

Première expédition automobile transafricaine, la Croisière noire fut un défi lancé en 1924 par André Citroën à ses concurrents de l'époque. Une traversée de l'Afrique, d'Alger au Cap, au travers du Sahara, pour rejoindre le Niger, le Tchad et l'Oubangui-Chari avant d'atteindre le Congo belge. Les carnets de voyage présentés par la fille du responsable de l'expédition, Madame Ariane Audouin-Dubreuil, nous offrent une mine de renseignements, d'observations et de réflexions sur une Afrique en pleine mutation, une Afrique en devenir, dans laquelle la France, et la Belgique pour le Congo, portaient les responsabilités de territoires immenses. Ci-après, grâce à l'obligeance de Mme Ariane Audouin-Dubreuil, le rapport sanitaire de l'expédition, comprenant entre autres les observations du responsable scientifique, le Prof. Bergonier, sur la situation sanitaire du Congo-belge, traversé en janvier 1925.

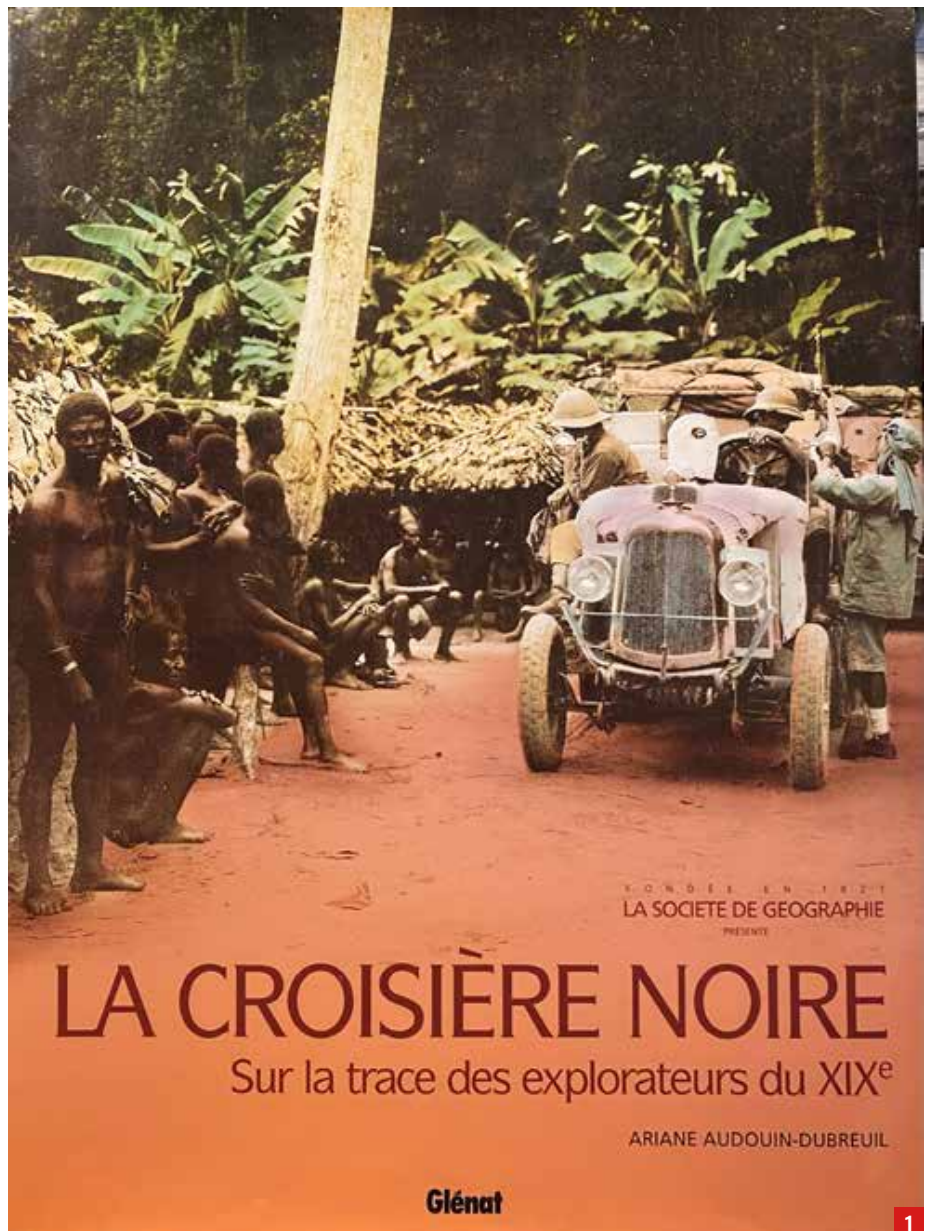
RAPPORT SANITAIRE, ETUDES EPIDEMIOLOGIQUES (PP.151 A 155 DE L'EDITION DE 2014)

Le rapport sanitaire de fin de mission remis au ministre des Colonies est établi par Eugène Bergonier, professeur à l'École de médecine de Dakar, spécialiste des maladies exotiques. Il est attaché à l'Inspection générale des services sanitaires et médicaux de l'A.-O.F.

