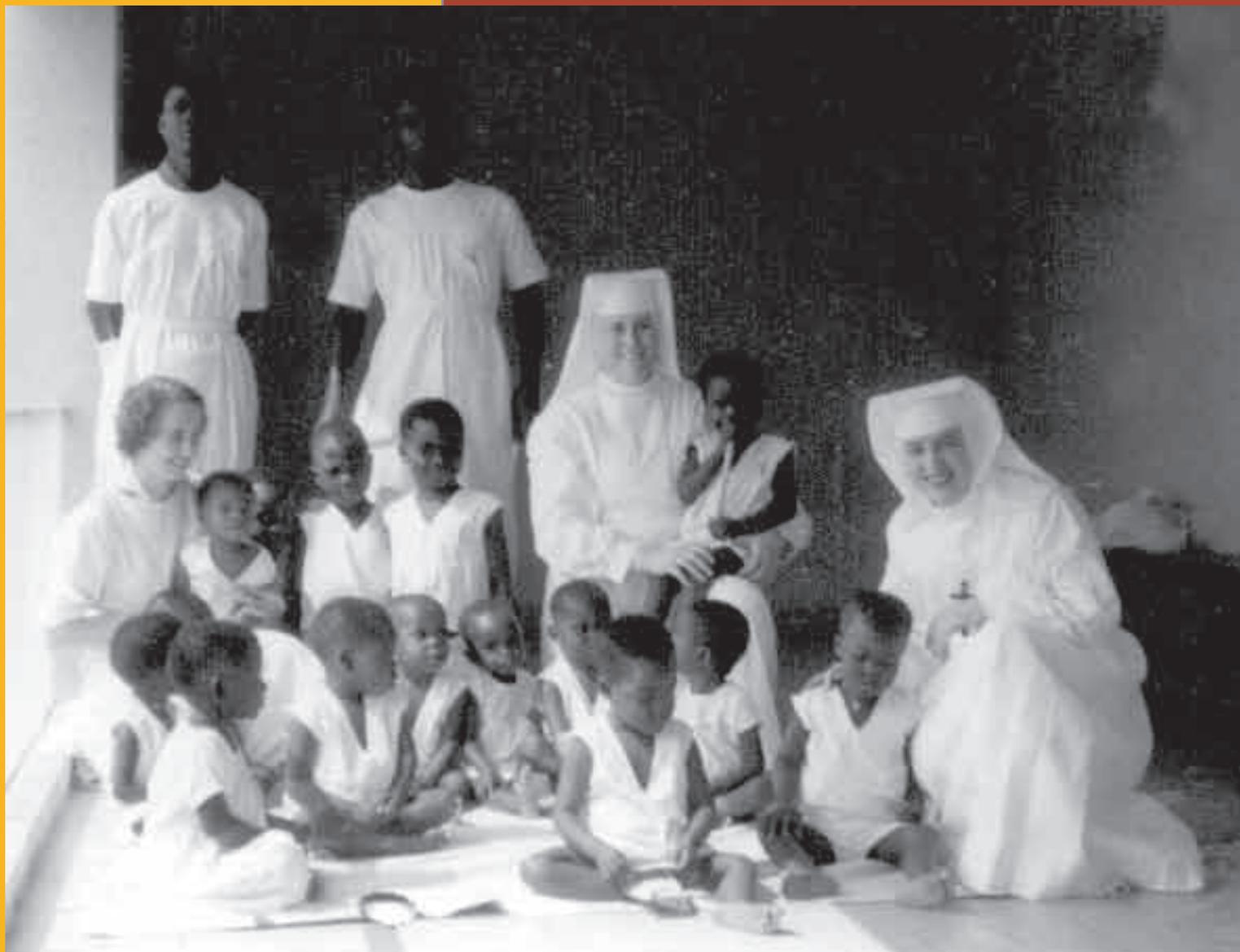


Amma
contacts

La Faculté de Médecine à Lovanium



NUMÉRO SPÉCIAL

Témoignages

Bulletin de l'Association des
médecins anciens étudiants de
l'Université catholique de Louvain

50 Juin 2007



3 Avant- propos :
Prévenir et soigner, chercher et enseigner.
René Krémer

5 Introduction
Lovanium, une œuvre de foi.
Mgr Maurice Plevoets

La médecine au Congo belge avant Lovanium

10 La Belgique et le développement des services de santé au Congo.
Michel Lechat

16 Un premier pas décisif.
Myriam Malengreau

19 Chirurgien à l'hôpital de Kisantu.
Paul Hennebert

21 Les moyens du bord pour une médecine de brousse.
Gérard Van Braekel

24 La découverte de l'ophtalmologue Jean Hissette.
André Vleurinck

Lovanium

26 Au commencement, il y avait l'AUCAM.
Anne-Marie Haumont-Culot

30 La pédiatrie à Lovanium dans les années 1960 - 1970.
Guy Cornu

34 Lovanium (1970-1975), visite guidée.
Léon Fiasse

36 Les débuts de la médecine interne.
Jean-Louis Michaux

41 Été 1960 : il fallait continuer.
Paul Hennebert

44 Bistouri et tableau noir.
Ernest Wibin

47 1959-1961 : deux années mouvementées d'assistance en chirurgie.
Jacques Brochier

49 Des expériences émouvantes.
Michel Seghers

51 Une pathologie bien différente.
Jean-Claude Schoevaerdt

54 « Nganga buka » de 1954 à 1961
Karel Seghers

56 De la colline inspirée à la colline joyeuse.
Théo Darras

58 Un urgent besoin de microbiologie.
Jozef Vandepitte

61 La gynéco-obstétrique de 1958-1960, quand la césarienne est une indignité....
Claude Lecart

64 La pharmacie à Lovanium (1960-1968)
Gabriel Lambert et Théophile Godfraind

68 L'enseignement et la recherche précliniques au début des années 1960.
Théophile Godfraind

72 Munganga nkissi, le bon sorcier qui guérit par les plantes.
Théophile Godfraind

Divers

76 Théophile Nkansa : « les étudiantes belges n'osaient même pas donner la main aux Noirs »
René Krémer

81 Impressions d'un ingénu à Lovanium.
René Krémer

83 Les multiples métiers des Soeurs de la Foi.
Magda Vandenbrande, Maurice Plevoets et Jean-Louis Michaux

Activités actuelles de l'UCL et de la KUL en République démocratique du Congo (dans le domaine médical)

87 La KUL maintient les liens.
Fons Verdonck

90 L'UCL, active aujourd'hui à Bukavu.
Didier Moulin

94 Lovanium est toujours là et permet tous les espoirs.
René Fiasse

AVANT-PROPOS

Prévenir et soigner, chercher et enseigner

René Krémer

C'est par devoir de mémoire, que l'Association des médecins anciens étudiants de l'Université catholique de Louvain a recueilli, dans le présent fascicule, les souvenirs d'acteurs de l'entreprise étonnante que fut Lovanium, une sœur africaine de l'Université de Louvain, dont la Faculté de médecine se donnait pour mission, non seulement la prévention et le traitement des maladies, mais aussi la recherche et l'enseignement

D'emblée, les autorités louvanistes ont voulu que Lovanium soit une université complète avec des enseignants de haut niveau, des locaux et un équipement modernes, ainsi qu'un pôle de recherche.

A cette occasion, nous tenons avant tout à rendre hommage à Mgr Luc Gillon, (Rochefort 1920 - Bruxelles 1998) qui, malgré une passion pour la physique nucléaire, et un brillant avenir promis à l'UCL dans ce domaine, accepte de prendre en main la destinée de la jeune Université Lovanium, en tant que Recteur, en 1954. Le jeune ecclésiastique, docteur en sciences physiques se consacrera à cette tâche avec courage, ténacité et une redoutable efficacité jusqu'en 1974.

Grâce à lui, Lovanium jouera un rôle essentiel dans la promotion culturelle en Afrique Centrale et deviendra un centre de formation, d'études et de recherche. Son intérêt pour la recherche nucléaire demeurera pourtant intact pendant son séjour à Lovanium. En effet, il a pu doter son Université d'un réacteur nucléaire expérimental dès 1959 et à son retour à l'Alma Mater louvaniste conserver une activité importante en devenant Doyen de la Faculté des sciences, puis membre du Conseil Académique, mais également en siégeant à l'Association Internationale de l'Energie Atomique.

Luc Gillon exprime très bien son but et son idéal dans un discours en 1959 : « Lovanium doit être pour tous un foyer de lumière, de jugements objectifs et sincères et un haut-lieu de vérité ». Dans son livre « L'homme et l'atome », il expose très clairement que l'homme n'a pas inventé l'énergie nucléaire, mais l'a découverte et décidé de ses utilisations, y compris la bombe atomique.

Dans ce fascicule, nous nous limitons à la Faculté de Médecine, mais il est clair que les autres Facultés ont déjà réalisé un travail similaire ou auront à cœur de le faire, avant que les témoins de l'époque aient disparu.

Nous n'avons nullement la prétention de faire œuvre d'historiens, mais de recueillir des témoignages vécus et d'évoquer la mémoire de membres de la Faculté aujourd'hui disparus.

Les anecdotes sont authentiques, racontées par les témoins de l'époque.

Il aurait toutefois été injuste de ne pas évoquer l'action médicale belge au Congo avant Lovanium et particulièrement celle de l'Université de Louvain, telle la FOMULAC (Fondation médicale de l'Université de Louvain au Congo), avec ses hôpitaux à Kisantu, Katana et Kalenda. Dans le même esprit, nous avons évoqué des aspects de la collaboration médicale actuelle de l'UCL et de la KUL en République du Congo par deux exemples : Bukavu et Kinshasa (Unikin).

Nous avons dû faire des choix, toujours injustes. Des éléments importants ont très probablement été oubliés, en partie sans doute parce que les acteurs ont disparu, comme Mgr Luc Gillon, Guy Dechef, Jacques Vincent, Jean Sonnet, Stany Haumont, Jacques Lammerant, Martin Nguete et bien d'autres. Nous en sommes conscients.

Au nom du Comité de rédaction, nous tenons à remercier tous les amis qui ont accepté avec enthousiasme de rédiger leurs souvenirs. Nous avons été frappés par leur dévouement et leur attachement au Congo et à ses habitants. Pour la plupart d'entre eux, l'épopée Lovanium reste l'un des plus beaux moments de leur vie.

Nous avons également une pensée pour les épouses, qui ont très souvent joué un rôle actif, en plus de la charge d'une famille parfois nombreuse..

COMITÉ DE RÉDACTION :
René Krémer, Paul Hennebert, Michel Lechat

ÉDITEUR RESPONSABLE :
René Krémer
Rue W. Ernst 11/17 - 6000 Charleroi

COORDINATION DE L'ÉDITION :
Chantal Leonhardt-Lebrun

ADRESSE DE CONTACT :
AMA-UCL
Tour Vésale, niveau 0
Avenue E. Mounier 52, Bte 5265
1200 Bruxelles
Tél. 02/764 52 71
Fax 02/764 52 78
lebrun@smd.ucl.ac.be
<http://www.md.ucl.ac.be/ama-ucl/>

Les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

GRAPHISME :
A.M. Couvreur

COUVERTURE : La Congrégation des Soeurs de la Foi installée à Lovanium depuis le 8 janvier 1957.

15 JANVIER 1926

Constitution de la FOMULAC à Kisantu (Fondation médicale de l'Université de Louvain au Congo)

28 DÉCEMBRE 1932

Constitution de la Cadulac (Centre agronomique de l'université de Louvain au Congo)

21 FÉVRIER 1949

Arrêté Royal accordant la personnalité juridique au Centre Universitaire Congolais Lovanium.

24 OCTOBRE 1951

Approbation par le Conseil d'administration du plan général d'implantation de la future université à Léopoldville.

13 AVRIL 1953

Ouverture du chantier de la future université sur le plateau du Mont Amba par le R.P M. Schurmans s.j., recteur du Centre.

15 JANVIER 1954

Ouverture de la première année préuniversitaire.

1^{ER} JUILLET 1954

Nomination du chanoine L.Gillon, comme recteur de l'Université Lovanium.

12 OCTOBRE 1954

Ouverture de la première année académique.

27 JUILLET 1956

Pose de la première pierre de la Faculté de médecine.

14 DÉCEMBRE 1957

Inauguration des cliniques universitaires.

JUILLET - OCTOBRE 1958

Remise des premiers diplômes de fin d'études en pédagogie et sciences politiques, économiques et sociales.

AVRIL 1959

Installation du réacteur nucléaire expérimental.

30 JUIN 1960

Proclamation de l'indépendance du Congo.

22 JUILLET 1961

Remise des premiers diplômes de docteurs en médecine.

4 FÉVRIER 1963

Délivrance du premier diplôme d'agrégé de l'enseignement supérieur.

1^{ER} FÉVRIER 1964

Célébration du X^{ème} anniversaire de l'université.

Nous remercions le Chevalier Pierre Bauchau et Monsieur Pieter de Merre pour leur généreuse contribution.

Nos remerciements vont également aux professeurs Jacques De Plaen, Roger Eeckels, Jean-Jacques Haxhe, Jean-Jacques Rombouts et à tous les auteurs qui ont contribué à cet ouvrage.

Nous tenons à souligner l'aide efficace apportée par Madame Chantal Leonhardt et Monsieur Jean-François Dumont.

LOVANIUM, une œuvre de foi



Mgr. M. Plevoets. Copyright Roland Minnaert

par Mgr Maurice Plevoets,
Secrétaire général honoraire de l'Université Lovanium

L'Université Lovanium a été la première université catholique du continent africain et même pendant un certain temps, la seule. Elle brillait par son dynamisme et sa qualité tant du point de vue scientifique que du point de vue pédagogique. Il convient de se le rappeler et d'en tirer les conclusions constructives pour l'avenir. On peut espérer que le présent ouvrage y contribuera.

Il me paraît utile, voire nécessaire de rappeler en premier lieu que l'Université Lovanium a été l'œuvre d'une pléiade de personnes qui ont mis leur compétence, leur générosité, leur travail au service de cette œuvre d'Eglise, une œuvre au service de la jeunesse universitaire du Congo.

En effet, bien avant le début de la première année académique (1953-1954), ouverte le 15 janvier 1954, des autorités ecclésiastiques et académiques, ainsi que des dizaines d'éminents professeurs de l'Université catholique de Louvain s'étaient mobilisés pour préparer le démarrage de Lovanium, pour programmer les facultés à créer, leur enseignement, leur corps professoral, leur infrastructure et leur équipement.

Avant que la première pierre fût posée en 1953, l'Université telle que nous la voyons réalisée, avait déjà été conçue dans le cœur et l'esprit de courageux pionniers.

Courageux, ils l'étaient. L'historien Jean Stengers, Professeur à l'Université Libre de Bruxelles, que l'on ne peut soupçonner de subjectivité, leur rend un bel hommage.

En effet, écrit-il, à cette époque, l'opinion la plus répandue estimait prématurée la création d'une université au Congo. « Les premiers à s'en dégager ont été ce petit groupe de catholiques qui ont voulu et créé l'Université Lovanium... Ils l'ont créée en fonction d'un idéal, et non d'un besoin, puisque les Africains susceptibles d'accéder à l'Université étaient encore extrêmement rares. Les hommes de foi, - de foi dans le partage des biens spirituels les plus nobles avec les

Africains -, ont été au début fort isolés. Des universitaires éminents... les mettaient en garde contre ce qu'ils considéraient comme une illusion dangereuse». ⁽¹⁾

Lors de la messe de suffrage célébrée le 14 mars 1978, pour le Professeur Docteur Gérard Van der Schueren, Monsieur l'Abbé Deogratias Ruhamanyi, Curé de la Paroisse universitaire, avait des mots justes en disant à l'assistance composée de professeurs et d'étudiants :

« Nous sommes habitués, quand nous recevons des visiteurs dans l'enceinte de notre Campus, à étaler sous leur regard, étonné et émerveillé, le vaste panorama de cette « Colline inspirée », ses innombrables bâtiments au style ultramoderne, depuis les bâtiments facultaires, le complexe des bureaux de l'administration centrale, cette belle et imposante église qui abrite nos assemblées de prière, les résidences des étudiants et celles remarquablement bien faites des professeurs. C'est toujours avec une réelle et légitime fierté que nous faisons accomplir à nos visiteurs le tour complet de ces réalisations.

Mais pensons-nous toujours, à ces occasions-là, à ceux qui ont consacré une très grande part de leur vie, avec un dévouement entier et une très grande générosité, à la réussite de cette œuvre, dont nous sommes aujourd'hui les heureux bénéficiaires et dont le pays, notre Zaïre, récolte les fruits ? ».

UNE CONVICTION NÉE EN 1947

Il est indéniable que Mgr Luc Gillon, Recteur de 1954 à 1967, a joué un rôle extraordinaire dans le développement de l'Université Lovanium.

Il a réalisé une œuvre remarquable qu'il a décrite largement et avec sincérité dans son livre autobiographique « Servir en actes et en vérité » (Paris-Gembloux, Ed. Duculot, 319 p.).

Mais on ne peut perdre de vue l'apport décisif de ceux qui, bien avant lui, ont pris la décision et en même temps le risque de construire une vraie université au cœur de l'Afrique.

C'est **Mgr Honoré Van Waeyenbergh**, Recteur magnifique de l'Université catholique de Louvain, qui, après sa première visite au Congo en 1947, a eu la conviction que son université avait le devoir de créer au Congo un ensemble universitaire dans la ligne des initiatives qu'elle avait déjà réalisées à Kisantu en créant la FOMULAC, la CADULAC et ensuite l'Ecole en Sciences Administratives et Commerciales. Son voyage lui a permis de voir que le Congo contenait des possibilités de ressources humaines en suffisance pour que l'Eglise qui avait déjà créé de larges réseaux d'Enseignement primaire et secondaire, poursuive et parachève son travail missionnaire éducatif en créant un enseignement de niveau universitaire. Sa vision était immédiatement partagée et même stimulée par le jeune Professeur Guy Malengreau qui avait déjà à ce moment des idées progressistes, même audacieuses quant au développement du Congo et la formation de hauts cadres. Son père, le Professeur Ferdinand Malengreau, sous l'influence du Révérend Père Charles, s.j., avait été à l'origine de la FOMULAC à Kisantu en 1926, et lui-même avait été le promoteur de l'Ecole Supérieure en Sciences Administratives et Commerciales en 1947.

En vue d'une telle entreprise - on pourrait dire : une telle aventure - , le Recteur magnifique Mgr H. Van Waeyenbergh devait évidemment obtenir l'aval du pouvoir organisateur de son université. Son Eminence le **Cardinal Ernest Van Roey**, Archevêque de Malines-Bruxelles et Grand Chancelier de l'Université, a accordé non seulement son autorisation mais également son appui.

Dès l'année 1947, le Cardinal Van Roey est intervenu personnellement dans la conception de la future université et de ses relations avec d'une part, la Compagnie de Jésus et d'autre part, les évêques du Congo. Il engagea son autorité dans les relations avec le Saint-Siège pour obtenir un statut qui garantirait la liberté d'action de l'Université catholique de Louvain et assurerait le niveau de l'enseignement de la future université ⁽²⁾.

En 1948, le Cardinal a effectué un voyage au Congo et a été lui-même convaincu de la possibilité et de la nécessité d'aller de l'avant dans la réalisation d'un enseignement universitaire catholique au Congo.

Le Cardinal suit de près les projets de l'Université Lovanium. Il est informé de la position du Conseil d'Administration du Centre Universitaire de voir Lovanium s'implanter à Kimwenza, près de Léopoldville, la capitale et a pris connaissance du plan détaillé du campus élaboré par l'Architecte Boulengier, pour l'implantation de toute une université catholique

sur la colline du Mont Amba. Il soutient les projets. Il écoute, il discerne, il approuve, il encourage. Au fil des années, il voit comment Lovanium prend forme et s'en réjouit. Il a été impliqué directement dans la création de la Faculté de théologie.

En décembre 1956, il fait les démarches requises auprès du Saint-Siège et obtient l'autorisation de créer cette Faculté de théologie et l'érection de l'Université Lovanium par le Saint-Siège en université catholique « à perpétuité » ⁽³⁾. L'événement lui paraissait si important qu'il a voulu annoncer cette nouvelle par une lettre pastorale adressée à tous les chrétiens de Belgique et qui a été lue dans toutes les paroisses le 12 juin 1957.

Il est significatif que Son Eminence le Cardinal, dans l'audience qu'il a accordée en 1959 au jeune Abbé Tharcisse Tshibangu, à ce moment étudiant en théologie, lui a dit que la création de l'Université Lovanium a été une des plus belles œuvres de son épiscopat.

En 1960-1961, quand les professeurs de Lovanium ont été fort secoués par les événements et vivaient dans une réelle insécurité quant à leur avenir, c'est le même Cardinal, Grand Chancelier de Louvain, sur proposition de Mgr Honoré Van Waeyenbergh, Recteur de l'Université de Louvain et ancien Président du Conseil d'administration de Lovanium, qui a pris la décision d'accorder à une bonne trentaine de professeurs une garantie de réintégration dans le corps professoral de l'Université de Louvain. Une décision inattendue et courageuse qui a contribué à la stabilité et à la continuité de l'Université Lovanium.

L'attitude de Mgr H. Van Waeyenbergh mérite aussi notre attention. Il a osé engager toute l'Université de Louvain dans la réalisation de ce grandiose projet : créer une université catholique à 6.000 km de la Belgique dans une colonie lointaine.

Une étape importante dans l'histoire de Lovanium a été franchie quand en 1948, sous l'égide de Mgr H. Van Waeyenbergh, on a regroupé les trois institutions d'enseignement supérieur de Kisantu (FOMULAC, CADULAC et l'Ecole Supérieure en Sciences Administratives et Commerciales), pour former le Centre universitaire congolais Lovanium. Mgr Van Waeyenbergh était le Président de son Conseil d'Administration. Le dynamique Professeur Malengreau en était le Secrétaire général.

