués pour des stages médicaux, des recherches sur terrain, des récoltes de données diverses notamment sur les connaissances médicales

endogènes. On pourra aussi les utiliser comme structures de veille et de surveillance médicale pour l'apparition éventuelle des épidémies.

Vous excuserez ce langage sans doute trop direct qui n'est que la preuve de mon engagement personnel à accompagner modestement votre Association qui a tant de défis à relever.

Je vous remercie.