Sa mission est essentiellement de rapporter la situation démographique et la situation sanitaire dans les colonies traversées depuis le fleuve Niger jusqu'à Madagascar. Il s'agit pratiquement d'une mission d'inspection : un rapport doit être remis au ministère de la Santé publique ; en outre, une note exposera les observations relevées sur l'assistance médicale au Congo, considérée à l'époque comme pouvant servir de modèle.

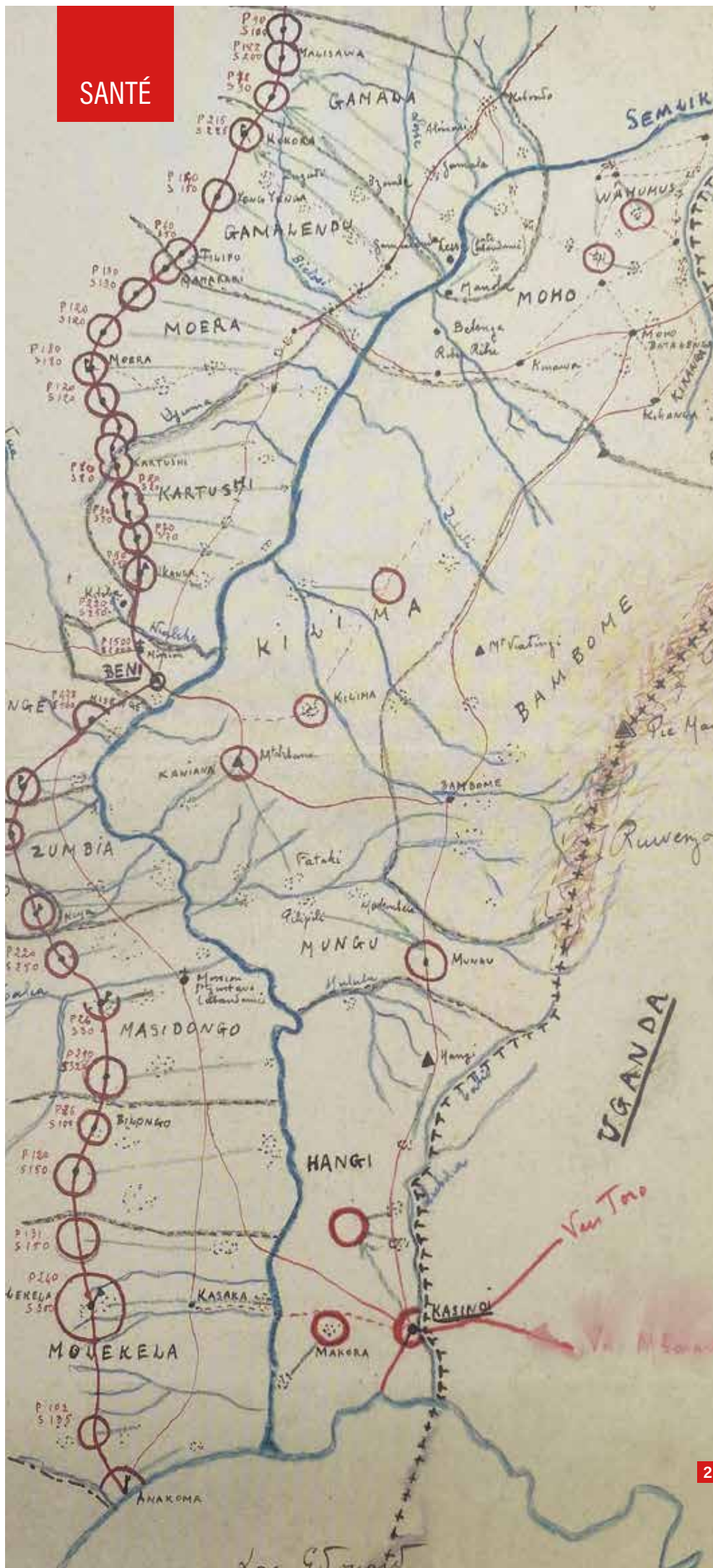
Bergonier dépasse la mission qui lui est fixée. Il mène des travaux de recherche zoologique et plus particulièrement de parasitologie en étudiant la glossine, vecteur de la trypanosomiase ou maladie du sommeil, laquelle décime des populations entières sur le continent africain.