Mgr Van Waeyenbergh préside la première réunion du Conseil d'Administration du Centre le 4 octobre 1948. Il obtient au début de l'année 1949, la reconnaissance de ce

Centre comme établissement d'utilité publique (Arrêté du Régent du 2 février 1949). Le 11 mars 1950, il obtient la signature de l'accord de financement par le Gouvernement belge.

Assez rapidement le Conseil d'Administration décide le déménagement vers Léopoldville et fixe l'ouverture des premiers enseignements sur le Mont Amba pour l'année académique 1953-1954. Le 24 octobre 1951, il arrête le plan général d'implantation de la future université, avec les bâtiments facultaires, les résidences des professeurs et des étudiants, l'église, etc. et le soumet au Cardinal Van Roey, Grand Chancelier de l'Université de Louvain pour approbation.

Mgr H. Van Waeyenbergh a soutenu à bout de bras l'Université Lovanium, dès la création du Conseil

d'administration du Centre universitaire Lovanium jusqu'en 1960. Il en était le Président actif, qui s'engageait dans la recherche de fonds pour l'université et dans la défense de son niveau et de son autonomie. Il a été soutenu efficacement par les Professeurs Guy Malengreau et Gérard Van der Schueren.

A eux trois, ils ont constitué les piliers du Conseil d'administration et ont contribué avec talent et force, non seulement au démarrage mais aussi au développement de l'Université. Ce qui était rêve et ce qui a été considéré par un grand nombre comme une utopie, est devenu une réalité, grâce à leur vision prophétique, leur dévouement et leur endurance.

Mgr Van Waeyenbergh tenait à ce que cette université porte un nom qui rappellerait son origine : « Lovanium ». En 1954, quand le vent politique risque d'étouffer l'initiative, c'est lui encore qui s'engage à fond et, dans un entretien décisif avec Monsieur Auguste Buisseret, ministre des colonies, il obtient le maintien de la convention signée en 1950 et l'accord d'assurer le financement de Lovanium. Le 18 mai 1955, il accueille le roi Baudouin à la jeune université. Le 27 juillet 1956, il pose la première pierre du bâtiment de la Faculté de Médecine. Il est heureux quand le 28 octobre 1957, à l'ouverture de l'année académique 1957-1958, il pose la première pierre de l'Eglise universitaire qui porte ses armoiries épiscopales avec sa devise « In te speravi ». Quand le Professeur Mgr Joseph Coppens prononce devant l'Académie royale des Sciences et Beaux-Arts de Belgique, le discours « In Memoriam » de Son Excellence Mgr Honoré Van Waeyenbergh en 1997, il souligne que celui-ci considérait la fondation d'une Université catholique dans la capitale du Congo, comme la plus grande entreprise de son Rectorat.

LE RÔLE DES PÈRES JÉSUITES

Il serait ingrat, voire injuste de ne pas évoquer et de souligner ici l'engagement de **La Compagnie de Jésus** dans la réalisation de Lovanium. Ce sont les Pères Jésuites qui ont accueilli et organisé à Kisantu la FOMULAC, la CADULAC et l'Ecole Supérieure en Sciences Administratives et Commerciales, et qui ont posé les fondements du Centre universitaire congolais Lovanium à Kisantu. C'est le Père Maurice Schurmans, son Recteur, qui a exprimé le premier l'idée selon laquelle, il vaudrait mieux que le Centre universitaire congolais et donc la future université, soit transférée vers la capitale.

Jusqu'en 1954, ils ont été les réalisateurs des plans et des décisions prises par le Conseil d'administration. Dès la fin de l'année 1952, le Recteur M. Schurmans et son équipe ont transformé la colline du Mont Amba qui était une brousse avec quelques arbustes



Vue aérienne de Lovanium. Copyright Roland Minnaert

en un site habitable. Ils ont construit les premiers homes, les premières maisons. Ils ont commencé à aménager le terrain pour la construction des Cliniques universitaires et des premiers bâtiments facultaires. Ils ont organisé les premiers enseignements à partir de janvier 1954. Il convient d'apprécier la façon dont ils ont réalisé l'implantation de l'enseignement universitaire sur le Mont Amba et dont ils ont réussi la première année académique en 1953-1954. Les bonnes performances des étudiants récoltées lors de la session des examens en août 1954 devant les professeurs venus de Belgique et qui ont inspiré confiance au projet « Lovanium », ont été leur œuvre. Le Recteur Schurmans avait constitué une belle équipe de professeurs et avait bien préparé les étudiants. L'équipe des pionniers mérite notre souvenir et notre appréciation.

Les différences de conception et les mésententes ne doivent pas jeter une ombre sur le magnifique travail réalisé par les uns et les autres, la Compagnie de Jésus et l'Université de Louvain.

Une fois la décision prise de fonder une université au Congo, l'**Université catholique de Louvain** a constitué pour toutes les facultés à créer, des **Commissions** qui avaient comme tâche de programmer la fondation et l'organisation de leur future faculté.

Il y avait ainsi une Commission consultative de la Faculté de théologie et Droit canon, de la Faculté de Droit, de la Faculté de Médecine, de la Faculté de Philosophie et Lettres, de la Faculté des Sciences, de la Faculté des Sciences sociales et administratives, des Ecoles spéciales (Faculté Polytechnique) et de l'Institut d'Agronomie (Faculté d'Agronomie).

Voyons d'un peu plus près la préparation d'un secteur médical. Le Professeur Docteur Gérard Van der Schueren, qui était membre du Comité de gestion du Conseil d'Administration du Centre universitaire congolais Lovanium et spécialement chargé du secteur médical, présidait la commission de la Faculté de Médecine et est devenu le grand promoteur de la Faculté de Médecine de Lovanium, des Cliniques universitaires et de l'Ecole d'infirmières. La Commission était composée des membres suivants : P. De Somer, A. Dereymaeker, M. De Visscher, P. Lacroix, M. Renaer et J. Vandembroucke. Dans la programmation, le démarrage des candidatures en médecine est prévu pour octobre 1954. Les Cliniques universitaires seront donc nécessaires à partir de 1957. L'érection de cet hôpital universitaire paraît comme une perspective irréalisable compte tenu de la part des subsides qui seront déjà absorbés dans la construction des homes

et des bâtiments facultaires. Heureusement, il y a un concours de circonstances inattendues. En effet, entre 1950-1951, l'Otraco a décidé de construire à Riffart (un lieu-dit à proximité de la colline), une cité pour son personnel. Un hôpital fera partie de cette cité. D'emblée l'Otraco marque son accord pour que la Faculté de Médecine y déploie ses activités. Plus tard, il est décidé que l'hôpital soit construit sur la colline du Mont Amba sur le terrain de Lovanium. Plus tard encore, il sera cédé à l'Université Lovanium.

Avec le concours de sa Commission médicale, le Docteur Van der Schueren, veille à l'acquisition d'un équipement approprié pour les Cliniques universitaires et pour les différents départements de la Faculté de Médecine. Les programmes d'études sont précisés. Il faut reconnaître qu'ils étaient calqués sur ceux des universités de Belgique. A ce moment, le souci d'assurer aux étudiants congolais une formation de même niveau que celui de leurs collègues de la Belgique prédomine. La seule différence concerne les éléments de médecine tropicale, qui sont intégrés dans le curriculum normal des études à Lovanium alors que pour les étudiants de Belgique, ils faisaient l'objet d'un programme spécial organisé à l'Institut tropical d'Anvers.

LE « CERVEAU DU NOIR »

Les membres de la Commission de la Faculté de Médecine ramaient courageusement à contre-courant. En 1954, M. Robert, Professeur à l'Université Libre de Bruxelles, insistait encore sur l'impossibilité d'organiser des études de médecine au Congo. Il faut pour la formation de médecin, écrivait-il, un « ensemble de connaissances abstraites qui ne sont pas encore accessibles au cerveau du Noir, à peine sorti d'une civilisation élémentaire »⁽⁴⁾.

Comme il avait fait auparavant pour son département d'anatomie à Louvain, le Docteur Van der Schueren, porte une attention particulière à la formation du futur personnel académique et scientifique, appelé à assurer la formation des étudiants et les soins des malades. Il est tout à fait remarquable de voir de quelle façon il prépare un corps enseignant de très haut niveau : il établit des contacts réguliers avec des assistants signalés par un curriculum vitae honorable et tente de les orienter vers une spécialité déterminée. Il les encourage à préparer une thèse d'agrégation, avec promesse de nomination à la future Faculté de médecine. Le Professeur Van der Schueren avait l'art de leur communiquer son enthousiasme et de leur fournir en même temps les possibilités de formation.

Plusieurs d'entre eux auront l'opportunité d'acquérir un supplément de spécialisation aux Etats-Unis et d'acquérir le grade d'Agrégé de l'Enseignement supérieur.

Il en a résulté que la Faculté de médecine de Lovanium, dès le début, dispose d'un corps professoral hautement qualifié. Nous citons Jacques Vincent pour l'anatomie, Roger Borghgraef pour la physiologie, J. Decort pour l'anatomie pathologique, Théophile Godfraind pour la pharmacologie, Paul Hennebert et Karel Seghers pour la chirurgie, Jean Sonnet et J. Lammerant pour la médecine interne, Abel Lejeune pour la dentisterie, Joseph Vandepitte pour la bactériologie-microbiologie. Le Professeur Van der Schueren obtient la collaboration du Docteur J. Lambillon pour la gynécologie-obstétrique, et du Docteur Calixte Ronsse qui était Directeur des Cliniques de Kisantu, et le fait nommer Directeur des Cliniques universitaires.

Il lui paraissait aussi important de disposer de techniciens de haut niveau pour les travaux pratiques. A cette fin il engage d'excellents assistants médicaux formés à Kisantu, tels que Martin Nguete, Jean Nkondi, etc. (qui plus tard feront leur doctorat en médecine).

Aux Cliniques universitaires il fallait des médecins, mais aussi un personnel infirmier, des gestionnaires de la cuisine et de la buanderie. Mgr R. De Langhe, secrétaire de la Commission consultative pour la Faculté de Théologie, et le Docteur Van der Schueren feront les démarches auprès de la Congrégation des Sœurs de la Foi de Tielt (Flandre occidentale) afin qu'elle affecte quelques religieuses aux Cliniques universitaires et à l'Ecole d'infirmières. Suite à une rencontre officielle avec les responsables de la Congrégation le samedi 14 février 1956, cette Congrégation, quoique diocésaine, marque son accord.

En octobre 1955, les premiers cours d'Anatomie et Physiologie se donnent dans de bonnes conditions à la jeune Faculté de Médecine. En novembre 1957, les Cliniques universitaires seront solennellement inaugurées. Le présent ouvrage relatara l'histoire de la Faculté de Médecine et des Cliniques universitaires. Nous laissons la parole aux acteurs d'antan.

REGARDER L'AVENIR

Il me plaît de témoigner, non seulement de la compétence mais aussi de l'intégrité et du

dévouement de ces professeurs.

Nous osons affirmer sans hésiter que c'est grâce à leur dévouement sans bornes que la Faculté de Médecine donnait une formation médicale de haut niveau et que les Cliniques universitaires apportaient aux malades des soins qui étaient de la même qualité que celle qu'on pouvait trouver à ce moment dans une clinique occidentale.

Depuis lors la situation a fort changé. En évoquant les souvenirs, les acteurs d'antan ne peuvent perdre de vue les difficultés présentes. Il importe de tirer les leçons de l'expérience du passé. Il est vrai que le pays connaît une situation économique et sociale qui empire, mais les potentialités intellectuelles et morales existent. On peut ajouter qu'elles sont même plus grandes que dans les années 1950. Sans nourrir une nostalgie malsaine et manquer de confiance, nous invitons les anciens à regarder l'avenir et de voir, chacun à son poste, ce qu'il peut faire pour reconstruire la Faculté de Médecine et les Cliniques universitaires.

Nous osons formuler à l'intention des anciens professeurs quelques propositions :

1. Garder des liens d'amitié avec leurs disciples, leurs actuels successeurs ;
2. Soutenir leurs efforts par des gestes de solidarité et d'entraide ;
3. Obtenir que la K.U.L. et l'UCL considèrent l'Université de Kinshasa comme le fruit de leur amour et continuent comme une vraie Alma Mater, à se soucier concrètement de son fonctionnement et de sa croissance ;
4. Intervenir auprès du Gouvernement belge pour qu'il accorde à l'Université de Kinshasa, dont on peut espérer la restitution à l'Eglise catholique, la même enveloppe de subsides qu'elle accordait à l'Université Lovanium en 1971, c'est-à-dire au moment de sa nationalisation.

1 Jean Stengers, Une décolonisation précipitée. Le cas du Congo Belge, dans Cultures et développement, vol. X, 4, 1978, p. 521-556.

2 Pour plus de renseignements sur les actions du Cardinal E. Van Roey et de Mgr H. Van Waeyenbergh, on lira avec fruit l'excellent ouvrage de R. Yakemtchouk, L'Université Lovanium et sa Faculté de Théologie. L'action éducative de l'Université catholique de Louvain en Afrique centrale, Chastre, 1983, 206 p. Cet ouvrage est solidement documenté. Il est la meilleure étude sur les origines de Lovanium que je connaisse.

3 Il est à noter que cette décision n'a jamais été annulée et que pour le Saint-Siège l'Université Lovanium existe toujours.

4 Stengers, Ibidem. p. 527.

La Belgique et le développement des services de santé au Congo

On lit dans un ouvrage récent, à propos du développement des services de santé au Congo belge : « L'organisation médicale a été un souci majeur des autorités dès la fondation de l'Etat Indépendant. »⁽¹⁾⁽²⁾ Cela, c'est une image d'Epinal. La réalité est beaucoup plus intéressante. Jusqu'en 1908, à la reprise de la Colonie par la Belgique, il n'y a pas eu de structure administrative des activités de santé. Tout va se développer peu à peu, au hasard des circonstances, des occasions, et des hommes.



Dépistage des malades du sommeil.

Michel F. Lechat

1 885 : Huit ans après que Stanley eut traversé le continent de part en part, le Congrès de Berlin reconnaît l'Etat indépendant du Congo avec Léopold II comme souverain. Après de multiples péripéties politiques et financières, le Roi a maintenant les mains libres. L'aventure peut commencer. La première tâche est évidemment de faire l'inventaire. On se trouve devant un vaste espace blanc sur la carte, dont on ignore tout ou presque tout, si ce n'est que le pays doit regorger de richesses qui n'attendent que d'être exploitées. Tout en insistant sur la lutte contre le commerce des esclaves - une abomination qui sévit surtout dans la partie orientale du pays - Stanley, dans ses entretiens avec le Roi tels qu'il les rapporte dans son autobiographie, décrit les merveilles du Congo : « Sire, je crois que lorsque les éléphants auront été exterminés dans toutes les autres parties de l'Afrique, on en trouvera encore un certain nombre dans ces forêts. L'Etat pourra toujours compter sur une quantité appréciable d'ivoire ... Vous possédez une grande source de revenus dans ces immenses étendues d'arbres géants, lorsque le chemin de fer du Congo permettra aux marchands de bois de

bâtir leurs scieries sur les rives des nombreux affluents qui les traversent... »⁽³⁾

Néanmoins, les obstacles ne manquent pas. Tout d'abord, cette maudite traite des Noirs dont il faut se débarrasser. L'Association Internationale Africaine, créée en 1876 à son initiative, ne l'a-t-elle pas reconnu comme chef de la croisade qui devait, selon les termes de l'historienne britannique Barbara Emerson, apporter la civilisation à l'Afrique⁽⁴⁾ Sur un plan plus terre-à-terre, il y a cette mystérieuse « léthargie africaine ». Et aussi ces guerres intestines, meurtrières entre tribus. Ces populations hostiles qui n'avaient pas hésité à cribler Stanley de pluies de flèches empoisonnées et de hacher en petits morceaux les malheureux malades qui traînaient à l'arrière-garde de sa caravane. Il fallait donc occuper le pays et le pacifier, et donc reconnaître la situation.

Dans un premier temps, comme l'écrit l'historien Jean-Luc Vellut⁽⁵⁾, la santé n'a dès lors bénéficié que d'une organisation sommaire, conçue non pas tant pour gérer une infrastructure minimale que pour fournir un appui aux expéditions s'enfonçant vers

l'intérieur. D'ailleurs, en 1885, il n'y avait que 2 médecins pour l'ensemble du territoire.

Il faut bien avouer qu'il y avait plus urgent que de se préoccuper des problèmes de santé, même chez les Blancs. Certes, la mortalité annuelle des Européens à l'époque était élevée : 5 pour cent (et près de 9 pour cent chez les missionnaires). La mort, due aux fièvres, aux accidents, à la dysenterie, faisait partie des risques du métier.

On pourrait croire que les missions d'exploration étaient mieux loties, d'autant plus qu'elles étaient souvent accompagnées d'un médecin; il n'en est rien. Témoin la fameuse expédition menée par Alexandre Delcommune au Katanga en 1890-1893, à laquelle était adjoint le Docteur Paul Briart, dont le Journal de Route et les lettres à sa famille ont paru récemment⁽⁶⁾. Au long de 340 pages, il ne s'agit que de fusillades, de guet-apens, de razzias, de villages brûlés par représailles.

En fait de médecine préventive, à la date du 21 mai 1891, on lit : « Je trouve un varioleux dans une chaîne de porteurs : je l'en retire et l'expulse, avec menace d'une balle dans la tête s'il se représente dans le camp. Il va donc coucher au diable, et (d'après ce qu'on nous rapporte) les gens du village voisin, l'ayant surpris dans son sommeil, l'ont tué et mangé ».

Un autre jour, P. Briart se lamente : « Dans une des caisses de pharmacie, deux flacons sont brisés, laissant perdre le chloral et l'huile de ricin, deux bouteilles éminemment précieuses, ... ». En ces temps héroïques, en matière de médecine de soins, les ressources étaient en effet fort limitées. Outre la précieuse huile de ricin, les médicaments utilisés consistaient essentiellement en quinine, ipéca, calomel, laudanum et sel anglais. En quelque sorte la pharmacopée de l'époque.

Au même moment, en 1890, alors que A. Delcommune s'appretait à remonter le fleuve sur son petit vapeur, commençait une entreprise titanesque. On entamait les travaux du chemin de fer de Matadi à Léopoldville, ce chemin de fer sans lequel, comme l'aurait dit Stanley « le Congo ne valait pas un penny ». Cet ouvrage allait bouleverser l'approche des problèmes de santé. La construction employait une main d'œuvre coûteuse, jusqu'à 300 européens et 9000 indigènes, dont les absences devaient être réduites au minimum. La Compagnie du Chemin de Fer du Congo fut dès lors amenée à organiser un **service médical complet pour ses travailleurs**, desservi par cinq médecins, un pharmacien, et des infirmiers noirs. Examens d'embauche, vaccinations, construction de deux hôpitaux, le système de santé ainsi mis sur pied apparaît comme le précurseur d'une certaine médecine sociale⁽⁵⁾.

Cesystème inspirera les services médicaux des grandes compagnies minières qui s'implanteront au cours des décennies suivantes au Kasai et au Katanga. Ceux-ci en viendront à s'occuper non seulement du personnel salarié, mais aussi de leur famille. Au tournant du XX^e siècle, une perspective lointaine se fait ainsi jour, celle d'une société médicalement encadrée, soumise à un quadrillage à la fois thérapeutique et préventif, qui va de pair avec un quadrillage administratif.



UNE EXPÉDITION CONTRE LA MALADIE DU SOMMEIL

Encore fallait-il que la connaissance scientifique progresse, et que la technologie suive. Or dans le même temps, la pathologie exotique faisait des bonds considérables. Jusqu'alors, si l'on pratiquait la vaccination contre la variole, on ne connaissait par contre ni germe, ni vecteur, ni réservoir pour les maladies exotiques. C'est le climat qui passait pour responsable de la mortalité effrayante, et le casque, emblème colonial par excellence, restait en fin de compte, avec une pincée de poudre de sulfate de quinine à la pointe du couteau, la meilleure mesure de protection.

Pour ce qui est de la malaria, le paludisme, on connaissait certes depuis longtemps les manifestations cliniques telles que les 'fièvres', et leur association avec des conditions géographiques et climatiques. On avait bien identifié le parasite en Algérie quelques années auparavant, mais on ignorait encore le rôle du moustique transmetteur, qui ne sera mis en évidence qu'en 1897.

Par contre, pour ce qui est de la **maladie du sommeil**, la situation était des plus confuses. Cette maladie, dont on croyait au début qu'elle épargnait les Européens, faisait en Afrique Centrale des ravages terrifiants. En

Vapeur de l'expédition Delcommune-Briart. 1890-1893

Uganda, d'après des chiffres cités à la Chambre des Communes, la population aurait perdu en quelques années trois millions et demi d'habitants. Dans l'Etat indépendant, la situation est également inquiétante et même dramatique. A la mission de Berghes Ste Marie, au confluent du Congo et du Kasai, en 1898, 184 enfants sur 461 meurent de maladie du sommeil⁽⁵⁾. Au Maniéma, la mission St Donatien, de Bruges, perd huit dixièmes de sa population. D'autres postes de missions doivent être abandonnés. Dans certaines régions, c'est un véritable massacre.

L'agent causal restait cependant insaisissable. On connaissait bien des trypanosomes pathogènes chez l'animal; on allait bientôt isoler en Gambie, et ceci chez un européen atteint de fièvre, un trypanosome baptisé *Trypanosoma gambiae*. Les recherches s'intensifient. Un laboratoire est créé à Léopoldville en 1899, où s'illustreront des chercheurs devenus célèbres : Van Campenhout, Broden, Rodhain, mais le XX^e siècle s'ouvre sans que la relation entre trypanosome et maladie du sommeil soit clairement établie, car le parasite n'a pas encore été décelé chez des «sommeilleux».