Il établit la carte des épidémies et y situe les régions où sévissent des maladies qui font chaque année des dizaines de milliers de morts : typhus récurrent, paludisme, peste, lèpre et maladie du sommeil. Les régions relevées partent de Bourem au Mali, s'étendent à la forêt équatoriale, à la région des Grands Lacs, au Katanga, au Mozambique et à Madagascar. Un graphique des saisons est établi par le commandant Bettembourg. Bergonier assure le service médical sur la mission Citroën. Il décrit la préparation et la marche sanitaire de l'expédition. Nos explorateurs se révéleront de douloureux cobayes : dysenteries avec



déshydratation, pneumonies, insulations, névralgies ophtalmiques, piqûres d'insectes infectées, ictères, accès de paludisme, plus un cas de typho-malaria. Ces maladies ne figurent que très dis-

crètement dans les carnets de notes personnels des membres de l'expédition. Bien qu'ayant traversé durant des mois des zones infestées de mouches tsé-tsé, les hommes de la mission, ▶



examinés à leur retour au centre de l'Institut Pasteur, ne présentent que des analyses négatives.

Les étapes sont souvent des épreuves d'endurance physique, lever entre 4 heures et 4 heures et demie, arrêt le soir à 22 heures, parfois 23. Les heures de déjeuner et de sieste sont respectées. La discipline, une parfaite hygiène et un régime alimentaire équilibré ont été, Bergonier l'affirme, le secret de la résistance des hommes à ce long raid. Une seule évacuation pour maladie est à noter : celle de De Sudre, qui présente un ictère et les symptômes d'une amibiase, au Cap.

En 1896, l'Institut de bactériologie, première pierre d'un centre de recherches africaines, est fondé par le docteur Marchaux, membre de l'Académie de médecine. Avec d'autres unités créées dans les différentes colonies, il sera à l'origine de l'éradication de la fièvre jaune, d'une diminution sensible de la malaria et de la réduction des poussées endémiques et épidémiques de fléaux notoires tel le typhus ou la peste.

En 1925, pourtant, l'état sanitaire des colonies reste très préoccupant. La peste a à peu près disparu des littoraux africains et de Madagascar. La fièvre récurrente est en partie jugulée, mais cela ne représente que le prélude à la lutte qui doit se poursuivre.

Concernant le Niger, le Tchad et l'Oubangui-Chari, Bergonier fait un certain nombre de constats.

Des léproseries fonctionnent dans de nombreux centres, mais les indigènes conservent une forte appréhension envers les lazarets. Les conditions d'accueil sont médiocres, mais surtout les traditions face à la maladie ne sont pas prises en compte (une famille africaine ne se sépare jamais d'un de ses membres malade), si bien qu'un patient sur deux repart dans son village. À Lambaréné, le docteur Schweitzer pratiquera l'accueil du malade accompagné de sa famille et fera école.

Alors qu'au Cameroun et au Congo de nombreuses hyposeries sont

organisées, les régions de l'A.-E.F. traversées en manquent cruellement. Hôpitaux, laboratoires, maternités, dispensaires, services d'hygiène et de désinfection fonctionnent correctement ; cependant tous ces centres sont implantés essentiellement dans les grandes villes et leur rayon d'action est modeste faute de moyens de déplacement modernes. Dans les régions éloignées, où peu de dispensaires existent, les missions réalisent des miracles avec des moyens dérisoires. Sans cesse en tournée, à cheval, les médecins - souvent des officiers et officiers de santé militaires (dans ces colonies, on ne forme pas encore des indigènes) - accomplissent une mission très lourde. L'expédition rencontre le praticien qui exerce entre Bangui et Birao, que séparent 1.200 km. Unique médecin responsable de ces régions, il remplit sa mission avec passion. En A.-E.F. depuis trois années, sans demande de permission, il parcourt la brousse vingt-cinq jours sur trente.