Malades du sommeil

C'est alors qu'à l'invitation du Roi Souverain, qui s'offrait à couvrir les dépenses, la *School of Tropical Medicine* de Liverpool accepte d'envoyer une mission d'études au Congo, qui sera dirigée par le Dr J.E.Dutton, assisté d'un médecin canadien, le Dr J.L.Todd (7). Les deux chercheurs s'embarquent sur

l'Albertville accompagné de 162 caisses de matériel de laboratoire, et arrivent à Boma le 23 septembre 1903. L'expédition couvrira un itinéraire de 4000 kilomètres, pour atteindre Kasongo, au Maniéma, après 23 mois. Le récit de cette expédition est absolument étourdissant, tel qu'il ressort des lettres (inédites) religieusement écrites par le jeune Todd à sa mère au cours de ces deux années. Le premier jour : matériel déballé, visite officielle au Vice-Gouverneur Général, respects d'usage au Consul de Grande-Bretagne, rencontre des deux médecins locaux, établissement d'un agenda comportant une visite aux élevages et l'examen des malades du sommeil à l'hôpital. Ils font des autopsies, qui ne rencontrent pas la faveur de la population : «*Selon ce qu'on nous a répété (écrit Todd à sa mère), on croit que nous mangeons en partie ceux que nous autopsions, et que nous gardons le reste pour en fabriquer des remèdes.*»

Ils mettent sur pied une étude épidémiologique de la population de Léopoldville. Ils confirment la présence du parasite dans le sang et le liquide céphalorachidien de malades du sommeil, mais aussi, observation d'une importance capitale, il existe de nombreux porteurs de trypanosomes sans symptômes nerveux.

Un vaste programme d'essai de transmission expérimentale de trypanosomes à l'animal est alors entamé⁽⁸⁾. Mais comme on ne pouvait emporter dans l'intérieur les animaux déjà inoculés et dont l'observation devait se poursuivre, on décida de les expédier à Liverpool : 27 rats, 4 lapins, 2 cobayes, 5 singes et 2 chimpanzés. Et pour compléter l'envoi, on y ajouta trois malades pour faire bonne mesure. Tatoués et balafrés, ils feront scandale en Grande-Bretagne, surtout lorsque les journaux révéleront qu'il s'agissait de cannibales qui, embusqués à une source, avaient tué une jeune femme pour la dévorer, puis avaient été graciés, car reconnus trypanosés et confiés à l'expédition pour être soignés en Angleterre.

Quelques mois plus tard, ayant remonté le fleuve, ils sont à Coquilhatville, et là un choc les attend. La première chose qu'ils font, c'est d'aller à la poste.

Un télégramme leur apprend qu'en Uganda deux collègues ont mis en évidence des trypanosomes dans les ganglions. Stupeur, et peut-être aussi désappointement, car ainsi qu'en témoignent des feuillets épars glissés dans leurs carnets de laboratoire, cet examen était à leur programme. Invité

à dîner le soir à la résidence du Commissaire Royal, la plus haute autorité du lieu, Dutton ne peut réfréner son impatience à vérifier la nouvelle. Aussitôt arrivé, à la réception, il demande à faire déshabiller les 26 soldats de la garde d'honneur. Un contrôle effectué peu après confirme la découverte. **Une nouvelle méthode de dépistage de la trypanosomiase humaine africaine était née** (la palpation et la ponction des ganglions), qui allait transformer la lutte contre la maladie du sommeil.

Continuant leur voyage, les deux chercheurs atteignent enfin Kasongo et y établissent leur laboratoire. Au marché local, ils récoltent des tiques. En disséquant ces insectes, ils découvrent incidemment qu'ils sont le vecteur d'une maladie déjà décrite, la fièvre récurrente, due à un spirochète. Dutton est infecté. Il meurt le 28 février 1905.

A la suite de cette mission, l'Administration prescrit contre la maladie du sommeil des mesures dites de police sanitaire, à vrai dire assez autoritaires : isolement des malades dans des lazarets, entraves à leur circulation, déplacement des villages loin des endroits infestés par les glossines, les mouches tsé-tsé, car si le mécanisme n'en est pas encore élucidé, le rôle de celles-ci dans la transmission est reconnu. On croyait qu'elles injectaient un venin. Par ailleurs, en 1907, un médicament actif, mais toxique, est introduit, l'ATOXYL.

En ce début de siècle donc, les découvertes scientifiques se précipitent. Mais, comme en toutes choses, lorsqu'on veut passer aux applications, il faut une volonté politique. Au Congo, cette volonté politique, c'est le Prince Albert, futur Albert I^{er}, qui va l'incarner. Il accomplit, de mars à juillet 1909, un périple de trois mois qui l'amena, à pied, à bicyclette, en baleinière, du Katanga aux rives de l'Atlantique. Observateur sagace, le futur Roi note sans aménité ses remarques dans son journal de route: «*C'est ici comme un peu partout...tout à la récolte du caoutchouc et de l'ivoire...*».

Tout au long du voyage, la hantise de la maladie du sommeil, et sa compassion pour les malades, le poursuivent. Il s'indigne : «*...les fautes graves commises par les chefs, notamment Mr X., chef de zone, qui envoyait des populations saines récolter du caoutchouc dans des régions contaminées.*»

Il visite un de ces lazarets où étaient relégués les malades du sommeil : «*...vrais charniers vivants où les nègres sont enfermés, pour mourir misérables résignés à leur fin prochaine, personne ne les console ni ne les soigne, on se demande si la mort en pleine brousse ne*

valait pas mieux que ces prisons infectes où un peu de nourriture et l'abri prolonge de quelques mois leurs souffrances?»

Il trace la voie de l'avenir : «*...il faudrait déplacer les villages, arrêter dans les caravanes ceux qui sont atteints, brûler les herbes le long des rivières, répandre partout l'usage de l'atoxyl.*»

Et pour conclure: «*La maladie du sommeil est actuellement en Afrique centrale la première de toutes les questions, que devient en effet un pays si les habitants meurent. Toutes les mesures qui assurent le développement de la population sont non seulement conformes aux principes humanitaires, ...mais sont préalables à toute vraie mise en valeur de la contrée. Malheureusement la hâte intéressée à recueillir du Congo de grands profits a fait négliger la plupart des problèmes dont la solution importait à la prospérité durable de la colonie.*»⁽⁸⁾



Glossine : la mouche tsé-tsé.

UNE NOUVELLE POLITIQUE DE SANTÉ

En octobre 1908, la gestion de l'Etat Indépendant avait été reprise par la Belgique. L'année suivante, au décès de Léopold II, revenu depuis peu du Congo, le Prince accède au trône.

Une politique nouvelle se met alors rapidement en place. On peut dire que c'est du régime belge que datent alors les progrès, sans doute dans une grande mesure fruits de l'expérience acquise pendant la période léopoldienne avec ses succès et ses échecs. Mais l'optique, ébauchée lors du voyage du Prince Albert, est neuve, une optique que l'historien Jean-Luc Vellut a qualifiée de «colonisation éthique» où la médecine sociale jouerait les premiers rôles, et dont le Roi et la Reine Elisabeth ont été les artisans.

Autour de 1911 le Service d'Assistance Médicale aux Indigènes (SAMI) se consacre d'abord à la lutte contre la maladie du sommeil; pour étendre par la suite ses activités aux principales maladies transmissibles. Un réseau de laboratoires est installé, dont les activités

principales porteront sur le support au diagnostic des affections dépistées par les médecins chargés de l'assistance hospitalière et ambulatoire, ainsi que sur la recherche.

Dans les années vingt, des équipes itinérantes progressant à pied couvrent le pays, procédant à la détection précoce et aux soins. La population des villages est recensée trimestriellement et chaque habitant est examiné pour rechercher des signes de maladie endémique. Ces équipes sont dirigées par des auxiliaires européens, les agents sanitaires, auxquels on ne rendra jamais assez justice pour le travail remarquable qu'ils ont accompli.

Un vaste programme d'enseignement infirmier pour autochtones débute en 1917, écoles d'aides infirmiers et d'aides accoucheuses d'abord, puis d'infirmiers, dont certaines de grande qualité patronnées par des organismes privés, telles que la célèbre école de la Baptist Missionary Society à Yakusu et la non moins célèbre école de la Fondation Médicale de l'Université de Louvain au Congo (FOMULAC) à Kisantu. Fin 1959, on dénombrait un millier d'infirmiers pour l'ensemble de la Colonie. Enfin, on s'attache avec des succès variables, à la formation d'assistants médicaux d'un niveau supérieur.

Dès l'époque léopoldienne, les missions religieuses, protestantes et catholiques, souvent implantées dans des régions reculées, avaient prodigué des soins aux indigènes. Des conventions furent établies, régissant leur coopération avec l'administration coloniale.

La Croix-Rouge du Congo fut également active. Aucun traitement n'étant efficace contre la lèpre à l'époque, elle a établi dans l'Uele, dès 1925, des villages agricoles d'isolement dans une région où la prévalence dépassait 5 pour cent. Au gré des années s'y est développé, à Pawa, un important centre de recherches, dont le directeur, le Docteur Swerts, fut assassiné en 1964 par des enfants lors de l'insurrection muleliste.

Le FOREAMI (Fonds Reine Elisabeth pour l'Assistance Médicale aux Indigènes) (9) est né en 1933. L'objectif de cet organisme était ambitieux. Il visait à mener une action intensive dans des régions délimitées, par une lutte intégrée contre l'ensemble des problèmes de santé affectant la population, qui serait complémentaire à celle du gouvernement, et servirait en quelque sorte de modèle. Les activités du Foreami ont été particulièrement efficaces dans la lutte contre la maladie du sommeil. Le nombre de nouveaux cas dépistés par an a suivi une courbe descendante spectaculaire. De plus de 30 000 à quelques centaines en 1930, la maladie avait presque disparu au moment de l'indépendance.

Une anticipation ici, concernant la période post-coloniale. La trypanosomiase est en Afrique Centrale la maladie écologique par excellence, celle qui a marqué les désordres socioculturels et les bouleversements démographiques du passé, migration des populations, traite des esclaves, pénétration européenne. On pouvait craindre une reprise de la transmission à partir de foyers résiduels suite aux conditions politiques nouvelles résultant de l'Indépendance. Aussi, dès 1961, sur l'initiative d'un groupe de médecins, un fonds a été créé dans le cadre de l'assistance technique gouvernementale de la Belgique, le Fonds Médical Tropical (FOMETRO). Parmi d'autres activités dans le domaine de la santé, cet organisme, devenu aujourd'hui une ONG (une organisation non gouvernementale), a mené et continue à mener une action remarquable dans la lutte contre la maladie du sommeil, en collaboration avec les services de santé de la R.D.C.. En 30 ans, 35 millions d'examens médicaux ont été pratiqués. Plus de 185.000 nouveaux cas ont été dépistés et 400.000 malades et rechutes ont été traités. La menace reste toutefois réelle, car le nombre annuel de nouveaux cas risque de rejoindre le niveau des années trente. (10) Après cette digression à l'époque actuelle, revenons-en à la fin de l'époque coloniale.

La période héroïque du combat contre les grands fléaux n'était pourtant pas terminée. L'Afrique reste pour les médecins le terrain des pionniers, des imaginatifs, des novateurs, et je voudrais évoquer la mémoire de l'un d'entre eux, le Docteur Frans Hemerijckx. Surnommé le «Moïse de la Lèpre» par ses confrères, les malades, eux, l'appelaient dans leur dialecte otetela «celui qui raccommode les paniers percés». Arrivé au Congo en 1927, il avait fondé la léproserie de Tshumbe Ste Marie, au fond du Kasaï, et y avait acquis une extraordinaire connaissance de la maladie dans tous ses aspects. Fin des années quarante, une chimiothérapie efficace avait été mise au point, et l'on avait démontré que l'isolement était inutile pour la plupart des malades, chez lesquels la lèpre n'est pas ou guère contagieuse. Hemerijckx prend alors en mains le traitement ambulatoire jusque dans les villages les plus perdus de la province, puis dans l'ensemble de la Colonie. A la veille de l'indépendance, le système qu'il avait instauré avait mis plus d'une centaine de milliers de malades en traitement. Entre temps, il avait quitté le Congo pour l'Inde, appelé à y répéter son expérience africaine.

Après la Seconde Guerre mondiale, le gouvernement belge lança en 1949 sous l'égide du Ministre des Colonies Pierre Wigny le «Plan Décennal de développement économique et social», financé par

le Fonds du Bien Etre Indigène (FBEI), un organisme parastatal créé en compensation de l'effort de guerre du Congo. Le Plan Décennal esquissait un remarquable plan de développement du Congo, et comprenait un programme d'infrastructure médicale, le Plan Van Hoof-Duren. A la veille de l'indépendance, en 1959, le Fonds du Bien Etre aura ainsi achevé et équipé, au Congo et au Ruanda-Urundi, 32 centres médico-chirurgicaux, 845 dispensaires et maternités, ainsi que des établissements d'enseignement.

La recherche biomédicale ne fut pas oubliée et connut un grand essor (11).

L'IRSAC (Institut pour la Recherche Scientifique en Afrique Centrale), doté de remarquables laboratoires et de chercheurs hautement qualifiés, poursuivit des recherches médicales, en particulier dans le domaine de la nutrition.

Les universités ne sont pas en reste. En 1953, la FOMULAC inaugure à Kisantu un enseignement préparatoire aux futures études de médecine et, pendant de nombreuses années, le Centre Scientifique et Médical de l'Université Libre de Bruxelles au Congo (CEMUBAC) a poursuivi, quant à lui, la lutte contre la tuberculose par des missions de prospection radiographique, suivies après 1960 par des enquêtes sur le goitre et des recherches sur l'état nutritionnel des populations du Kivu. En outre, en 1956, les Universités de Gand (GANDA-CONGO), qui a étudié les foyers de peste en Ituri, et de Liège (FULREAC), ont créé des institutions destinées à promouvoir la recherche scientifique.

En ce qui concerne la formation de médecins, l'enseignement universitaire n'a commencé que quelques années avant l'indépendance, proclamée comme on sait, en 1960. L'Université Lovanium, devenue ensuite Université Nationale de Kinshasa, a ouvert ses portes à Léopoldville en 1954. L'Université officielle du Congo belge et du Ruanda-Urundi a été fondée en 1955 à Elisabethville, aujourd'hui Lubumbashi. Une Faculté de Médecine parrainée par la RUG a été mise sur pied à l'Université Nationale du Rwanda, à Butare.

Le parcours est ainsi terminé. Les services de santé implantés au Congo au moment de l'indépendance étaient sans contredit des plus remarquables, et proposaient de plus un véritable modèle pour les soins de santé primaire tels qu'ils seront définis un quart de siècle plus tard par l'OMS.

A LIRE AUSSI

1. JANSSENS P.J., KIVITS M., VUYLSTEKE J. Médecine et hygiène en Afrique Centrale de 1885 à nos jours. Fondation Roi Baudouin, Bruxelles, 1992
2. ANDRE J., BURKE J. Développement des services de santé. pp.83-160 in (1)
3. STANLEY H.M. L'autobiographie de Henry M. Stanley, publiée par Dorothy Stanley. Plon-Nourrit édit, Paris, 1911.
4. EMERSON B. Léopold II, le royaume et l'empire. Duculot, Gembloux éd., 1988.
5. VELLUT J.L. La médecine européenne dans l'Etat Indépendant du Congo, 1885-1908. pp.61-81 in (1)
6. BRIART P. Aux sources du Fleuve Congo. Carnets du Katanga. D. Ryelandt : L'Harmattan Paris, éd. 2003
7. LECHAT M.F. L'expédition Dutton-Todd au Congo 1903-1904. Ann.Soc.Belg.Méd.Trop. :44;3:493-510;(1964)
8. PRINCE ALBERT Journal de voyage au Congo. 1909. Archives des Palais Royaux.
9. KIVITS M. Le Fonds Reine Elisabeth pour l'assistance médicale au Congo FOREAMI, 1930-1960. Pionnier de la santé publique rurale en Afrique. Ann.Soc.Belg.Méd.Trop.: 51;4-5; 389-406;(1971)
10. BURKE J. Trypanosomes. pp.1399-1535 in (1)
11. JANSSENS P.G. Recherche scientifique et biomédicale. pp.195-204 in (1)

1. Ce texte est repris d'une présentation à la Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België le 25 mai 2005.

Un premier pas décisif

La FOMULAC, Fondation Médicale de l'Université de Louvain au Congo, fut le berceau de la Faculté de médecine de Kinshasa, et son histoire commence en 1924¹

Myriam Malengreau

Lors de conférences organisées en 1924 par l'Université Catholique de Louvain, le R.P. Pierre Charles s.j., plaida avec tant de conviction en faveur de la participation des laïcs à l'action missionnaire, qu'en mai 1925, se constituait l'Association Universitaire Catholique pour l'Aide aux Missions (AUCAM).

Quelques mois plus tard, cette nouvelle association suggéra l'idée d'une fondation médicale au Congo. En effet, les milieux coloniaux s'alarmaient des ravages causés par la maladie du sommeil, et s'étonnaient de l'indifférence des universités à l'égard de la situation sanitaire désastreuse de la colonie.

La suggestion de l'AUCAM interpella quelques professeurs de la faculté de médecine, qui décidèrent alors de créer au Congo, une institution universitaire, avec des services organisés à l'Européenne, où des médecins coloniaux trouveraient un complément pratique de l'instruction qu'ils recevaient en Belgique. Elle permettrait également de former des infirmiers, et plus tard des assistants médicaux congolais. Enfin, des chercheurs y auraient à leur disposition tout le matériel et l'équipement nécessaires à l'étude des pathologies tropicales.

Encouragés par un premier don anonyme de cent mille francs, et la promesse du ministre de prendre en charge le traitement des médecins, confiants par ailleurs dans l'aide que leur apporteraient les Missions, les promoteurs n'hésitèrent plus à créer en 1926 une association sans but lucratif². Mgr Ladeuze, recteur

de l'UCL, proposa de la nommer **Fondation Médicale de l'Université de Louvain au Congo**. Celle-ci obtint peu de temps après le haut-patronage du roi Albert.

KISANTU

Une des premières tâches fut de choisir un emplacement pour le projet d'hôpital école. Le choix se porta sur Kisantu, siège d'une des plus importantes missions de la Compagnie de Jésus, au croisement de l'Inkisi et de la voie ferrée reliant Matadi à Léopoldville. Le 1er octobre 1928, l'hôpital ouvrit ses portes et les premiers malades y furent admis, d'abord dans 12 lits puis dans un nombre croissant de ceux-ci, au fur et à mesure de l'achèvement des autres pavillons. En même temps, l'équipe en place développait des dispensaires ruraux et s'investissait dans la surveillance de la maladie du sommeil, de la lèpre et du pian.

Le 26 juin 1928, le roi Albert et la reine Elisabeth, en voyage au Congo, firent une visite des installations et adressèrent le soir même au recteur de l'Université de Louvain le télégramme suivant: «*Revenons de Kisantu. Avons visité magnifiques installations FOMULAC. Cette participation de l'Université de Louvain à la vie de la Colonie donnera les plus heureux résultats. Formons des vœux pour la prospérité de cette très utile entreprise. Albert, Elisabeth.*»

Parmi les objectifs figurait en tout premier lieu la formation d'infirmiers et d'infirmières-accoucheuses congolais. L'hôpital avait surtout été construit pour devenir un terrain d'enseignement. L'école fut ouverte dès la fin de 1927 et cinq jeunes gens y furent inscrits pour un cycle d'études de trois ans. Le 15 septembre 1930, la FOMULAC délivrait ses trois premiers diplômes d'infirmiers. De 1930 à 1938, quarante élèves seront admis, dont 24 recevront le diplôme d'infirmier. Cela peut paraître peu, mais le recrutement était freiné tant par les limites d'hébergement à la mission que par le faible niveau d'un enseignement post-primaire en 3 ans, spécialisé (moniteur, catéchiste, commis,...), et donné en langue locale.

En 1936, le gouvernement de la Colonie ouvrit à Léopoldville une première école d'assistants médicaux, assez semblable à « l'école de médecine » qui fonctionnait à Dakar depuis 1918. La FOMULAC ouvrit la sienne en 1937. La formation comprenait quatre années d'études et deux années de stage, après six à douze mois de cours préparatoires.

Le professeur F. Malengreau, l'un des fondateurs, prit soin de préciser: «*L'école d'assistants médicaux n'est pas une faculté de médecine. Il s'en faut de beaucoup... (elle) n'avait d'autre ambition pour le moment que d'être une école professionnelle d'un degré supérieur à celle d'infirmiers*». Ces précisions répondaient aux craintes de ceux qui estimaient qu'on allait trop vite dans la promotion intellectuelle des Africains. Comme secrétaire trésorier de la FOMULAC, il savait mieux que quiconque combien il fallait se montrer prudent si on voulait continuer à bénéficier de l'appui du gouvernement et des sociétés coloniales.

La FOMULAC était néanmoins consciente de l'urgence de former une élite congolaise capable d'assumer des responsabilités. «*Ce qui compte à ses yeux, ce qui pour elle (FOMULAC) est indispensable et urgent, c'est la formation d'une élite indigène, à action puissante sur les masses, capable de les canaliser dans l'ordre, afin de parer au danger d'une anarchie intellectuelle et morale à laquelle est exposée une jeunesse en contact avec une civilisation aux tendances trop souvent matérialistes*»³.