Bergonier rapporte : « Dans cette Afrique centrale (sud de l'Oubangui-Chari) si déshéritée, la médecine est celle du féticheur, coûteuse pour le malheureux Noir et combien dangereuse. La science médicale du féticheur de forêt est des plus limitée. Il administre quelques plantes végétales plus ou moins actives. Il se livre surtout à des invocations et à des actes de sorcellerie. Sa magie, hélas, s'exerce surtout : inflammation des yeux, ulcère, syphilis, lèpre... [...] »

Du premier contact avec les races de ces contrées se dégage l'impression nette qu'elles sont profondément atteintes. On est frappé du faible nombre des enfants, de leur aspect malingre, pitoyable. La plupart d'entre eux présentent des stigmates héréditaires. Chez les adultes, on peut faire les mêmes constatations : beaucoup de nabots, des malformations, de nombreux cas d'éléphantiasme. La mortalité infantile n'est jamais, ici, provoquée volontairement [allusion aux sacrifices humains]. »

La mission fait le constat dramatique du dépeuplement, dû notamment au typhus :

« Des traces de ce qui furent jadis de grandes agglomérations, il ne reste souvent que le rond des cases en terre battue. Dans ces lieux envahis par une monstrueuse végétation, la brousse forme de vastes clairières là où des cultures vivrières suffisaient à la nourriture d'une population normale. Au milieu de ces ruines, peu de pailotes abritent les quelques survivants de la tribu. Seule la maladie ravage les populations. L'alimentation est assurée : les fruits, cultures, racines comestibles, gibiers sont en abondance. [...] Il est également à noter qu'en Centre-Afrique les indigènes font une consommation énorme de vin de palme et d'alcool de grain, boissons fermentées qui constituent un véritable péril et réduisent de beaucoup la natalité déjà fortement atteinte par la syphilis. [...] La tuberculose et le paludisme sont moins fréquents, très élevés près des centres, au voisinage des Blancs. »

Le professeur Bergonier porte ses observations sur l'hygiène, la prophylaxie, l'assistance médicale qui sont pratiquées au Congo belge. Il constate que la population des expatriés belges a pu parfaitement s'adapter aux conditions climatiques dans des régions dites de tout temps insalubres.

L'organisation sanitaire belge est supérieure à celle des Français. Les moyens financiers et les moyens en approvisionnements médicamenteux sont au niveau d'une Assistance médicale indigène bien menée. Par ailleurs, les Belges ont compris que les indigènes instruits et formés aux techniques de lutte prophylactique contre certaines maladies pouvaient être des intermédiaires précieux entre eux, Européens, et les populations à soigner. Des collaborateurs sont donc formés par des instructeurs européens, ecclésiastiques ou laïques. Les enseignants parlant plusieurs dialectes, l'instruction au Service de la santé est faite en langue indigène, sur une durée de trois ou quatre ans et sous la tutelle d'un médecin. Au sortir de cette formation, le jeune aide sanitaire regagne sa région d'origine. Il connaît les moyens de lutte prophylactique et leur utilisation. Dans son pays, son autorité est réelle.

Il reste en liaison étroite avec son secteur, notamment pour mener la lutte contre la maladie du sommeil et la lèpre. Au Centre d'inspection, une léproserie est généralement implantée.

En 1925, la maladie qui fait le plus de ravages est sans conteste la trypanosomiase, la maladie du sommeil. On reste impuissant face à cette maladie dont on sait que la mouche tsé-tsé infectée par le virus est le vecteur, mais dont on ignore la source d'infection. Il est donc impossible de stériliser le réservoir du virus. Dans le contexte de l'époque, seuls la mise en place et l'organisation de moyens prophylactiques ainsi qu'un dépistage précoce de la maladie peuvent éviter la contamination de nouvelles régions et assurer des guérisons. Au Congo belge, la Mission de santé est organisée suivant les bases établies par la mission Braden et Rodhain. Les régions sont divisées en secteurs dirigés chacun par un médecin chef de mission. Ces secteurs sont divisés en trois zones placées sous la responsabilité d'un médecin, chaque zone étant elle-même divisée en sous-secteurs. C'est à ce niveau qu'interviennent les jeunes aides sanitaires indigènes.

Les médecins belges savent qu'il est utopique d'imaginer que l'on puisse détecter tous les cas de trypanosomiase, mais qu'il est possible d'améliorer le pourcentage de détection. Pour mener la lutte, d'autres initiatives sont prises. Les Belges s'attachent à étudier les conduites de vie des indigènes, les relations entre ethnies, les échanges économiques entre régions avant de décider, par exemple, de créer une route qui pourrait devenir une voie possible de propagation de la maladie. Dans les régions où les travaux d'une route sont programmés, on procède à un important débroussaillage, notamment aux abords des rivières ou des marais forestiers, où abonde la mouche tsé-tsé. Sur ces vastes périmètres, aussitôt le débroussaillage achevé, on crée des plantations d'arachides, de patates douces, etc., pour maintenir le débroussaillage ».