«*L'espoir de former des médecins indigènes n'est pas plus utopique que celui de faire des prêtres indigènes*⁴ à la condition de procéder à une sélection sévère dans le choix des élèves et d'exiger d'eux une préparation secondaire solide et prolongée»⁵

En fait, jusqu'à l'ouverture des premières sections d'humanités complètes pour Congolais, en 1946, le principal obstacle à l'installation d'un véritable enseignement supérieur, objectif à terme de la Fondation, fut l'absence d'un enseignement secondaire général complet.

NAISSANCE DE « LOVANIUM » : DE KISANTU À KINSHASA

Une étape supplémentaire fut franchie en 1947 avec la création à Kisantu du **Centre Universitaire Congolais**

³ Malengreau F. Brochures de l'AUCAM n° 19, 1941. p 35

⁴ En 1939, il existait au Congo et au Ruanda-Urundi cinq grands séminaires et, en 1945, alors qu'il n'existait pas un seul agent territorial indigène dans les services administratifs, le clergé autochtone congolais comptait 209 prêtres indigènes qui, après six années d'humanités latines dans un petit séminaire, avaient suivi, dans un grand séminaire, trois années de philosophie

⁵ Malengreau F - Rapport annuel au Conseil d'administration de la FOMULAC pour 1932, p 11 et cinq années de théologie.

Lovanium⁶ qui, sous la tutelle de l'Université Catholique de Louvain, regroupait les écoles de la FOMULAC et de la CADULAC⁷ et la toute nouvelle Ecole des sciences administratives et commerciales, dont l'ouverture avait été enfin autorisée, après deux ans de démarches et tergiversations. Il ne s'agissait pas encore d'enseignement universitaire, mais, par son nom, ses fondateurs voulaient afficher clairement leur intention de le faire évoluer⁸, dès que sortiraient les premiers finalistes des programmes d'« Humanités ».

Si les milieux missionnaires qui avaient formé leur premier prêtre congolais en 1917 soutenaient dans l'ensemble l'idée d'un enseignement universitaire au Congo, l'opinion publique coloniale restait par



Infirmiers formés à la FOMULAC - Kisantu - 1938

contre sceptique sur les capacités des Africains, et fort réticente à l'idée de former des Congolais, susceptibles d'assumer des responsabilités politiques et de remettre en question le système en place. D'autres prônaient leur formation en Belgique, pensant que ce serait plus économique et plus favorable aux relations futures entre les deux pays. Mais les promoteurs de Lovanium étaient convaincus que le pays avait autant besoin d'une université que d'universitaires. «*... l'Université congolaise n'est pas seulement une institution qui forme quelques diplômés, mais elle doit être d'abord et avant tout un foyer de rayonnement intellectuel, un centre d'où la culture est appelée à se communiquer d'échelon en échelon à toutes les couches de la population. Car, dans ce domaine, l'Afrique ne peut rester tributaire de l'Europe et l'on ne peut sacrifier son avenir pour*

⁶ Le premier conseil d'administration était composé de Mgr Van Waeyenbergh, président, G. Malengreau, secrétaire trésorier, V. Antoine, J. Opsomer, F. Malengreau, P. Ryckmans, L. Van Hoof, de l'IMT et F. Van Wing s.j., membre du Conseil Colonial.

⁷ «Centres Agronomiques de l'Université de Louvain au Congo» constitués en 1932 sous l'impulsion du professeur V. Antoine, directeur de l'Institut agronomique de Louvain

⁸ PV du CA de Lovanium du 4 octobre 1948

quelques commodités immédiates. Pour faire rayonner la culture qu'elle suscitera, l'université doit s'enraciner au Congo, ... et se développer de manière à engendrer une culture vivante, susceptible de greffer les valeurs indigènes sur un tronc suffisamment solide pour s'en imprégner et les féconder. »⁹

Le 11 mars 1950, une convention fut signée entre Lovanium et le gouvernement, précisant l'apport financier et les modalités d'intervention de l'Etat. Quelques mois plus tard, le transfert de Kisantu à Kinshasa fut approuvé également, non sans de nombreuses discussions préalables sur les avantages et inconvénients de rapprocher l'université de la capitale. L'université ouvrit ses portes sans grand cérémonial à Kimuenza le 15 janvier 1954, et 31 étudiants y entamèrent une première année préparatoire polyvalente.

En 1953, la FOMULAC céda à « Lovanium » toutes ses possessions de Kisantu. Elles seront ensuite données aux Jésuites en 1956, en laissant à un conseil basé en Belgique le soin de superviser les activités médicales. Actuellement, l'hôpital appartient au diocèse de Kisantu et reste un des meilleurs de la RDCongo. La formation des assistants médicaux a été abandonnée, une fois la faculté de médecine bien établie à Kinshasa. Par contre, des infirmiers et infirmières y sont toujours formés, et des stagiaires et assistants y sont régulièrement envoyés par les universités congolaises.

LA FOMULAC AU KIVU ET AU KASAI

En même temps que se développait le centre de Kisantu, la FOMULAC construisit un deuxième centre près de la mission de **Katana**¹⁰ dans le Kivu, région alors mal connue, où il n'existait encore aucune organisation médicale. Les activités y débutèrent en 1931. La priorité fut donnée à la lutte contre le pian et à la santé materno-infantile. Avec l'appui du « Fonds social du Kivu », la FOMULAC prit en charge toute

la population qui occupait la zone Nord du Sud Kivu et l'île Idjwi. En 1944, il y avait 14 dispensaires pour 146.000 habitants. En matière d'enseignement, la situation était encore moins favorable qu'à Kisantu. L'enseignement primaire était encore fort peu développé et les besoins des Missions trop grands pour qu'ils cèdent leurs bons élèves. Pendant longtemps, il fallut donc recourir à du personnel qualifié expatrié, secondé de sages-femmes et d'aides infirmiers congolais, formés surtout par apprentissage. En 1943, une formation pour infirmiers et assistants médicaux fut finalement mise en route et agréée par le gouvernement¹¹.

La FOMULAC de Katana continua à se développer par la suite et elle servit jusque récemment, de centre hospitalier de référence régional et de centre de formation pour sages-femmes, infirmiers et médecins ruraux. Tout comme le centre de Kisantu, elle accueillit régulièrement des stagiaires en médecine et des assistants européens et congolais, mais l'africanisation des cadres ne se fit que lentement, en raison de la difficulté de les attirer et de les maintenir en milieu rural. A partir de 1994, la région fut fortement perturbée par la guerre. Les installations furent finalement cédées au diocèse de Bukavu, qui assure désormais la continuité des activités.

En 1946, un troisième centre FOMULAC fut construit à **Kalenda**, au Kasai, à proximité d'une mission des Pères de Scheut¹². Une école d'infirmiers et d'AMI y fut ouverte en 1952. Ces installations furent cédées par la suite au diocèse de Mbuji-Mayi.

La FOMULAC fut une œuvre de pionniers et de visionnaires, dont notre université peut être fière. Dépassant les peurs et les préjugés de leur époque, nos prédécesseurs ont surmonté d'innombrables obstacles financiers, matériels et humains, avec une incroyable persévérance et un très grand courage. Pendant plus de 75 ans, cette fondation de l'UCL a contribué à la santé des populations congolaises par ses actions médicales et de santé publique, mais surtout par la formation technique et morale donnée à tous ceux qui ont bénéficié de son enseignement. En faisant le lit de l'enseignement universitaire au Congo, elle a atteint son principal objectif et permis qu'il y ait aujourd'hui des milliers d'intellectuels congolais capables de réfléchir au destin de leur pays. Parmi eux surgiront tôt ou tard les visionnaires qui construiront son avenir. C'est ce qu'on leur souhaite.

D'autres illustrations peuvent être trouvées sur le site d'Histoire de la Faculté de Médecine (rubrique UCL au Congo) à l'adresse : <http://www.md.ucl.ac.be/histoire/malengreau/index.htm>

⁹ Malengreau G., « L'université Lovanium » - Ed. Louvain, 1954, p4
¹⁰ Première mission installée au Kivu, en 1910, par les Pères Blancs d'Afrique

¹¹ Lambillon L. ->Formulac Katana> Lovania 1944 5 :5-10
¹² Thielen St Jacques

Chirurgien à l'hôpital de Kisantu

Des médecins de l'UCL ont exercé au Congo bien avant que Lovanium ne soit créé. De juillet 1952 à janvier 1953, Paul Hennebert fut de ces pionniers travaillant avec des moyens de fortune. Témoignage.

Paul Hennebert

Spécialiste en chirurgie, j'ai été sollicité en 1952, par le professeur Guy Malengreau pour remplacer le Dr. Guy Pieters, en congé contractuel en Belgique, à l'hôpital de la FOMULAC (Fondation médicale de l'Université de Louvain au Congo) à Kisantu.

Terminant ma formation de chirurgie à Leuven dans le service du Professeur Debaisieux, je suis encouragé, par le professeur Morelle, à accepter cette mission. Jean Morelle était allé en 1927 à Kisantu pour la réception des constructions, l'inauguration de l'hôpital et les premières interventions chirurgicales. Suivre les 3 mois de cours à l'Ecole Tropicale à Anvers tout en restant le premier assistant au Service de Chirurgie à Leuven était déjà un premier défi. J'en étais réduit à ne suivre que les cours pratiques de parasitologie et de microscopie, ce qui faillit faire échouer la délivrance du certificat, nécessaire au départ.

Nous voilà embarqués, mon épouse, notre enfant et moi dans un DC4, avec arrêt à Kano, au milieu des moustiques et de la chaleur. Arrivée à l'aéroport de NDolo et hébergement au « guest house » de la Sabena. Un repas fut servi qui me fut fatal. Je contractai une dysenterie qui, après un trajet de 150 km en train traction vapeur, se termina à la Clinique de la Fomulac où je fus alité pendant huit jours. Soutenu par le Dr André Triest déjà sur place, nous sommes hébergés dans la maison du Dr Ronsse également en congé en Belgique, maison dont la menuiserie en chêne apportée de Belgique en 1926 avait été fabriquée à Namur.

A LA LAMPE DE POCHE...

A peine relevé de la dysenterie, me voilà confronté au premier problème chirurgical : devoir effectuer une césarienne chez une expatriée du plateau comme nous disions...

Heureusement, j'avais des notions de gynécologie-obstétrique ayant effectué six mois dans le service de Louvain, tandis qu'un assistant gynécologue m'avait remplacé dans le service de chirurgie. Anesthésie locale, lampe de poche comme éclairage, pas d'assistant, dans une chambre banale équipée d'une table d'examen métallique. Heureusement tout se passe bien. Je n'oublierai jamais.

Nous apprenons alors que les légumes et les fruits frais doivent être consommés après lavage dans une solution de permanganate de potassium ou de chloramine.

Le Dr Dubocage, gynécologue-obstétricien, en partance pour la Belgique huit jours plus tard, me détaille le programme de mes activités :

- 1° assurer les traitements chirurgicaux et les interventions de gynécologie-obstétrique, ainsi que la supervision des pavillons de malades.
- 2° donner l'enseignement de ces deux matières aux assistants médicaux congolais en formation à l'Ecole des assistants médicaux (4 ans d'étude).
- 3° assurer la tournante des dispensaires dépendant de la zone médicale administrative de Kisantu. Ces dispensaires soutenus par un infirmier disposant d'une salle d'examen, d'un embryon de laboratoire, d'un microscope et d'une salle d'hospitalisation fréquentée surtout par les accouchées. Outre le contrôle de l'activité médicale consignée dans un journal, il fallait approvisionner la pharmacie et contrôler l'usage des médicaments. Enfin, il fallait ramener, dans la fourgonnette, les malades nécessitant un traitement à l'hôpital de la zone, la FOMULAC à Kisantu.

Pour m'aider dans cette tâche, une sœur infirmière m'accompagnait pour les détails pratiques et l'explication en Kikongo.



Paul Hennebert

Mise en place de la Sedes Sapientiae à l'hôpital de Katana - 1949



Ma première tâche est d'acheter des tuyaux, des lavabos et des douches pour équiper les pavillons. Il faut ensuite former le personnel soignant à faire la toilette des patients, avec des brosses et du savon désinfectant (Muganga). Grâce à ces mesures, il sera possible de ne plus utiliser d'antibiotiques pour toutes les interventions.

La stérilisation du matériel posait problème. L'aide de salle d'opération utilisait le même bouillieur pour les instruments et pour les compresses à pansement infectées, avant le rinçage et la lessive. Il y avait beaucoup d'infections post-opératoires, ce qui nécessitait des antibiotiques et une prolongation des séjours d'hospitalisation. Grâce à ces mesures, les infections devinrent rares. Il fut même possible d'effectuer la première gastrectomie du Congo, pour un infirmier atteint d'hémorragies répétées sur ulcère gastrique ne répondant plus au traitement médical. C'est ici que l'esprit d'initiative doit jouer. Pas d'anesthésiste, pas de fils de suture adaptés. En utilisant la rachianesthésie fractionnée inventée par le Dr Sebrechts de Bruges et des fils de lin de couturière, enfilés à l'avance sur des aiguilles de couture et stérilisés à l'eau bouillante, il fut possible d'effectuer l'intervention avec succès, sans problème, avec l'aide de l'infirmier de salle d'opération. Nous avons de même réalisé une hépatectomie partielle pour tumeur cancéreuse avec survie jusqu'en 1965 (date de la dernière lettre reçue de ce religieux enseignant)

Un autre problème du bloc opératoire était la mise en service de la deuxième salle d'opération, construite en 1927 par le professeur Morelle, mais non équipée. Je

Outre les écoles primaire secondaire, technique et la cathédrale de Kisantu avec son évêque, il y avait le grand séminaire de Lemfu, construction somptueuse rappelant les bâtiments des collèges en Belgique. Une autre installation importante se situait à Mayidi. Elle comprenait une menuiserie, une maçonnerie, un enseignement de tissage et d'agronomie.

PLANTES MÉDICINALES ET ŒUFS DE CROCODILE

A la Mission, le Père Cauwe, professeur de sciences, s'occupait de la récolte d'une liane appelée Rauwolfia serpentina, dont il faisait un extrait alcoolique, en quantité importante pour la firme pharmaceutique Ciba-Geigy. L'extrait était placé dans de petits fûts en aluminium et expédié en Suisse pour la commercialisation de la réserpine, utilisée à cette époque dans le traitement de l'hypertension artérielle.

Les pères s'occupaient également de culture et surtout de l'élevage des bovins (40.000 têtes). On parlait du vacariat de la mission. D'un point de vue botanique, le Frère Gillet, connu dans le monde pour son jardin des plantes et des orchidées, s'occupait de rassembler et d'identifier toutes les variétés tropicales. Il y avait dans ce jardin un laboratoire où l'on étudiait les plantes médicinales. Le gouvernement belge avait envoyé l'agronome Edmont Gailly à la recherche d'alkaloïdes dans les plantes dites médicinales. Ce jardin se trouvait à Inkisi au bord du fleuve du même nom, et chef-lieu du territoire dont l'administrateur était M. Ryckmans, assassiné en 1960.

C'est au cours d'une promenade au coucher du soleil que mon épouse a été piquée et a présenté une crise de malaria alors qu'elle attendait notre second enfant.

En janvier 1953, je rentrais en Belgique, ayant reçu et signé un contrat d'aspirant du Fonds National de la Recherche Scientifique pour la recherche sur les cellules granuleuses du rein productrices de la rénine. Mon maître de thèse était le professeur Van Campenhout. Il m'avait demandé de rapporter du Congo des œufs de crocodile qu'il comptait faire éclore à Louvain pour sa recherche scientifique. C'est ce que nous fîmes.

A l'Université de Louvain, l'idée de fonder une Université au Congo faisait son chemin. C'est ainsi, qu'à notre retour, nous sommes passés à Kimwenza et avons rencontré M. Van Laer, qui, avec son bulldozer, nivelait le Mont Amba en vue de l'installation des premiers bâtiments de la future université de Lovanium.

C'est à ce moment que mon épouse et moi-même décidons de revenir en Afrique dans le cadre de la future Université. Ce qui eut lieu en 1957.

L'hôpital de Kisantu



fis compléter l'installation, table, lavabo, scialytique, etc. et réservai cette 2e salle aux abcès, infections et aux plâtres, de manière à opérer dans les meilleures conditions avec un minimum de matériel. Une statistique révélait en effet que la traumatologie constituait 60% de la pathologie chirurgicale.

La FOMULAC de Kisantu était supervisée par la Mission des Pères Jésuites, qui avait la charge religieuse et temporelle d'un énorme territoire s'étendant vers le Sud jusqu'à NGidinga.

Les moyens du bord pour une médecine de brousse

« Dans mon hôpital, il n'y avait ni électricité, ni réseau de distribution d'eau. Et les zones à visiter auraient pu couvrir toute la Belgique ». Gérard Van Braekel raconte ce qu'était la médecine rurale congolaise au cours des années 48 et suivantes



A la « maternité » de Kasongo-Lunoa. L'attente. 1949

Gérard Van Braekel

Le Congo et la pratique d'une médecine tout terrain : deux projets que j'entretenais en entamant mes études à Louvain en 1941.

Arrivé à Léopoldville en septembre 1948, j'y fais un stage de six semaines (hôpital et laboratoire), puis c'est enfin le départ pour la brousse et l'apprentissage des contacts avec mes futurs patients, au cours de randonnées en pleine nature à la rencontre de villages congolais.

De telles expéditions vont se répéter pendant plusieurs années, alternant avec des séjours au poste central, où je retrouvais le dispensaire, l'hôpital, les patients qu'ils attiraient et les activités médicales qu'ils rendaient possibles.

On y trouvait un bâtiment en briques, coiffé d'un toit bien étanche, et un local destiné aux examens et aux interventions chirurgicales. A côté, il y avait un pavillon d'hospitalisation, construit en pisé, sous toit de chaume, le dispensaire et plus loin la maison des accouchées.

En bout de surface, un vaste caravansérail était destiné aux familles des hospitalisés et des femmes en attente d'accouchement. Les degrés de parenté étaient très extensibles. Le gîte et la nourriture (poisson séché, riz, lait en poudre...) étaient assurés et gratuits. De temps à autre, le menu était agrémenté d'un apport de gros gibier. Un ancien soldat avait été officiellement engagé pour la chasse. Pour lui assurer une conservation relative, la viande si appréciée

était boucanée. Les pièces de viande (buffle, antilope, phacochère...), exposées à un feu de branchages, se desséchaient lentement. La conservation à une température moyenne de 35 à 40° favorisait l'éclosion d'asticots euphoriques. Sans l'ombre d'une hésitation, les hébergés de l'hôpital les mangeaient en même temps que la viande sous-jacente, en affirmant : « la viande qui mange la viande, c'est aussi de la viande ». La cuisson était toutefois habituelle.

Dans cette partie du Kwango, pauvre en ressources alimentaires de nature protéique, des enfants souffraient de carence après le sevrage. Le kwashiorkor, connu sous le nom de bwaki, était caractérisé par de l'anémie, un dysfonctionnement hépatique, des oedèmes, une dépigmentation, bien souvent sur un fond de malaria et d'helminthiase.

UN CONCURRENT : LE SORCIER

Au centre hospitalier j'avais deux domaines d'activités.

D'une part, des interventions chirurgicales (hernies fréquentes, parfois étranglées, fractures et traumatismes divers, drainage de foyers infectés, amputations, circoncisions...) et des consultations au dispensaire, fort fréquenté. Des aides-infirmiers se chargeaient des cas bénins, tandis que je me réservais les pathologies plus critiques, dont certaines nécessitaient

l'hospitalisation. M'incombait également la surveillance des hospitalisés et le traitement des admissions d'urgence.

La distance à parcourir pour atteindre l'hôpital incitait les villageois à ne transporter les malades qu'à la dernière extrémité, sur un brancard de fortune. Mon concurrent, le sorcier, proposait souvent un traitement immédiat, dont l'audace, l'inefficacité et les conséquences fâcheuses n'apparaissaient que bien plus tard.

Dans la maison des accouchées, une sage-femme congolaise pratiquait les accouchements normaux et m'appelait pour les manœuvres difficiles qui, au pire, consistaient en l'extraction de fœtus morts in utero depuis de nombreux jours.

Mon second volet d'activité se passait dans les zones rurales, dont la surface aurait pu couvrir celle de la Belgique. De durée variable selon les zones visitées, les tournées ne dépassaient jamais le mois. Dans la camionnette de trois tonnes et demie s'entassaient malle-lit, malle-vaisselle, vêtements, provisions, matériel médical, tables pliantes, mais aussi le boy et le personnel infirmier. Cette charge limite entraînait des bris de ressorts, sur des routes tantôt sablonneuses, tantôt boueuses, avec le risque d'enlisement. Ces incidents ajoutaient du pittoresque aux inattendus de la vie en brousse. Dans un concert d'encouragements réciproques, les villageois, appelés à la rescousse, poussaient le véhicule immobilisé dans des raidillons impossibles.

Installé à proximité d'un dispensaire rural, je procédais au dépistage et, dans la mesure du possible, au traitement de pathologies endémiques au Kwango : maladie du sommeil, malaria, lèpre, pian, fièvre récurrente, infections respiratoires graves chez des enfants et aussi quelques cas de tuberculose, des maladies vénériennes.. et j'en oublie sans doute.

A la recherche du trypanosome.
Kwango. 1949



La lutte contre la trypanosomiase exigeait une détection précoce du parasite. Celle-ci commençait

par la recherche des réactions ganglionnaires. Nous palpions principalement les zones cervicales sur les patients alignés en longues files. Ensuite, les cas suspects étaient soumis à un prélèvement du suc ganglionnaire et à son analyse microscopique. Le liquide céphalo-rachidien était parfois prélevé pour recherche des trypanosomes et d'altérations cytologiques. Nous obtenions un culot adéquat avec de petites centrifugeuses à manivelle.



Vaccinations. Kwango. 1950

Ces contrôles étaient effectués tous les six mois aux mêmes points de ralliement du secteur médical. Tous les habitants des villages situés à distance raisonnable étaient convoqués.