Dans le nord du Congo, région de l'Ouellé, ce sont d'immenses plantations de coton qui tiennent le terrain ►



3

A MEDITER

Je sais en revanche que, pour le meilleur et pour le pire, les disciplines des sciences humaines et sociales prennent part à cette sorte d'ébullition théorique autour de « l'Afrique », où il n'importe parfois plus tant de chercher le vrai à son propos que de militer à tout prix en sa faveur.

Qu'on ne tronque ni n'embellisse l'histoire de ce continent ; c'est une histoire belle et tragique, lumineuse et obscure - pleinement humaine donc.

J'aimerais la lire ainsi, sans fards, en toute objectivité. Si l'objectivité existe en histoire.

Jeune Afrique du 28.04.19, Notre histoire sans fard.

tout en constituant un apport économique. Une intervention originale a été mise au point pour tenter de préserver les populations de la maladie du sommeil : les villages déplacés, créés pour accueillir chacun la totalité d'un village situé dans une zone infestée par la mouche tsé-tsé. L'expédition Citroën en visitera un, non loin de la frontière de l'Ouganda. Le déplacement d'une population est une mesure dont la gravité est jaugée et qui n'est prise que lorsque les moyens prophylactiques sont inefficaces. Le village est réinstallé le plus près possible de la région infectée par la maladie, mais à une distance suffisante pour s'en tenir préservé. Des terrains salubres, irrigués de rivières, sont choisis, puis défrichés et mis en cultures. Ce n'est qu'une fois que le rendement des cultures vivrières est assuré qu'il est procédé au transfert progressif de la population, le but étant de ne pas faire éclater un groupe ethnique.

La situation sanitaire à Madagascar est également préoccupante. Le gouverneur général, Marcel Olivier, l'expose clairement dans son discours du 28 septembre 1925, lors de l'ouverture de la session des délégations économiques et financières. Dans ce discours adressé à Louis Audouin-Dubreuil pour compléter les informations recueillies par l'expédition Citroën, on relève les points suivants :

→ Le principal problème est d'ordre démographique, avec une mortalité infantile encore importante. Il serait nécessaire de développer la puériculture, de pouvoir vêtir les

enfants et apprendre aux mères à les alimenter correctement. La Croix-Rouge relaie les cadres sanitaires, la progression des consultations dans les centres est constante mais elle est insuffisante (48.500 consultations en 1924).

→ Le paludisme sévit gravement : il faudrait que les rizières soient implantées à bonne distance des villes, et les médications préventives systématiques.

La syphilis constitue un autre fléau. Des dispensaires spéciaux et des formations nouvelles sont indispensables (200.000 consultations en 1924).

La construction de nouveaux hôpitaux représente une priorité.

Le personnel de l'Assistance médicale est insuffisant : en 1925, on compte 25 médecins européens, 235 médecins indigènes, 160 sagefemmes, 395 infirmiers hommes et 171 femmes, français et malgaches pour la plupart.

Sur le plan sanitaire, on constate que des structures ont été mises en place, des personnels formés, et que la lutte est bien engagée contre toute forme de maladie. Le gouverneur de Madagascar est cependant insatisfait. Cet homme entreprenant entend accomplir pleinement sa mission. Les moyens d'une politique sanitaire généreuse ne lui sont pas donnés, et il compte sur les chefs de l'expédition Citroën comme porte-parole auprès du gouvernement français.

Telle était donc la situation sanitaire de l'Afrique centrale et de Madagascar en 1925. Les membres de la mission Citroën se montrèrent des observateurs vigilants et des témoins critiques. L'œuvre entreprise ne pouvait que se révéler immense. Engagée depuis moins de vingt années, elle voyait son évolution entravée par le manque de moyens de communication rapides, par l'insuffisance de moyens financiers, par l'absence de vocation des Européens pour l'exercice de la médecine dans des pays fort mal connus. ■

LEGENDE DES PHOTOS

1. Couverture de l'opus d'Ariane Audouin-Dubreuil, édition Glénat 2014

2. Carte indiquant les villages déplacés par mesure de prophylaxie au Congo belge, à la frontière de l'Ouganda. Pour lutter contre la malaria qui atteint sévèrement les populations, les Belges construisent des villages dans des endroits salubres au bord de rivières courantes. Ils mettent les terres en culture, attendent leur plein rendement et déplacent alors toute la population d'un même village contaminé, en veillant à respecter les ethnies et en les éloignant le moins possible de leur village d'origine.

3. Hôpital de Tanga, la capitale du Tanganyika. La ville a été construite par les Allemands avant la Grande Guerre.