Les populations acceptaient volontiers les longs déplacements, les enquêtes médicales, les recensements et les traitements éventuels de longue durée. Ces grandes réunions de villages étaient meublées de conversations animées, de cris et de pleurs d'enfants, de demandes de nkisi (médicaments) assorties d'explications volubiles.

Le soir venu, c'était la visite au village voisin, l'accueil du chef et son cadeau, une poule taille mannequin, que je lui achète, un verre de malafu, vin de palme, et une chorégraphie simple, qui mobilise les villageois. Au gîte d'étape, nous logions, mon épouse et moi, sous la lumière d'une lampe à pétrole et la protection d'une moustiquaire. Le sommeil ne s'invitait qu'après un long prélude, aidé d'un bon livre.

Parmi mes souvenirs, je retiens l'ardeur des adieux du soleil sur les eaux du Kwango, la joie des villageois venus accueillir le muganga (médecin), des gamins mimant des danses d'adultes, pour se quereller ensuite lors de la distribution de friandises, des attroupements de « mamas » venues assister à la toilette de notre bébé que ma femme laissait barboter dans une cuvette intentionnellement placée à l'extérieur.

UNE VISITE AU VILLAGE.

Le chef apparaît dans son plus beau décor : les plumes blanches et noires sur le front accusent sa haute taille. Il porte une veste de teinte blanche. D'une main, il tient un plumeau soyeux, tandis que de l'autre, il serre le grand couteau, symbole de son autorité.

La danse qu'il engage entraîne peu à peu tous les villageois. Hommes, enfants, femmes portant leurs nourrissons s'agitent en cercle autour d'un feu de bois qui met sur les visages des reliefs mouvants.

Au son d'un double tam-tam qui fait vibrer le sol, le rythme gagne les corps. Des paniers ovales à fond de peau tendue et garnis de petits cailloux, scandent les contretemps.

Les femmes défilent penchées, semblant parfois ramper. Certaines remuent le bassin avec une étonnante souplesse. Les hommes frappent du pied plus frénétiques, plus proches de l'exaltation que promet le vin de palme.

UNE INDISPENSABLE POLYVALENCE

De cet exercice de médecine rurale congolaise au cours des années 48 et suivantes, je retiendrais l'isolement professionnel, le manque d'aide dans des situations graves et urgentes, la nécessité de décider et d'agir seul, voire d'improviser avec des moyens limités. Dans mon hôpital, il n'y avait ni électricité, ni réseau de distribution d'eau. Une réserve de 200 litres était tributaire de l'assiduité des porteurs.

Une anecdote : l'amputation d'un avant-bras, pratiquée en alternant les phases de chirurgie et d'anesthésie au chloroforme, en nocturne, à la lueur d'une lampe à pétrole Coleman. Le blessé, main et avant-bras réduits en bouillie par l'éclatement d'un fusil, s'était posé un garrot et avait atteint la mission après une demie-heure de marche. Aux six heures d'un transport cahoteux pour atteindre l'hôpital, il fallait ajouter les trois heures prises par l'amputation. Le lendemain, je retrouve l'amputé flânant aux abords de l'hôpital, racontant son aventure et montrant le moignon que lui a valu le bourrage trop généreux de son fusil à poudre.

La polyvalence obligée du médecin colonial en zone rurale en fait aussi un médecin légiste. Des autopsies furent requises par des magistrats peu conscients des réalités de la brousse et qui me demandaient par exemple de rechercher des traces cutanées de strangulation sur un cadavre enterré depuis plusieurs mois. De telles explorations étaient très mal acceptées par les villageois qui tremblaient de peur lors de l'exhumation.

Très fréquents étaient les cas de malaria aiguë chez de jeunes enfants, qui se traduisaient par une fièvre très élevée, des convulsions, puis un coma. Au cours des soins, souvent tardifs, la famille et les parents manifestaient leur participation par des pleurs, des cris et des supplications. C'était un bonheur intense devant leur joie lorsque l'enfant était sauvé.

Il y avait aussi des intoxications aiguës, dont certaines, selon les dires des proches, résultaient d'un empoisonnement criminel. Dans d'autres cas, des substances médicamenteuses issues de la pharmacopée lo-

cale avaient été administrées en toute bonne foi. Une jeune femme est amenée à l'hôpital très dyspnéique avec un pouls très faible. La respiration artificielle est poursuivie pendant cinq heures. J'étais relayé par des aides-infirmiers. Cependant la jeune patiente est décédée. S'agissait-il d'un empoisonnement au curare ? Dans un souci d'hygiène, des séances de circoncisions en série étaient demandées pour de jeunes villageois, par des Pères de la Mission. Des groupes d'enfants et d'adolescents étaient amenés à l'hôpital par des Pères missionnaires. L'opération terminée, un notable du village récoltait les prépuces, les emballait dans un fragment de feuille de bananier et les emportait pour les faire participer aux cérémonies traditionnelles. Exposés à subir le zèle d'un préposé trancheur de leur patelin, les excisés de l'hôpital marquaient unanimement leur préférence pour l'intervention sous anesthésie locale.

NOCTURNE.

La route de sable blanc s'illumine sous le balayage des phares. Au delà du faisceau, le relief gaufré du sol joue avec les ombres que dessine la lune.

Des parfums changeants, que la nuit accroche à sa fraîcheur, pénètrent dans la cabine. Tantôt, l'odeur des foin qui bordent la piste, tantôt un arôme anisé ou l'exhalaison plus lourde d'une galerie boisée.

Pendant une quarantaine de kilomètres, pas un village, pas une silhouette humaine. De temps à autre, un oeil rouge brille dans le ruban de lumière, une perdrix ou une pintade qui soudain bat des ailes à quelques mètres de la voiture. Puis se pose le silence, à peine habité par le froissement des herbes séchées ou les craquements d'un pont de fortune que l'on passe sur des rondins mouvants.

Dans un sous-bois, de grands oiseaux de proie quittent la percée des phares, pour se réfugier sur les hauts arbres en bordure. Une civette détalé et disparaît sous la camionnette. A l'arrêt, un des occupants s'empare de l'animal mort, déjà réservé pour le prochain repas de l'équipe.

La découverte de l'ophtalmologue Jean Hissette

En diagnostiquant chez ses malades l'onchocercose oculaire, le docteur Hissette découvrait, en 1931, la pire cause de cécité qui afflige les Africains.

André Vleurinck

Philippe Jean Hissette est né le 30 août 1888 à Louvain. Après des années préparatoires dans l'internat des Joséphites à Melle, il entreprend la médecine à Louvain. Mobilisé en 1914, il passe quatre années sur le front de l'Yser en qualité d'officier sanitaire. Après la guerre, il reprend ses études de médecine à l'Université de Gand et obtient son diplôme de docteur en médecine en 1919.

Ses études terminées, il s'installe comme généraliste à Florenville sur Semois.

La présence de deux autres médecins généralistes dans la localité lui laisse des loisirs qu'il met à profit pour se spécialiser en ophtalmologie. Il fréquente régulièrement le service d'ophtalmologie de l'Université de Gand et a de nombreux contacts avec des spécialistes d'Anvers. Dans les fermes de Florenville, il récolte des yeux de porcs qui lui permettent de s'exercer et de parfaire sa formation chirurgicale.

En 1928, à l'âge de quarante ans, ses revenus professionnels ne répondant plus aux besoins d'une nombreuse famille (son épouse, Hilda De Vriendt, a mis cinq enfants au monde.), le goût du service et peut-être celui de l'aventure aidant, il accepte de partir au Congo belge au service des Pères de Scheut sur proposition de l'association « Aide Médicale aux Missions ».

C'est ainsi qu'en 1929, Jean et Hilda Hissette, avec leurs deux plus jeunes enfants, arrivent à Thielen Saint Jacques, une mission du Kasai sur la voie de chemin de fer du Bas-Congo au Katanga. Leurs trois aînés étaient restés en Belgique pour y poursuivre leur scolarité..

PARLER LA LANGUE DU PATIENT

Omnipraticien, comme tous les médecins d'Afrique à cette époque, confronté à une lourde charge, tant chirurgicale qu'obstétricale, il est heureusement secondé par Melle de Salmon. Cette infirmière accoucheuse gère le dispensaire, la maternité et l'assiste dans ses opérations. La pratique de l'obstétrique l'amène à dénoncer la légende selon laquelle la femme africaine accouche avec plus de

facilité que l'europpéenne.

Dans son travail, il souligne l'importance de la communication entre médecin et patient. Une phrase d'un rapport de 1932 en témoigne : « Il faut savoir parler la langue, la vraie et pas les approximations que permet la langue commerciale. C'est là le point essentiel qui permet de faire de la médecine et non de l'art vétérinaire appliqué à l'homme »

La chose était d'autant plus nécessaire que, pour réduire une importante mortalité infantile, l'éducation sanitaire des mères de famille ne pouvait se contenter de recommandations incomprises. Déjà difficile dans une Afrique aux dialectes innombrables, la communication se heurtait en outre à une conception bien ancrée selon laquelle ce n'était pas au patient qu'il incombait d'informer le médecin sur sa maladie, mais au « muganga » à découvrir le mal dont il souffrait.

Son intérêt pour l'ophtalmologie pousse le docteur Hissette à ajouter cette spécialité à ses occupations. Il examine, il soigne, il opère, observe et étudie. L'étude des graves lésions oculaires, qu'il observe à Thielen Saint Jacques, ne lui permet pas d'en déterminer l'origine. Il lui faut attendre la lettre d'un missionnaire de Scheut, le Révérend Père Dans, qui, effrayé par le grand nombre d'aveugles dans les villages Babindi du Sankuru appelle au secours ce médecin qui s'intéresse tant aux yeux de ses patients.

C'est dans cette région perdue à 400 kilomètres de son centre hospitalier, dans l'inconfort absolu de la brousse, avec un matériel dérisoire, qu'en 1931, Hissette fait ses prodigieuses découvertes. Sur les bords du Sankuru, 50% des malades atteints d'onchocercose à *O. volvulus* ont des lésions oculaires graves, dues à cette filariose africaine.

Dans son « Mémoire », il décrit les lésions du segment antérieur de l'œil, met l'accent sur l'uvéite et démontre que la maladie africaine ne se différencie pas de la forme américaine à *O. caecutiens*. Il est même le premier à mentionner les lésions du fond d'œil.

Stimulée par la ténacité du chercheur et sa générosité d'homme de cœur, sa curiosité scientifique a été aidée par beaucoup d'intuition et une rare capacité d'écoute.

La publication de ces découvertes dans la presse médicale belge fait l'effet d'une bombe.

Rentré en congé en 1932, il ramène, avec ses observations, des échantillons qu'il étudie avec Maurice Appelmans à Louvain. Ils retrouvent des microfilières dans les tissus examinés, y compris dans ceux qui ne présentent pas de lésions.

De retour en Afrique, dès lors au service du gouvernement belge, il est nommé à Elisabethville, après un voyage d'étude en Tunisie, en Egypte et au Soudan.

Chargé de l'étude du trachome dans l'est du Congo, il est envoyé en 1933 en mission dans l'Uélé, où il retrouve l'onchocercose oculaire. C'est dans cette région où les complications oculaires sont nettement plus rares qu'au Sankuru, que Rhodain et Dubois avaient étudié, dès 1915, la filariose et son implication dans le développement de l'éléphantiasis.

L'année suivante, le docteur Hissette ouvre à Elisabethville le premier service d'ophtalmologie du Congo.

UNE EXPÉDITION SCIENTIFIQUE AMÉRICAINE

Ces découvertes ont entraîné pas mal d'inquiétude chez les européens dans certaines régions du Congo. Pour clarifier le débat, le gouvernement belge décide en 1934 de financer une expédition scientifique américaine.

Cette expédition est dirigée par le professeur Richard Pearson Strong de Harvard qui avait fait des recherches sur l'onchocercose au Libéria et au Congo en 1926-1927 ainsi qu'au Guatemala en 1930. L'équipe comporte un helminthologue, un entomologiste, un assistant zoologiste, un cinéaste et un technicien. Pearson Strong rejoint Hissette à Elisabethville. Reprenant l'itinéraire suivi par Hissette lors de son expédition de 1930, ils remontent le Sankuru en barge et pirogues, puis s'enfoncent en caravane dans les zones les plus atteintes par l'endémie jusqu'au village de Kasende, où ils séjourneront 17 jours. Ils y examinent des centaines de malades à tous les stades de la parasitose. 50% d'entre eux ont des problèmes oculaires et 20% sont aveugles.

Hissette refait pour ses collègues américains les examens et prélèvements biologiques de sa première exploration. Les microfilières qui circulent dans la peau et les nodules sous-cutanés sont retrouvés dans les tissus oculaires. Ce sont les mêmes lésions oculaires que celles qu'entraîne en Amérique centrale l'onchocerca caecutiens.

L'abondance de simulies dans les herbes en facilite la récolte et permet à l'helminthologue et à l'entomologiste d'en retrouver plus de 33% porteuses du parasite. Chez ces vecteurs tous les stades du parasite peuvent être étudiés.

La cause est entendue. Les Américains rentrent à Boston pour y publier leur travaux et confirmer que c'est à Jean Hissette que l'Afrique doit d'avoir découvert la pire cause de cécité qui afflige ses habitants.

Hissette poursuivra ses travaux en étudiant particulièrement les simulies vecteurs du parasite. Il en découvre une variété nouvelle à laquelle sera donné le nom de *Simulium hissetteum*, mais qui s'avérera inoffensive, parce qu'elle ne pique pas l'homme.

A partir de 1936, Hissette s'établit à Elisabethville, où sa réputation d'ophtalmologue attire de nombreux patients, venus de toutes les régions du Congo et même des colonies voisines.

La même année, il expose à Bruxelles des aquarelles qui reproduisent des lésions d'onchocercose oculaire. Publiées dans les « Mémoires de l'Institut Colonial Belge », elles figurent dans les collections de cet Institut.

En 1937, Hissette est appelé dans la région de Pweto, au Nord du Lac Moero, où une épidémie de rougeole entraîne des complications oculaires graves, des ulcères de la cornée et de nombreux cas de cécité. Il y découvre, aggravée par l'épidémie, la situation que décrivait déjà le docteur Briart de l'Expédition Delcommune lors de son passage en 1892 : « Un très grand nombre de taies de la cornée et de nombreuses maladies des yeux de toutes sortes. »

Comme le docteur Bertrand en 1918 dans le Haut-Katanga minier, il démontre que ces complications sont dues à des carences alimentaires : carence en vitamine A dans des régimes dépourvus de matière grasse d'origine animale et insuffisance en provitamine A par manque de fruits, de certains légumes comme les carottes et surtout d'huile de palme. Il faut se souvenir que le palmier elaeis, seul arbre fruitier d'origine africaine, ne pousse qu'aux altitudes inférieures à 800 mètres et donc pas dans la région montagneuse en bordure des Marungu. Lorsque, répondant aux recommandations du docteur Hissette, un ravitaillement approprié est organisé, la situation sanitaire des malheureuses populations de ces régions s'en trouve grandement améliorée.

Jean Hissette demeurera chef de service d'ophtalmologie à Elisabethville jusqu'en 1951. A cette date, il rentre en Belgique après des années de labeur épuisant. Sa santé, sérieusement altérée, ne lui permet pas de poursuivre ses activités au Congo. Il s'éteint à Bruxelles le 26 août 1965 et repose avec son épouse dans le caveau familial à Lacuisine sur Semois.

La vie et l'œuvre du Docteur Hissette ont fait l'objet d'un livre du professeur Guido Kluxen : Dr Jean Hissette und die Harvard Expedition 1934. (2005)

Cet ouvrage est accompagné d'un DVD réalisé par Guido Kluxen, à partir des films qu'il a retrouvés dans les archives De Harvard.

Au commencement, il y avait l'AUCAM...



De gauche à droite, Martin Bakole, Paul Hennebert, Roger Borghgraef, Pierre Lacroix, Stanislas Haumont, Luc Gillon, F.C. Mc Lean et Jacques Vincent

Anne-Marie Haumont-Culot

L'AUCAM (Academica Unio Catholicas Adjuvans Missiones) fut créée en 1925. C'est alors que le Père Charles et le professeur Fernand Malengreau fondèrent ensemble la FOMULAC.

En 1948, deux jeunes étudiants rêvaient de partir travailler en Asie, en pays de «missions», comme on disait alors. Ils suivaient les cours de «missiologie» et assistaient aux «grandes conférences de l'AUCAM» en compagnie des «boursiers» du foyer de l'AUCAM : Stany et moi et nos amis asiatiques, nous étions inséparables.

Mais le professeur Guy Malengreau nourrissait d'autres projets. Ayant hérité de son père un amour particulier pour l'Afrique, il recrutait des étudiants en médecine pour l'hôpital de la FOMULAC à Kisantu. C'est ainsi qu'il proposa à Stany d'aller à Kisantu comme médecin-stagiaire. Il y fut interne dans le service de chirurgie de Karel Seghers. A son retour, il m'épousa; c'était en 1956.

Ensuite, Stany suivit les cours de l'IMT (Institut de

Médecine Tropicale) à Anvers tandis qu'il était assistant en anatomie pathologique à l'université de Gand chez le professeur Norbert Goormaghtigh; il y resta deux ans à faire de la recherche en histo-pathologie. Pendant ce temps, j'achevais les études de médecine tandis que Guy Malengreau recrutait pour la jeune Université Lovanium.

Au début de l'année 1958, Guy Malengreau proposa à Stany le poste d'assistant en chirurgie aux Cliniques universitaires de Lovanium. Celui-ci devint donc le seul assistant de Karel Seghers et Paul Hennebert; inutile de dire que ses nuits étaient très courtes ! Son travail à Gand n'était pas complètement terminé : il lui restait une série de rates à sacrifier pour faire des coupes histologiques. Norbert Goormaghtigh projetait de les lui envoyer au Congo (200 rates !), mais il y renonça et fit faire les coupes dans son laboratoire : c'était plus simple d'envoyer les coupes... C'est ainsi que Stany acheva son travail au laboratoire d'histologie de Jacques Vincent puis il rentra en Belgique. Le

travail fut présenté et récompensé au concours des bourses de voyage en 1958; il était intitulé : «L'effet de la cortisone sur la rate gravide et sa descendance»; il reçut les félicitations de Joseph P. Hoet au nom de l'AMA-UCL.

Au début de l'année académique 1958/1959, nous sommes retournés ensemble à Lovanium; je faisais partie des premiers médecins-stagiaires avec Guy Dechef et Karel Martens et j'étais interne dans le service de Jean Sonnet qui dirigeait aussi le laboratoire d'analyses médicales. A mon arrivée, je fus chargée de faire les prélèvements. J'appris donc à faire les prises de sang veineuses, artérielles et par la fontanelle, puis des ponctions pleurales et péritonéales, puis des ponctions lombaires et sous-occipitales, puis des ponctions articulaires, puis des ponctions médullaires ! Bref, je devins la championne de tous les prélèvements. Vingt ans plus tard à l'ICB (Institut Chirurgical de Bruxelles), chaque fois qu'on m'appelait pour un prélèvement difficile, j'avais une pensée émue pour Jean Sonnet qui m'avait imposé cette pratique.

Cette année-là, il n'y avait pas encore de service de pédiatrie; en médecine interne, une salle était réservée aux enfants, si bien que j'ai travaillé autant en pédiatrie qu'en médecine interne. Il y avait de nombreux cas de pathologies infectieuses : des dysenteries, des infections respiratoires, beaucoup de tuberculoses et une épidémie de méningite. La «cuti» obligatoire chaque année pour tous les étudiants et que je n'avais pas eu le temps de faire avant mon départ, je la fis en rentrant : la réaction fut spectaculaire !

DES IMAGES DE BONHEUR

Il y avait alors quatre assistants à la faculté de médecine : José Macq en médecine interne chez Jacques Lammerant, Jean-Louis Michaux en médecine interne, chez Jean Sonnet, Lucien

Timmermans en gynécologie-obstétrique, chez Joseph Lambillon, Stany Haumont en chirurgie. Ils étaient logés dans des appartements exigus situés dans la faculté. Avec un bébé, les ménages Michaux et Haumont se trouvaient à l'étroit mais mon premier souvenir de Lovanium se situe là. Devant la faculté de médecine, nous avons été accueillis par une belle jeune femme blonde souriante avec un magnifique bébé dans les bras, blond et souriant, lui aussi : Jeanine Michaux avec Hugues. J'avais dans les bras mon fils Charles, aussi magnifique que Hugues Michaux ! Par la suite, ma mémoire, au fil des jours, engrangea d'autres images belles et paisibles comme le bonheur : Henriette Nkondi avec Myriam, Monique Lavendhomme avec Claire, Marguerite Dechef avec Anne, Anne Cornu avec Olivier, etc..., etc... Avant les événements tragiques qui ont endeuillé le Congo, Lovanium était un paradis plein de rires d'enfants !

Cependant Stany ne resta pas longtemps en chirurgie. Jacques Vincent, doyen de la Faculté, avait une charge d'enseignement très lourde et des projets de recherche pour lesquels il manquait de temps. Il proposa Stany Haumont comme chef de travaux en morphologie. Stany fut chargé des cours pratiques en anatomie et fut confronté à la difficulté de disposer de cadavres pour la dissection. Les gens étaient effrayés par ce jeune médecin qui prétendait découper les morts. Un jour, Stany trouva devant sa porte un «Onusien» venu lui proposer 20 cadavres. Un peu étonné, il demanda : - Où dois-je aller les chercher ?

- Je vous les apporterai moi-même dans trois jours. (par 40° à l'ombre, c'est un peu long!)

- Ne peut-on les apporter tout de suite ?

- C'est difficile, car ils marchent encore !

Stany, horrifié, mit fin à la conversation et renvoya l'interlocuteur. Les répressions étaient-elles planifiées ? L'Onusien voulait-il monnayer ses victimes ?

Jacques Vincent, disciple de Pierre Lacroix, étudiait les mécanismes de la calcification osseuse. Le fait de disposer d'un réacteur nucléaire permettait d'obtenir des isotopes de différents métaux impliqués dans le mé-

tabolisme osseux ou interférant avec la calcification : calcium, phosphore, plomb, zinc, cadmium... Stany fut chargé d'étudier le zinc 65. Il expérimentait chez le rat, réputé pour avoir une croissance osseuse très rapide qui se poursuivait à l'âge adulte. Mais il s'intéressait aussi au pangolin, animal étrange couvert d'écaillés osseuses en croissance prolongée. Joseph, notre garçon de laboratoire, prenait soin des animaux et recherchait les pangolins. Or le pangolin était difficile à trouver et très recherché pour sa chair succulente, met réservé aux chefs; il avait aussi la réputation d'être très fort et très malin. Quand Joseph avait trouvé un pangolin, il l'installait dans la cage la plus solide et veillait sur lui, toute affaire cessante. Mais le lendemain matin, on trouvait toujours la cage vide et Joseph, désolé, expliquait qu'il n'y avait pas moyen de garder un pangolin parce qu'il était trop malin et plus fort que les barreaux les plus solides de n'importe quelle cage ! Stany renonça à étudier cet animal.

En 1959, mon diplôme en poche, je revins à Lovanium chez Jean Sonnet, comme assistante en biologie clinique; je travaillais au laboratoire avec Firmin Krubwa, assistant médical. J'étais aussi impliquée dans un travail de recherche sur la déficience en glucose-6-phosphate déshydrogénase; j'étais chargée des mesures au spectrophotomètre.

Nous étions encore logés à la Faculté de médecine mais le logement était trop petit pour accueillir notre deuxième enfant. Luc Gillon nous avait choisi une maison sur le «plateau» mais Stany refusa : il voulait vivre avec ses amis congolais. Ainsi naquit Livulu; les premiers habitants furent les mal logés de la Faculté de médecine, tant les médecins assistants belges dans des appartements que les assistants médicaux congolais dans le camp des travailleurs: les médecins assistants belges (Stany Haumont, Jean-Louis Michaux, José Macq et Lucien Timmermans) logeant dans des appartements et les assistants médicaux congolais (Martin Nguete, Jean Nkondi, Albert Lekie et Firmin Krubwa) dans le camp des travailleurs.

CHEF DE CABINET

En 1960, M. Ileo, ministre de la Santé du premier gouvernement congolais sollicite Stany comme chef de cabinet. Luc Gillon et Jacques Vincent donnèrent leur accord et Stany fit la navette entre Kinshasa et Lovanium. Quand des émeutes éclatèrent ensuite, il ne put abandonner son poste et renonça à ses vacances; il garda donc la «maison» avec le recteur et quelques professeurs. Luc Gillon organisa le rapatriement des familles. Ne voulant pas partir, je m'arrangeai pour... rater le dernier avion ! Cela provoqua la colère de Luc Gillon; sa fureur fut à son comble quand il constata que j'étais enceinte. Il restait deux femmes belges à Lovanium, car le recteur avait gardé... sa secrétaire. Entre temps s'organisait le rapatriement des belges

de l'intérieur dont certains avaient subi des agressions. André Ryckmans allait les chercher et les ramenait dans un avion «petit porteur» à l'aéroport où ils étaient accueillis par André Triest et Stany Haumont qui leurs prodiguaient des soins.

Ce jour-là arriva la nouvelle d'une agression violente dans une région difficile d'accès. Une discussion s'engagea entre le pilote, André Ryckmans et Stany Haumont sur ce qu'il convenait de faire. L'avion n'était pas grand et le pilote ne pouvait emporter qu'un passager pour laisser plus de place aux blessés. Stany pensait qu'un médecin serait plus utile pour donner les soins urgents; mais le pilote était inquiet car il ne connaissait pas bien l'endroit. André, qui connaissait la région comme sa poche, jugea que lui-même serait plus utile et le pilote lui donna raison : Stany s'inclina. André et son pilote ne revinrent jamais.

Rappelés par Luc Gillon, certains professeurs avaient écourté leurs vacances. Les médecins des cliniques universitaires organisèrent un tour de garde pour soulager ceux qui soignaient les blessés à l'aéroport. Au mois d'août, nous partîmes en vacances avec toute notre famille, accompagnés de Ghislaine Mons, la secrétaire du Recteur. Stany ne s'attarda pas en Belgique car il était chargé par son ministre d'une mission diplomatique (laquelle : je ne l'ai jamais su). Deux mois plus tard, je repris le chemin de Lovanium avec Ghislaine Mons. Beaucoup de médecins n'étaient pas revenus, les cliniques manquaient de personnel; je constatai avec angoisse qu'il n'y avait pas d'obstétricien. Notre fille aînée naquit le 24 novembre avec l'aide du nouveau chef de service de gynécologie, arrivé la veille, heureusement, car l'accouchement fut difficile !

L'année académique 1960-1961 avait repris. Roger Borghgraef, nommé vice-recteur, venait de perdre son assistant médical, Jean Nkondi, parti en France pour faire des études de médecine. A sa demande, Jean Sonnet accepta de me laisser rejoindre le service de physiologie et me remplaça par Jean Léonard. Je fus chargée des cours pratiques de physiologie et d'une recherche sur le métabolisme du Zn65. L'isotope, injecté en IV chez des rats était dosé dans chaque organe après différents intervalles de temps. Après une distribution générale dans tout l'organisme, le Zn 65 se concentrait finalement dans certains organes et dans tout le tissu osseux.

En 1962, Jacques Vincent obtint un poste d'assistant. Sachant que j'avais appris les techniques histologiques quand j'étais «élève-assistant» chez les professeurs Maisin et Picard, il vint me chercher en physiologie; j'abandonnai le Zn65 aux mains de M. Loni qui venait d'arriver. Je fus donc assistante de Jac-

ques Vincent pour l'histologie et chargée des cours pratiques. Nous avons de bons microscopes, mais le matériel didactique était déplorable. Notre garçon de laboratoire, Joseph Kimbioti, s'intitulait lui-même «technicien», car Jacques s'était efforcé de lui apprendre à faire des coupes microscopiques. Mais Joseph trouvait que les coupes épaisses étaient mieux réussies que les coupes fines et il n'en démordait pas. Mon premier travail fut donc de faire seule de nouvelles collections, laissant Joseph à ses coupes épaisses. Je devins donc la championne du microtome et de toutes les coupes fines que Joseph comparait dédaigneusement à ses coupes épaisses aux couleurs plus chatoyantes !

Le Zn65 me rattrapa au laboratoire où Jacques et Stany étudiaient la concentration du Zn65 dans le liséré préosseux; il se fixait avant le Ca45, préalablement à toute calcification. J'étais chargée des injections et des comptages de radioactivité. Comme compagnons de travail, j'avais A. Kumbonecki et Zacharie Ngoma, «élèves-assistants» pendant leurs doctorats en médecine. Zacharie Ngoma devint plus tard professeur d'histologie à l'UNIKIN.

Le 4 février 1963, Stany Haumont fut le premier agrégé de la faculté de médecine de Lovanium. Le jury se composait de Jacques Vincent, promoteur, F. C. Mc Lean, professor of University of Chicago, Pierre Lacroix, Roger Borghgraef et Paul Hennebert. Stany fut nommé chargé de cours en morphologie; Jacques et lui se partagèrent les cours théoriques. Stany donnait les cours pratiques d'anatomie tandis que je donnais ceux d'histologie. A la fin de l'année, devenus médecins, A. Kumbonecki et Zacharie Ngoma nous rejoignirent comme assistants.

PIQUETS DE GRÈVE

En 1964, l'instabilité politique entretenait chez les étudiants une mauvaise humeur qu'ils exprimaient chroniquement par des mouvements contestataires et revendicateurs. Je me souviens avoir traversé des piquets de grève où se trouvaient heureusement des étudiants que je connaissais et qui m'ont laissée passer après m'avoir arrêtée... pour le principe ! Mais ces mouvements causaient beaucoup de soucis et de fatigues au doyen, Jacques Vincent, dont la santé n'était pas brillante. Il avait des crises d'asthme terrifiantes pendant lesquelles il restait accroché aux barreaux de la fenêtre de son bureau, essayant de retrouver son souffle.

C'est dans cette atmosphère tendue qu'on fêta le 10ème anniversaire de Lovanium. Pour raffermir les courages, Luc Gillon affréta un avion dans lequel s'engouffrèrent les parents. Tandis que chacun s'affairait pour accueillir les visiteurs à l'aéroport, nous

nous précipitions vers la salle d'accouchement pour recevoir notre 5ème enfant. Ma fille Catherine fit la course avec l'avion; c'est elle qui atterrit la première ! Eugène Vanderperre accueillit mes parents à l'aéroport par ces mots : «Mes félicitations ! Vous avez une petite-fille !».

Après la mort de Jacques Vincent, en 1964, j'enseignai la cytologie et l'histologie générale. Stany enseignait l'histologie spéciale, l'anatomie et l'embryologie. A. Kumbonecki et Zacharie Ngoma nous aidaient pour les cours pratiques. Au laboratoire, il y avait aussi M. Dans, zoologiste. Fidèles à Jacques Vincent, nous poursuivions les recherches sur le rôle de différents métaux dans le processus de calcification.

En 1965, je fus nommée chef de travaux en morphologie puis chargée de cours en histologie. Mes souvenirs de cette époque sont un peu confus. Stany était malade; il fut opéré une première fois en urgence à Lovanium par Ernest Wibin et M. Quilleret (chirurgien français, visiteur), puis une deuxième fois à Louvain par Paul Jacques Kestens. Il attendait de moi que les cours soient assurés. J'étais très fatiguée mais, heureusement, Ernest Van Campenhout m'a beaucoup aidée, notamment en faisant passer les examens.

En 1966, Stany fut nommé professeur ordinaire et chef du département de morphologie. M. Drexler, radiologue, fut chargé du cours de splanchnologie. En même temps, le laboratoire de morphologie accueillait Herman Vandenberg, professeur à la KUL, pour mettre au point les techniques de cytogénétique, demandées par Roger Eeckels. Les analyses étaient exécutées par Geneviève Warmoes, laborantine.

Le 17 juillet 1968, Stany Haumont est nommé professeur (2ème liste) à la faculté de médecine de l'université de Louvain. C'est donc logiquement que l'UCL appelle d'urgence ce professeur, lorsque Ernest Van Campenhout décède brusquement pendant la session d'examens au mois de septembre. Suit alors une période très difficile où Stany fait la navette entre les deux universités en attendant que les deux institutions trouvent un accord. Restée à Lovanium pendant tout ce temps, j'ai donné tous les cours que Stany n'avait pas le temps de donner. M. Drexler donnait ceux d'anatomie. Stany ne voulait pas quitter Lovanium mais il avait une dette de reconnaissance envers l'université qui l'avait formé et qu'il ne voulait pas laisser dans l'embarras. Il était partagé...

En août 1969, Stany Haumont était nommé professeur ordinaire à la faculté de médecine de Louvain et nous quittions le Congo où nous laissions tant d'amis.

Au commencement, il y avait l'AUCAM et l'UCL, puis il y eut Lovanium et Livulu, puis de nouveau l'UCL, puis Saïgon, puis Cotonou, puis Bukavu, et de nouveau l'AUCAM.

La pédiatrie à Lovanium dans les années 1960 – 1970

Conséquences, le plus souvent, des conditions socio-économiques et culturelles où la malnutrition jouait un rôle particulier, les infections bactériennes et parasitaires des enfants africains laissaient le pédiatre bien démuni dans son rôle préventif.

Guy CORNU

Pour comprendre la dimension de la Pédiatrie à Lovanium, il convient d'insister sur le rôle de l'enfant dans la société africaine et son importance dans la communauté congolaise. La santé des enfants reste une constante universelle, l'enfant représente un don, recherché comme une richesse et un espoir. Guérir l'enfant malade, lui procurer une santé et rendre cette population infantile plus saine répond parfaitement à cette sensibilité africaine.

L'identification des problèmes pédiatriques dans l'Afrique subsaharienne réclamait des données précises concernant les causes de morbidité et de mortalité. Celles-ci, à l'époque de Lovanium, étaient parfaitement bien connues : maladies infectieuses infantiles, paludisme, malnutrition, diarrhées accompagnées de déshydratation, maladies respiratoires, tuberculose etc. Ces données intégraient les habitudes de vie attachées à des conditions socio-économiques désastreuses : mauvaise hygiène, logements insalubres, alimentation insuffisante, pénurie d'eau de bonne qualité, évacuation aléatoire des matières usées.

Le développement de la pédiatrie à Lovanium répondait à l'œuvre médicale que de nombreux médecins avaient déployée à travers le Congo dans les années antérieures. En effet, à partir de 1950, des études détaillées avaient été consacrées à la pathologie infantile sous divers aspects, histopathologiques, biochimiques et microbiologiques. L'importance, autrefois mal évaluée ou simplement ignorée de certaines affections de l'enfant, fut ainsi précisée, qu'il s'agisse de la tuberculose, de l'hépatite, du tétanos ombilical, de l'anémie falciforme et de la malnutrition protéino-calorique. L'efficacité dans le domaine de la santé, notamment des enfants, requiert des médecins des aptitudes diagnostiques, thérapeutiques, curatives et préventives.

Une heureuse maman et ses jumeaux.



Pédiatrie préventive et pédiatrie curative ne pouvaient et ne devaient être dissociées.

C'est dans cette optique que le service de pédiatrie de Lovanium, sous la direction du Professeur Roger Eckels, s'est orienté, tant au niveau de la recherche qu'au niveau des soins, vers les maladies tropicales adoptant des formes particulières chez l'enfant, vers diverses affections cosmopolites très souvent présentes chez l'enfant, en raison des conditions économiques et sociales défavorables qui prévalaient dans le pays et, enfin, vers quelques maladies héréditaires, fréquentes en région tropicale, en raison des avantages biologiques conférés dans, notamment, la résistance à la malaria (porteur hétérozygote de l'hémoglobine S).

Une natalité élevée combinée à une importante mortalité des nourrissons et des enfants de moins de 5 ans était le reflet des facteurs socio-économiques et culturels où la malnutrition jouait un rôle particulier. Croissance et nutrition furent ainsi les problèmes marquants du service. Ces deux problèmes étaient liés aux nombreuses agressions infectieuses mais aussi du

mode de relation entre la mère et son jeune enfant, surtout lorsque survenait une autre grossesse.

Des études antérieures avaient démontré la période privilégiée des premiers mois de la vie. Cependant, à partir de l'âge de 9 mois, lorsque l'enfant n'est plus en contact aussi étroit avec sa mère (celle-ci déposant plus facilement son enfant sur le sol où il porte de la terre à sa bouche), le cortège des infections parasitaires venait contrecarrer la croissance et favoriser la malnutrition.

Plusieurs publications du Service ont démontré l'influence délétère tant du milieu socio-économique que des infections au niveau de la croissance.

LES PROBLÈMES MAJEURS : UNE LONGUE LISTE

Dans un contexte géopolitique et socio-économique perturbé, la malnutrition protéino-calorique fut une préoccupation majeure du service. Au cours des événements liés à la guerre civile (rébellion), nous vîmes arriver de nombreux enfants atteints de Kwashiorkor, ce qui nous permit de mieux connaître les problèmes physiopathologiques de l'hypo-protéïnémie.

Les infections parasitaires sont dans l'ensemble plus fréquentes en pays tropicaux, pour des raisons directes telle que la présence du vecteur, ou indirectes à la suite de conditions de vie défavorable.

Dès leur naissance, les nourrissons congolais sont exposés à de nombreux parasites, souvent latents et ignorés, qui vivent en coexistence précaire avec leur hôte. Un poly-parasitisme s'installe insidieusement et facilite un état chronique de dénutrition.

Il était courant de découvrir, lors d'une hospitalisation, la présence simultanée de plusieurs parasites intestinaux (Helminthiase). La quasi-totalité des enfants hospitalisés étaient infectés par des ascaris, trichinella, strongyloïdes, etc. favorisant la malnutrition.

Les ankylostomes étaient tout aussi répandus que les ascaris. Ces vers se fixent à la muqueuse duodénale par des crochets et provoquent ainsi des pertes de sang importantes générant des anémies ferriprives sévères.

Depuis 1952, l'incidence de l'ankylostomiase avait considérablement augmenté à Kinshasa (sol sablonneux) et, en conséquence, sa résultante : à savoir l'anémie sévère du jeune enfant méritait une attention particulière. Ainsi, d'après un relevé du service fait en 1966, 25,5% des anémies graves hospitalisées (hémoglobine inférieure à 6 gr%), étaient dues à une ankylostomiase.

Parmi les principales pathologies pédiatriques soignées, le paludisme avec sa forme aiguë chez le jeune enfant (malaria cérébrale) fut le pain quotidien des urgences. Dans les années 1960, la résistance au trai-

tement par la chloroquine n'était heureusement pas rencontrée.

Les gastro-entérites constituaient une cause majeure de morbidité et de mortalité de l'enfant en bas âge par la déshydratation et la dénutrition subséquente. Les agents bactériens, responsables des gastro-entérites à cette époque, étaient essentiellement les Colibacilles entéropathogènes, les Salmonellas et les Shigellas. Ces deux derniers germes ont été isolés plus fréquemment dans les cas de diarrhées aiguës à Kinshasa en raison d'une probable contamination des aliments.

Les maladies respiratoires étaient tout aussi fréquentes, allant de la rhinite simple à la broncho-pneumonie et ses complications. Ces infections respiratoires en majeure partie virales se compliquaient d'une surinfection par des germes bactériens (Pneumocoques, Haemophilus influenzae, Staphylocoques) avec son cortège clinique de laryngite, épiglottite, pneumonie, broncho-pneumonie, détresse respiratoire.

Une atteinte pulmonaire secondaire à l'ingestion accidentelle de pétrole excrété par les alvéoles faisait aussi partie des urgences habituelles.

La rougeole était notre préoccupation majeure. Elle atteint l'enfant africain à un âge très précoce (6-9 mois) et génère un lourd bilan de morbidité et de mortalité. Elle induit une immunodéficiences à un moment où les agressions infectieuses sont très nombreuses, où les anticorps maternels viennent à faire défaut et où la couverture des besoins alimentaires est difficile.

La symptomatologie de la rougeole chez l'enfant africain est légèrement différente de celle de l'enfant européen. Les taches de Koplick dans la bouche sont aisément décelées.

L'éruption, de couleur pourpre, devient plus facilement confluyente et est suivie après quelques jours d'une desquamation intense. La mortalité élevée au cours de la rougeole était principalement due à la dénutrition et aux complications respiratoires (laryngite sous-glottique, pleuro-pneumonie par Staphylocoques avec pyo-pneumothorax).

La tuberculose figurait également parmi les problèmes majeurs du service de pédiatrie. L'insalubrité, la pauvreté et les bouleversements socio-économiques avaient accru les risques de contaminations. La lutte contre cette affection avait été bien menée depuis 1950 par l'établissement de centres de dépistage et de traitement au sein des grandes villes. Une collaboration soutenue avec le sanatorium de Kinshasa s'était maintenue dans les années 1960 permettant de faire face à toute contagiosité au sein du service et à la mise en route des traitements structurés antituberculeux.

Les méningites bactériennes à Pneumocoques ou à Haemophilus influenzae partageaient notre activité clinique, les signes méningés étaient systématiquement recherchés, la ponction lombaire pratiquée au moindre doute. La méningite à Méningocoques était rare, sauf chez les enfants de race blanche.

UNE HYGIÈNE OBSTÉTRICALE INSUFFISANTE

Parmi les maladies infectieuses dont la létalité élevée interpellait, le tétanos ombilical était resté un réel problème. Sans doute, le tétanos est cosmopolite. Cependant, l'atteinte ombilicale était fréquente au Congo de par le non respect des mesures d'hygiène obstétricale et par des pratiques coutumières favorisant l'introduction du bacille de Nicolaïer dans la plaie ombilicale.

Ainsi deux circonstances étaient réunies : l'accouchement en dehors d'une maternité, sans hygiène obstétricale suffisante et, d'après la coutume, l'enfant n'appartenait totalement à son clan et à son village d'origine que si la plaie ombilicale était recouverte de terre provenant du village.

Les premiers symptômes apparaissaient assez rapidement et se traduisaient par un trismus des muscles de la mâchoire, suivi d'une hypertonie musculaire progressive de la nuque, se propageant ensuite aux membres supérieurs et inférieurs, aux muscles du rachis et aux abdominaux. Le corps entier devient raide comme une planche, tandis que la tête est attirée en arrière en opisthotonos. Cette hypertonicité est entrecoupée par des accès aigus de contracture et affecte les muscles respiratoires et laryngés déterminant cyanose et asphyxie.

Les convulsions sont déclenchées par la moindre stimulation.

L'évolution était, toujours fatale malgré l'administration de sérum antitétanique, le nettoyage de la plaie ombilicale et sa stérilisation par des antibiotiques ainsi que des mesures appropriées de nursing.

UNE ANOMALIE GÉNÉTIQUE

Il nous reste à évoquer une maladie héréditaire fréquente dans la race noire et facilitée ou sélectionnée dans sa forme hétérozygote par sa résistance au paludisme. L'anémie à cellules falciformes ou Drépanocytose fut l'objet de nombreuses recherches et préoccupations cliniques au sein du service de pédiatrie.

Individualisée chez le noir américain dès 1910, l'anémie à cellules falciformes a fait l'objet d'études cliniques, en Afrique et notamment au Congo, à partir de 1950. La drépanocytose est répandue dans une très large zone de l'Afrique en ceinture au sud du Sahara, partant

de la côte occidentale depuis le Sénégal jusqu'à l'Angola et rejoignant la côte orientale depuis du Kenya jusqu'à l'Afrique du Sud.

L'incidence de l'anomalie génétique est assez élevée en Afrique centrale où près de 30 à 35 % de la population sont porteurs du trait drépanocytaire. Cette incidence élevée s'expliquerait par une sélection des hétérozygotes plus résistants à la malaria que les sujets normaux.

La drépanocytose est liée à une anomalie héréditaire de la chaîne β de l'hémoglobine où une mutation en position 6 du codon de la chaîne β , substituant une molécule d'acide glutamique par la valine, génère une hémoglobine instable vulnérable à l'acidose et à l'hypoxie. L'anomalie se transmet comme un caractère dominant aisément décelable chez les hétérozygotes (AS) et les homozygotes (SS).

Les hétérozygotes (AS) sont asymptomatiques, résistent mieux à l'infection paludéenne, ont des globules rouges qui contiennent environ 40% d'hémoglobine S et 60% d'hémoglobine A. Les homozygotes, porteurs de 2 allèles anormaux (SS), n'ont que l'hémoglobine S dans leurs érythrocytes et sont absolument dépourvus d'hémoglobine normale AA. Ces érythrocytes sont très vulnérables à la dé-saturation en oxygène qui se produit dans les capillaires périphériques, entraînant une déformation irréversible de ces érythrocytes en hématies falciformes, ralentissement du flux circulatoire capillaire avec, comme conséquence, infarctus et thrombose.

Les manifestations cliniques n'étaient perceptibles qu'à partir de l'âge de 6 mois, période où l'hémoglobine fœtale (F) est remplacée par l'hémoglobine adulte (A).

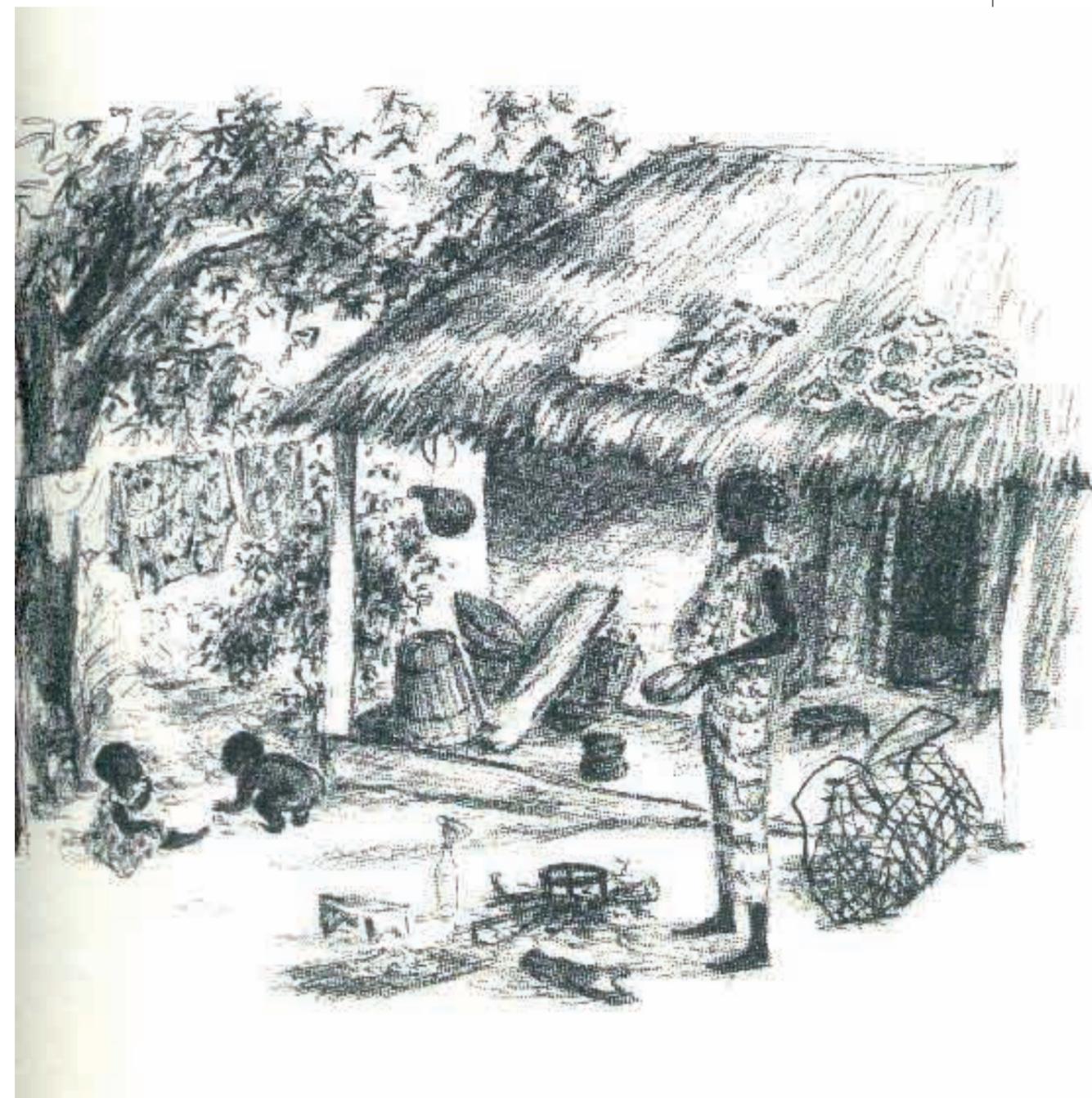
Le tableau clinique se caractérisait donc, à partir de l'âge de 6 mois chez les homozygotes (SS), par une anémie hémolytique chronique, des crises vaso-occlusives et une sensibilité accrue aux infections bactériennes. Ces enfants drépanocytaires étaient particulièrement vulnérables aux infections pneumococciques, de par un trouble de l'opsonisation. L'évolution était fort sévère et se traduisait à Kinshasa, à cette époque, par une mortalité de 80% avant l'âge de 2 ans. Seulement 1% des patients atteignait l'âge adulte. Les mauvaises conditions socio-économiques, l'accès limité à des soins de qualité et un diagnostic tardif expliquaient le pronostic très sombre.

C'est dans cette lecture qu'une recherche autorisant la détection en période néonatale par électrophorèse acide en gel d'agar qui permettait de séparer d'une façon générale l'Hb. S de l'Hb. F, fut réalisée. Celle-ci permit ainsi le diagnostic de cette hémoglobinopathie à

la naissance et avait comme objectif de sensibiliser et encadrer les parents d'un nourrisson drépanocytaire, d'en améliorer les soins primaires dans l'optique d'y réduire la mortalité très élevée.

Au terme de cette revue des pathologies pédiatriques soignées aux Cliniques Universitaires de Lovanium, nous en retiendrons les nombreuses interactions en-

tre les infections bactériennes, parasitaires et l'équilibre nutritionnel précaire de ces enfants africains. Notre rôle essentiellement curatif, dans la lutte contre les infections et la correction des malnutritions, est resté malheureusement impuissant face à des mesures de prévention efficace telles que l'amélioration des conditions de vie de ces populations et l'accès pour tous aux soins de santé.



Dessin d'Edith Dasnoy. Editions Laconti.

Lovanium (1970-1975), visite guidée

Il fallait plus d'une heure pour faire à pied le tour de la Faculté de médecine lorsqu'on la présentait aux visiteurs venus du monde entier pour la voir.
Souvenirs d'un pédiatre.

Léon Fiasse



Dans le cadre d'une enquête dirigée par les professeurs Eeckels et Vandenberghe, le docteur Fiasse examine un nouveau-né.

Sous l'impulsion de Mgr Gillon, entouré de professeurs de l'Université de Louvain, l'Université de Lovanium avait acquis en 1970 un développement et une aura extraordinaires. Elle était réputée, avec l'Université de Kampala (Ouganda), comme l'une des deux meilleures universités Sud-Sahariennes.

Je ne m'étendrai pas sur toutes les importantes constructions de Lovanium. Les bâtiments facultaires étaient immenses et séparés par de magnifiques pelouses. Un guesthouse avec restaurant et terrains de tennis permettait aux professeurs et assistants de se retrouver agréablement le soir, avec projection de films le week-end. Une grande piscine olympique se trouvait au centre du campus universitaire, où les étudiants avaient parfois l'énorme surprise de rencontrer dans l'eau... le recteur Mgr Gillon !

La faculté de médecine était située près des cliniques universitaires. Il fallait plus d'une heure pour en faire le tour à pied afin de la présenter aux visiteurs qui venaient de partout dans le monde voir cette nouvelle université. La recherche médicale y était très développée dans tous les domaines. Sans vouloir être exhaustif, rappelons, notamment, que le laboratoire de

toxicologie recevait des demandes d'analyses d'Europe ; que dans le laboratoire du professeur Haumont, on étudiait, si mes souvenirs sont bons, le métabolisme du zinc dans les os ; qu'un service d'anatomie pathologique performant s'était développé suite au dynamisme du docteur Bastin et de Mme Haumont. En bactériologie, le professeur Gatti, très vite secondé par le professeur Muyembé, était particulièrement efficace, vu la multiplicité de ses possibilités de diagnostics et la rapidité dans les réponses aux examens demandés par les cliniciens. A noter également le développement, dans la faculté, d'une section de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, dirigée par le professeur Wéry et son épouse, avec de très larges possibilités concernant le diagnostic de maladies parasitaires ou microbiologiques.

Les cliniques universitaires avaient été conçues de façon géniale : il s'agissait d'un très long bâtiment comportant les différentes sections hospitalières. Les patients, triés dans les dispensaires devant l'hôpital, arrivaient par un immense couloir ouvert à l'extérieur et parallèle à la longueur du bâtiment. Par ce large couloir, ils avaient accès aux consultations spécialisées situées devant les salles d'hospitalisations correspondant à chaque discipline.

LES ENFANTS QUI DANSENT

Le service de pédiatrie était admirablement dirigé, jusqu'aux environs de 1970, par le Professeur Eeckels, qui était à la fois vice-recteur de l'Université et directeur des Cliniques universitaires. A partir de 1970, le professeur Debroye lui succéda ; il provenait de l'Université de Dakar et avait une immense expérience clinique.

Le service de pédiatrie a disposé plus longtemps que les autres services hospitaliers d'une équipe très soudée. Le docteur V. Seynhaeve, présente depuis le début de Lovanium, disposait d'une expérience clinique remarquable. Le docteur Lintermans, formé aux U.S.A. en cardiologie pédiatrique, a collaboré très vite avec le docteur Shiku pour une prise en charge efficace de nos petits ou plus grands enfants cardiaques mais aussi dans d'autres pathologies de l'enfant. Le docteur Renoirte était particulièrement compétente en ce qui concerne les maladies infectieuses. Je m'oc-

cupais spécialement de l'hématologie pédiatrique, après une formation chez les professeurs Sonnet et Sokal.

On était submergé autant par des enfants atteints de malnutrition que par ceux qui présentaient surtout des signes de maladies infectieuses. Comme souvent dans la pathologie tropicale, ces deux entités nosologiques s'entremêlaient, rendant le pronostic plus sévère. Les enfants malades du « kwashiorkor » contrastaient par leurs oedèmes avec ceux atteints de « dystrophie ». Ceux-ci avaient les membres grêles avec un ventre ballonné.

Suite à la malnutrition, ces enfants étaient tristes et inertes. Ils ne jouaient plus. Quand, après plusieurs semaines d'efforts, un de ces enfants particulièrement atteint lors de son hospitalisation avait retrouvé la joie de vivre et courait dans les couloirs de l'hôpital, il arrivait que tout le service, médecins et infirmiers fêtent son départ de l'hôpital. On diffusait un disque de musique africaine et l'enfant dansait devant tout le service. C'étaient des moments de pur bonheur, récompensant un travail acharné le jour, mais aussi la nuit, lors de très nombreuses gardes agitées (parfois jusqu'à 40 cas graves par nuit : on avait les pires difficultés pour leur trouver de la place !)

Les mamans d'enfants atteints de malnutrition fréquentaient un service de diététique où la sœur Ludgarde si dévouée leur expliquait comment trouver dans les céréales disponibles à Kinshasa les moyens d'éviter la malnutrition. Les mères participaient ainsi à la création de recettes de cuisine avec des mets africains.

UNE ÉQUIPE MULTICULTURELLE

Il faudrait aussi évoquer ici tous les efforts réalisés pour « retaper » les enfants en état de postrougeole, qui occupaient des chambres entières, les enfants hospitalisés pour complications de malaria ou de parasitose digestive (amibiase par ex.), les enfants sicklanémiques qu'il fallait transfuser parfois dès leur entrée tellement ils étaient anémiques.

Le service de pédiatrie a également pris en charge la pathologie tumorale de l'enfant : leucémies, maladie d'Hodgkin, maladie de Burkitt, neuroblastomes, etc. Nous avons traité ces affections en suivant rigoureusement les schémas en cours en Europe, la pharmacie centrale de l'hôpital étant performante pour obtenir les médicaments nécessaires.

Malgré un travail clinique très intense, il nous a été possible de faire quelques recherches en laboratoire. Nous avons ainsi, dans le laboratoire d'immunologie, créé par le professeur Michaux, pu rechercher, les premiers en Afrique, la prévalence de la présence du

virus de l'hépatite B chez les donneurs de sang aux Cliniques universitaires.

Cette recherche avait été réalisée à partir de sang d'enfants sicklanémiques polytransfusés possédant un très haut titre d'anticorps anti-hépatite B. La prévalence était de 5% en double diffusion en agar-agar (méthode d'Oukterlony).

Vu l'effondrement des structures médicales du Zaïre, le service de pédiatrie de Lovanium a été de plus en plus submergé de petits malades graves arrivant même de l'intérieur du pays. Il fut alors de plus en plus difficile de trouver le temps pour publier et relater l'extraordinaire variété de la pathologie tropicale. Là n'était pas, à notre avis, l'essentiel. L'essentiel, c'était le remarquable travail en équipe multiculturelle et multidisciplinaire qui a été réalisé durant ces années de collaboration intense et qui a permis de sauver d'innombrables enfants tout en formant très valablement les jeunes médecins du pays à la prise en charge rationnelle et efficace de l'enfant malade au Congo.



Mère et enfant en malnutrition protéino-calorique grave.

Les débuts de la médecine interne

Ouvertes en novembre 1957 sur le mont Amba, les cliniques allaient vivre les heures passionnantes d'un projet à construire, mais aussi les troubles de l'indépendance.

Jean-Louis Michaux

L'enseignement de la médecine interne aux nouveaux étudiants de doctorat en médecine rendait indispensable l'approche du malade. C'est ainsi que s'ouvrirent sur le mont Amba le 27 novembre 1957 les cliniques attachées à l'université Lovanium de Léopoldville. Il était impérieux pour ces jeunes doctorants en médecine – ils étaient trois – qu'aux leçons théoriques de l'enseignement médical soit conjuguée une formation pratique en propédeutique et en clinique.

Dans ce récent complexe hospitalier, deux services de médecine interne virent le jour sous la responsabilité des professeurs Jean Sonnet et Jacques Lammerant, tous deux médecins internistes et agrégés de l'enseignement supérieur de l'UCL. Ils avaient acquis leur formation principalement dans le service du professeur Paul Lambin à Louvain. Aux activités cliniques du premier avait été confiée l'organisation des laboratoires de biologie clinique ; à celles du second, orientées plus précisément vers la cardiologie, avaient été attribués l'enseignement de la physiopathologie et la responsabilité de la médecine nucléaire. L'hospitalisation des malades se répartissait en deux unités distinctes de 30 lits réparties dans des chambres de 2 à 4 lits. Venait s'y adjoindre une unité embryonnaire de pédiatrie rattachée au service du professeur Jean Sonnet ; cette tâche fut momentanément confiée à ce père d'une famille nombreuse jusqu'à l'arrivée, en automne 1958, d'une pédiatre, le docteur Victorine Seynhaeve. Des assistants médicaux congolais, cliniciens patentés, prenaient en charge l'observation des malades hospitalisés et la surveillance de leur traitement ; en outre, ceux-ci déployaient une intense activité aux dispensaires attachés aux cliniques. Le nursing était sous la responsabilité des religieuses de l'ordre « Zusters van het Geloof » de Tielt épaulées par des infirmières et infirmiers tant européens que congolais.



Agrégation de l'enseignement supérieur de J.L. Michaux (décembre 1966). De gauche à droite : les professeurs R. Eeckels, Th. Tshibangu, M. Plevoets et J.L. Michaux.

Ce fut dans une infrastructure hospitalière en voie d'organisation que notre arrivée fut heureusement saluée par les chefs de service, absorbés par leurs multiples fonctions. José Macq et moi-même, médecins assistants en médecine interne, au terme d'un semestre de cours en médecine tropicale à Anvers découvrirent l'Afrique centrale le 12 février 1958. Nous projetions un séjour de durée limitée au Congo dans le cadre de la poursuite de notre formation internistique. José Macq, en deuxième année d'assistantat, était attaché au service de Jacques Lammerant, moi-même, en troisième année, au service de Jean Sonnet. Notre rôle fut à la mesure de nos responsabilités : créer pour apprendre. En plus de la supervision des observations et des thérapeutiques des malades hospitalisés, nous avait été confiée la mise en route de nouvelles techniques et en particulier des endoscopies : bronchoscopie et laparoscopie. L'équipement était exemplaire ; il ne manquait que la main d'œuvre pour le rendre opérationnel. Ce fut pour nous une occupation captivante mais très exigeante. Peu de temps libre et beaucoup de responsabilités et de gardes ! La pathologie était riche, variée et passionnante.

LA GROGNE DES ASSISTANTS

Notre installation sur le plateau inaugura les « appartements » de la faculté de médecine. Les médecins assistants et leur famille étaient logés dans des bureaux et annexes réservés aux professeurs titulaires des laboratoires de recherche médicale et transformés en lieu d'habitation. Cet habitat était tout à fait inconfortable pour les ménages avec enfant(s) : locaux exigus, inadaptés à cet usage, implantés dans un environnement sablonneux et désertique. Le seul agrément résidait dans la proximité du lieu de travail ce qui nous dispensait d'un moyen de transport motorisé. La nuit, lors des gardes, l'ambulance de la clinique venait, par précaution, quérir le médecin appelé pour une urgence, des serpents rôdant dans les « matitis ».

Les conditions exigeantes de nos activités médicales et la précarité de nos logements firent ressentir durement la modicité de nos émoluments, d'autant que nous ne manquions pas de les comparer à la situation confortable et aux rémunérations substantielles des membres du corps académique. Nous décidâmes de faire part de nos récriminations aux autorités académiques et nous sollicitâmes une entrevue auprès du recteur. Au préalable, nous établîmes un budget chiffré et justifié. En outre, nous prîmes avis et conseil auprès du professeur Wégria, professeur visiteur en pharmacologie et ouvert à nos plaintes, sensible à notre argumentation. Il nous reçut quelques heures avant son départ vers les États-Unis – au terme de son semestre d'enseignement – dans son appartement du guest house, résidence du recteur. C'était une fin d'après-midi. Il nous fit entrer dans un bureau mis sens dessus dessous par les préparatifs de son prochain voyage. Tout en prêtant attention à nos propos, il mit bas la veste, dénoua sa cravate puis progressivement se déshabilla. Nous cachions difficilement notre étonnement et ... notre malaise. Le docte professeur poursuivit sa séance de strip-tease ce qui nous valut de nous retrouver devant un hôte nu comme un ver, qui prit sa douche en notre présence, tout en poursuivant la conversation. Ébahis par cette simplicité - toute américaine - nous assistâmes à la fin de ses ablutions. Il nous encouragea dans nos démarches et nous assura de son soutien auprès du recteur. L'audience que nous accorda celui-ci fut orageuse. Le recteur parut excédé par nos récriminations ; le prélat bâtisseur supportait difficilement la contradiction ; il se fâcha, ne cacha pas son mécontentement et nous menaça même de nous licencier sur le champ malgré la légitimité de notre demande. Celle-ci fut présentée au Conseil d'administration de Lovanium

qui nous fit de vagues promesses et procéda à une menue réadaptation du montant de nos bourses. Par souci historique, précisons que le professeur Wégria, d'origine hutoise, était médecin chercheur à l'université de Liège dans les années trente. Peu avant 1940, il partit comme boursier aux États-Unis où la Seconde guerre mondiale le surprit et le força à s'y implanter. Il y poursuivit sa formation scientifique, acquit la nationalité américaine et fit une brillante carrière académique.

L'arrivée des premiers médecins stagiaires belges remontait à août 1958 ; elle fut chaleureusement saluée et appréciée. Leur concours dans l'organisation des activités cliniques permettait d'étoffer les staffs et de diversifier les centres d'intérêt ; leur présence ouvrait des possibilités de contacts privilégiés avec la communauté étudiante africaine. Ces jeunes stagiaires belges étaient directement associés aux étudiants de Lovanium. Ils logeaient dans le home des étudiants, y partageaient leur vie, leur distraction, leur repas. Parmi ces premiers arrivants, deux firent une carrière africaine opérante et prolongée à Lovanium : l'un, Guy Dechef, comme neuropsychiatre, l'autre, Karel Martens, en tant qu'ophtalmologue. Tous deux, actuellement décédés, marquèrent la vie médicale africaine par leur riche personnalité et leur attachement à cette terre d'adoption.

ÉMEUTES À LÉOPOLDVILLE

Les distractions dominicales des jeunes ménages étaient ternes, falotes même : elles se limitaient très souvent à une promenade pédestre sur le plateau ou à une visite accueillante à quelque famille amie dans la partie résidentielle du campus. En de rares occasions, une escapade était projetée pour autant que l'on fut en possession d'un moyen de transport. Le prêt de voiture était coutumier. Cette générosité traditionnelle en Afrique dépannait les familles non motorisées, ce qui fut notre cas pendant plus de quinze mois.

Un souvenir précis occupe toujours nos mémoires blessées par les événements du 4 janvier 1959. En cette matinée du dimanche, transportés par la voiture d'amis, nous passâmes en famille la journée au « Lac de ma vallée », lieu de détente situé à quelques km de Lovanium. Cet endroit touristique, recherché par les familles en quête d'évasion, alliait fraîcheur, calme et divertissement.

La piste de brousse, qui y conduisait, traversait le village de Kimwenza et sa mission jésuite et renommée ; elle devait sa triste célébrité à son passé historique

et héroïque. En cette fin du XIX^{ème} siècle, la maladie du sommeil faisait des ravages autant parmi les populations autochtones que chez les jeunes missionnaires envoyés en terre africaine pour évangéliser les indigènes. Une visite au cimetière de la mission était marquante et instructive. Les épitaphes des tombes de ces pionniers révélaient leur jeune âge et la brièveté de leur séjour : quelques rares années. La maladie du sommeil les avait décimés. Cette hécatombe conduisit les responsables religieux de l'époque à interrompre les activités évangéliques de cette mission en raison de l'insalubrité des lieux. En effet, en ces temps anciens, les galeries forestières du ru qui irriguait le village de Kimwenza étaient infestées de mouches tsé-tsé vectrices de la maladie du sommeil. Grâce aux campagnes de dépistage et d'éradication, ce fléau, peu à peu, disparut. Durant la période de notre séjour précédant l'indépendance, il était exceptionnel de diagnostiquer un nouveau cas de trypanosomiose. Il n'y avait donc pas lieu de s'inquiéter pour la santé des promeneurs dominicaux. La journée fut reposante et l'ambiance détendue. Cependant, en fin d'après-midi, nous arriva la rumeur de manifestations troublantes dans le centre de Léopoldville ; ces nouvelles inquiétantes semèrent la panique générale et hâtèrent le départ des touristes du dimanche. Dès notre arrivée à notre logis, nous fûmes informés de la gravité des émeutes qui avaient éclaté après un match de football et qui avaient enflammé les cités africaines et s'étaient propagées à toute la population. La répression fut brutale. De notre appartement, éloigné d'une quinzaine de kilomètres de la ville, on pouvait apercevoir à l'horizon les fumées qui recouvraient Léopoldville ; elles provenaient des incendies allumés par des émeutiers. L'inquiétude gagna chacun de nous bien que les émissions radiophoniques se voulurent rassurantes, tentant de minimiser la gravité de ces événements dramatiques. Une chaude et lourde nuit africaine occulta les stigmates de cette tragédie. Le lendemain les activités médicales furent particulièrement réduites : aucun nouveau malade ne consulta le dispensaire et, parmi les hospitalisés, les plus valides avaient quitté précipitamment les cliniques universitaires. Les Africains ne se présentèrent pas au travail le lundi matin : Léopoldville pansait ces plaies meurtrières, la cité enterrait ses nombreux morts. Ce 4 janvier allait être déterminant dans le processus de décolonisation. La marche vers l'indépendance congolaise s'accélérait. Chacun redoutait l'impatience des africains et craignait ce brusque empressement. D'aucuns craignaient que les acteurs ne trébuchassent sur ce parcours cahotant!



Maison de professeurs



Un auditoire

L'année 1959 vit arriver à Lovanium d'autres médecins dans le cadre de leur formation internistique : Jacques Bourgoignie et Christian de Schrijver, tous deux en première année, vinrent enrichir le staff de médecine interne. Ces deux personnalités originales, à l'esprit vif, au caractère trempé, poursuivirent dans la suite de leur séjour africain un parcours universitaire et de recherche, l'un comme néphrologue aux Etats-Unis, l'autre comme physiologiste aux Facultés Notre-Dame de la Paix à Namur. Leur carrière académique ne passa pas inaperçue. Il me plaît de mentionner ici le souci de Jean Sonnet de nous éveiller à la recherche et de nous inciter à publier. Mes premières publications médicales remontèrent à ces années lointaines et relatèrent des observations privilégiées d'une pathologie, riche dans sa diversité, originale dans ses manifestations. La plume de Jean Sonnet était appréciée par sa rigueur, sa précision et sa clarté. Il m'engagea à affûter la mienne. De plus, il me fit partager sa passion de chercheur et son hobby de biologiste. Il m'initia tôt dans la configuration hélicoïdale de l'hémoglobine et la clonalité des immunoglobulines.

UNE VISITE MÉMORABLE

Cette jeune université africaine attirait tous les regards et demeurait un pôle d'attraction. Toute personnalité de passage à Léopoldville voulait découvrir cette première université congolaise. Les visiteurs, à la curiosité aiguisée, étaient avides de découvrir et enclins à croire. La visite d'un de nos anciens maîtres est restée mémorable ; elle mérite d'être contée. Revenant d'un colloque en Afrique du Sud, le professeur Joseph Maisin de passage à Léopoldville découvrit Lovanium en septembre 1959. En l'absence du professeur Sonnet, il me revint l'honneur de l'accueillir et de le guider dans le service. Nous proposâmes à cet ancien colonial – Joseph Maisin avait connu Tabora pendant la Grande Guerre (1914-1918) – d'assister à un tour de salle. Nous sélectionnâmes quelques cas démonstratifs et singuliers en rapport avec la destinée médicale de notre hôte célèbre, la cancérologie. Les deux cas choisis me restent, à ce jour, toujours présents à la mémoire. La première, une jeune adulte congolaise, atteinte de leucémie myéloïde chronique était porteuse d'une grosse rate. Traitée par myleran en prise orale, nous objectivâmes la réponse thérapeutique favorable par la diminution heureuse et continue du nombre des globules blancs concomitamment à la réduction du volume de la rate. Peu convaincu du mérite de notre choix thérapeutique, l'éminent cancérologue s'interrogea sur la supériorité de l'irradiation splénique dans les formes de leucémie myéloïde chronique avec grosse rate. Nous dûmes lui avouer que notre institution ne possédait pas d'unité de radiothérapie et que, pour ce faire, il nous faudrait alors transférer la malade vers un autre centre hospitalier. D'un geste décidé de son index, il ajusta ses lunettes sur son ensellure nasale et, de sa voix de mentor au timbre brabançon, le maître m'interpella en ces termes : « Vous avez, je suppose, un appareil de radioscopie ! » La réponse affirmative fut concise. « Alors, vous ferez, chaque jour, à votre malade une radioscopie de la rate. Vous verrez fondre cette tumeur splénique plus rapidement que la neige sous le soleil d'Afrique ! » Le sens didactique de cet enseignant hors du commun et son attachement viscéral aux rayons X étaient légendaires ; ces assertions se voyaient confirmées dans l'histoire de cette première malade.

Le second cas se rapportait à un malade africain porteur d'une tumeur de la paroi thoracique. Cet adulte proche de la cinquantaine, était venu consulter pour une masse volumineuse de la région mammaire survenue brutalement dans les jours précédents l'hospitalisation. Sa consistance était dure, son adhérence à

la paroi thoracique évidente. Un pansement recouvrait l'incision de la biopsie de la tumeur. Le professeur se montra très intéressé ; le médecin interrogea le malade, le clinicien palpa longuement la tumeur, la décrivit comme ligneuse et légèrement sensible ; sa main experte alla à la recherche des ganglions de voisinage. L'enseignant nous fit part de sa riche expérience de cancérologue et de ses connaissances sur les tumeurs mammaires de l'homme. Quelque peu embarrassé il nous fut donné de lui révéler le diagnostic qui n'avait pas le caractère inquiétant que la clinique laissait suspecter : il s'agissait d'une myosite staphylococcique survenant habituellement à la suite d'un traumatisme, souvent une rixe ; elle pouvait atteindre plusieurs régions musculaires et donner le change pour une tumeur maligne. Errare humanum est, telle fut la conclusion du professeur instruit. Celui-ci nous fit part enfin des informations scientifiques instructives recueillies lors de ce colloque africain et portant sur la tumeur de la joue atteignant les enfants africains de l'est de l'Afrique qui prendra plus tard la dénomination de tumeur de Burkitt du nom de ce célèbre chirurgien anglais qui en fit la première description.

LES HEURES SOMBRES DE JUILLET 1960

Au terme de cette évocation des débuts de la médecine interne, il paraît souhaitable de remémorer quelques souvenirs des événements mouvementés qui accompagnèrent la célébration de l'indépendance du Congo ; ils provoquèrent une cassure dans l'épanouissement scientifique de l'université et la progression d'une médecine de qualité ; ils suscitèrent des réactions de panique chez certains, de découragement chez d'autres, de déception chez tous. En ce début juillet 1960, les troubles insurrectionnels engendrés par la mutinerie de l'Armée Nationale Congolaise – ancienne Force Publique – conduisirent les autorités académiques à envisager l'évacuation des expatriés non académiques. En quelques jours, les familles européennes quittèrent le campus. La session des examens se tint presque normalement et au terme de la dernière délibération, l'ensemble du corps académique fut à son tour rapatrié vers l'Europe. À la fin juillet, Lovanium comptait à peine une douzaine de ressortissants étrangers, tous volontaires, qui acceptèrent de poursuivre les activités de survie de l'université. Un médecin par service assurait l'ensemble des tâches médicales liées à son département. Il m'est revenu d'avoir assumé la responsabilité de la médecine interne.

Ce fut une période difficile à maîtriser, pénible à

supporter, chargée d'angoisse et d'émotion. Les ciels plombés et les horizons bouchés de la période sèche assombrissaient encore davantage les perspectives d'avenir. De plus, l'insécurité régnait en maître. C'est ainsi qu'un matin, me rendant en voiture à Léopoldville, je me fis arrêter par un barrage de mutins qui confisquèrent la clé de mon véhicule et m'embarquèrent, les bras levés, dans un camion militaire stationné au bord de la chaussée. Les arrestations arbitraires avaient réuni une dizaine de captifs. Nous fûmes conduits au camp militaire Léopold II et encaqués dans un cachot déjà habité par d'autres expatriés. En fin d'après-midi, on nous fit monter à nouveau dans un camion pour nous transporter vers une destination non précisée. La première halte eut lieu à la prison de Makala – de triste mémoire – où furent débarqués quelques détenus blancs.

Pourquoi eux ? Le camion reprit la route, j'étais toujours à son bord, assis à l'arrière sur une banquette brinquebalante. La nuit africaine était tombée, ce qui rendait plus lugubre cette virée dans l'inconnu. On quitta la zone habitée et le panier à salade aborda la montée d'une colline boisée. Au détour du chemin, je vis se découper dans les phares du véhicule les contours d'un endroit plus familier : il s'agissait du grand et nouveau sanatorium de Léopoldville où je m'étais souvent rendu. Les raisons de cet arrêt ne nous furent pas communiquées.

Mais... Parmi la foule attroupée devant l'entrée, un assistant médical congolais me reconnut et, comprenant mon désarroi, intervint en ma faveur auprès des mutins. La chance me sourit. Son intercession porta ses fruits et je pus quitter mon lieu de détention sans encombre. J'avais eu peur !

L'excellence de ma reconnaissance à mon sauveur fut à la mesure de l'ampleur de ma frousse !

Ces circonstances tendues et alarmantes ne paralyserent pas les activités médicales ; l'hôpital, apprécié et bien coté par la population congolaise, accueillait des malades graves venant de différentes régions du Congo. C'est ainsi qu'en ce sombre mois de juillet nous nous familiarisâmes avec une nouvelle et lourde pathologie infectieuse : les mycoses profondes. La relation de cette observation princeps se précisa de la sorte dans notre publication sur ce sujet :

L. Marie-Thérèse, âgée de 20 ans, de race Kongo (Thysville), est hospitalisée aux cliniques universitaires, le 7 juillet 1960, pour fièvre, céphalées, douleurs dorso-lombaires et abcès de la même région ...

Le diagnostic de cette pathologie originale fut rapidement établi et une thérapeutique adéquate efficacement mise en route. Il s'agissait du premier cas de cryptococcose systémique que nous eûmes à prendre en charge. Les événements dramatiques et leurs pesantes conséquences n'empêchèrent pas que s'effectue un diagnostic rapide et de qualité et que s'établissent des contacts internationaux pour l'obtention de l'amphotéricine B, tout récent et seul antibiotique actif dans cette mycose profonde. L'évolution de cette malade choisit une voie plus favorable que les événements historiques de cette nouvelle nation.

Dans la suite, de très nombreux cas de mycose systémique furent traités aux cliniques universitaires, ce qui conduisit à des études originales et à des publications d'audience internationale.

Un chapitre pittoresque de la naissance de la médecine interne à Lovanium prenait fin. D'autres acteurs diligents, d'autres événements convaincants allaient permettre à l'Histoire de se perpétuer.

Eté 1960 : il fallait continuer...



La famille Hennebert

Installée à Lovanium de 1957 à 1965, la famille Hennebert-Estienne a vécu de près les troubles de l'indépendance. Mais ses souvenirs dépassent, de loin, ces seuls événements

Paul Hennebert

En octobre 1957, la famille Hennebert, composée du couple et de trois enfants et d'un quatrième en gestation (7^{ème} mois), prennent place dans un avion DC4 à hélices, à destination de Léopoldville. Il faut prévoir 24 heures de vol et une escale à Kano, au Nigeria, par 40 degrés et entouré d'une myriade de moustiques.

A l'aéroport de Njili, nous sommes accueillis par Mgr Gillon en personne. La famille Sonnet, arrivée huit jours plus tôt, était déjà installée. La famille Debondt était également sur place. Jacques et Ginette Vincent étaient arrivés depuis deux ans, pour l'enseignement de l'anatomie et de l'histologie. Venant de Kisantu, Karel Seghers était sur place également. Il me confiera les interventions orthopédiques et urologiques, se réservant la chirurgie abdominale et thoracique. Les constructions hospitalières n'étant pas terminées, deux salles d'opération avaient été aménagées dans des chambres de malades. Il m'était demandé d'organiser les exercices de dissection. Mais il n'y avait pas de cadavres disponibles, à cause des traditions séculaires de vénération des morts au Congo.

D'autres collègues arrivent sur le site : Théo Godfraind, Jacques Lammerant, Jean-Louis Michaux, Joseph Vandepitte, Stanny Haumont, Roger Eeckels. Roger Borghgraef accompagné de son épouse Monique, sœur de Paul-Jacques Kestens deviendra vice-recteur, tout en enseignant la physiologie. En premier doctorat, il n'y avait que quatre étudiants, mais leur nombre va s'accroître jusqu'à trente au cours des années suivantes.

L'esprit qui animait tout le personnel européen était de favoriser la création d'une élite intellectuelle congolaise capable de prendre la direction tant

politique qu'administrative du pays, sans cependant brûler les étapes. Mais le peuple congolais pressait la Belgique de lui donner l'indépendance: nous sentions que les choses n'allaient pas traîner.

Chez les coloniaux, régnait une certaine méfiance vis-à-vis de l'Université naissante. La Belgique avait élaboré un plan de trente ans pour l'accession à l'indépendance, mais Kasavubu et Lumumba ne l'entendaient pas de cette oreille et créaient de l'agitation.

UN CENTRE DE RÉÉDUCATION

Chaque semaine, nous descendions à Kinshasa pour les courses du ménage ou pour un contact culturel avec les coloniaux et les congolais. A l'entrée des magasins, des handicapés demandaient l'aumône, accroupis ou dans des caisses roulantes. La plupart étaient des victimes de la poliomyélite : il n'existait pas de structure adaptée pour les aider.

A l'occasion d'un dîner en ville, je rencontre une dame qui me parle de ce problème. Elle recevait des handicapés dans une ancienne morgue de l'hôpital Mama Yémo. C'était Mme De Craeye, originaire de Gand, qui étudiait la kinésithérapie en autodidacte. Elle commençait à faire des massages avec mobilisation et me demande mon aide sur le plan diagnostique et thérapeutique. Nous étions en 1958. C'est ainsi que, chaque mercredi matin après les courses, je passais à la morgue pour voir une dizaine de patients, pour diagnostiquer leur problème et envisager de les prendre en charge à la Clinique universitaire pour une intervention réparatrice.

A cette époque, une opportunité s'est présentée d'acquérir une prairie d'un hectare entre la morgue et l'institut des aveugles, géré par des frères religieux

belges et congolais. Grâce à l'aide de sociétés locales et de commerçants et avec le permis du gouvernement, l'achat fut concrétisé et des plans d'aménagement élaborés avec des personnes spécialisées dans ces problèmes. Lors de l'indépendance, Mme De Craeye fit appel aux organismes internationaux (OMS, Misère, Caritas catholica et d'autres) pour obtenir une aide en vue de la création d'un « Centre de rééducation pour handicapés physiques ». Ce Centre fut construit dans les trois années qui suivirent. Il comprenait tous les services utiles : kinésithérapie, hydrothérapie, physiothérapie, ergothérapie, fabrication des attelles, chirurgie orthopédique, atelier artisanal, sans parler d'une école, d'une fanfare, d'un restaurant et d'un terrain de football.

Cet établissement devint le plus important centre de rééducation de l'Afrique Centrale.

SAUVE-QUI-PEUT

A Lovanium, nous avons deux assistants belges, le Dr. Frans Mariscal et le Dr. Michel Seghers, qui partirent en juin 1960. Entretemps, le Dr. Jacques Brochier est venu nous rejoindre.

Dès 1959, des troubles éclatèrent et le professeur Borghraef et sa famille furent pris à partie lors d'une visite au jardin zoologique de la ville. En 1960, certains collègues prenaient leurs dispositions pour rentrer au pays et vendaient leurs effets à ceux qui comptaient rester. Les médecins cliniciens devaient assurer la continuité des soins : c'était un dilemme.

Dans les autres facultés, les départs se précisaient. Le recteur, Mgr Gillon avait demandé de prévoir l'emballage des objets personnels en vue de les mettre en sécurité. Les troubles éclatent le 30 juin 1960 et c'est le sauve qui peut. Le recteur organise le départ soit par avion, soit en bateau en traversant le fleuve pour gagner Brazzaville.

Il se fait que la famille Sonnet et la mienne étaient en congé statutaire en Belgique depuis le 15 juin, pour une période de deux mois. En juillet, le Recteur nous enjoint, à Jean Sonnet et à moi, de retourner à Lovanium, de séjourner à la Clinique avec nos valises bouclées et de faire tourner la clinique avec les sœurs religieuses, les infirmières s'étant enfuies. Nous étions protégés dans notre tour d'ivoire, mais évidemment intéressés par les événements qui se déroulaient dans la capitale toute proche.

Après quelques semaines passées à la Clinique, nous rejoignons nos maisons, après avoir refoulé la nouvelle armée congolaise qui nous demandait un accès au Campus pour loger les soldats. Voyant les panneaux « Propriété Privée » que nous avons fait placer aux entrées, les soldats rebroussèrent chemin sans problème.

Etant retourné dans notre maison, je fus rapidement dévalisé de tout, jusqu'à ma dernière chemise de réserve durant la nuit. Le Père Olivier me dépanna avec une ceinture pour mon pantalon. Entre-temps, le docteur J. Brochier était revenu dans sa maison et je m'installai chez lui. Nouvelle aventure ! Son « boy » m'accuse de l'avoir traité de macaque, ce que je n'avais jamais dit ni pensé. Me voilà emmené par un policier congolais au tribunal populaire de la cité « indigène » de la capitale. Le juge exigeait mon aveu concernant cette injure « inventée » par le boy. J'ai tourné ma périphrase en disant que c'était faux, mais en me conformant tant bien que mal à ce qu'on voulait, je demandai pardon. Bref, j'ai été relâché et



La première équipe chirurgicale, dont les professeurs Seghers et Hennebert

reconduit au Campus. Par après nous avons conservé le boy (comme dans l'Évangile !).

Pendant ce temps, mon épouse préparait notre cinquième enfant à Leuven dans la plus grande inquiétude. Après avoir passé Noël à Leuven, nous rentrons tous à Lovanium pour un nouveau départ.

En janvier 1961, je me retrouve en chirurgie avec le docteur Jacques Brochier qui était resté et qui souhaitait devenir chirurgien orthopédiste. Il fallait trouver des collaborateurs, c'est ainsi qu'en septembre 1961, le docteur Ernest Wibin et son épouse viennent nous rejoindre. Puis ce sera le docteur Pierre Renoirte qui s'intéressa, à ma demande, à la chirurgie pédiatrique et effectua un stage au Children Hospital de Boston chez le Professeur Gross.

CONTRE LA LÈPRE

Par ailleurs, l'enseignement théorique et clinique de la pathologie chirurgicale me demandait 12 heures

chaque semaine. Pour cette tâche, ces deux collègues m'aidèrent considérablement.

C'est ainsi que je pus me rendre, en septembre 1961, aux Indes pour étudier la réhabilitation des lépreux encore nombreux au Congo et cela au Christian Médical Collège de Vellore.

C'était grâce à une bourse de l'O.M.S. qui souhaitait diffuser les méthodes des deux meilleurs spécialistes au monde en passant par l'Université et la Faculté de Médecine de Lovanium. Il s'agissait du Dr Paul Brand pour l'orthopédie chirurgicale et médicale et du Dr Cochrane pour la partie médicale de la lèpre.

Pendant trois mois (septembre à novembre), on venait suivre cet enseignement de toutes les parties de l'hémisphère Sud. J'avais comme compagnon de résidence au Guest House, le Dr Arvelo, du Venezuela, qui était président de la fédération mondiale pour le traitement de la lèpre. Cela m'a permis de comparer ce que nous faisons en Afrique, avec ce qui se faisait aux Indes, où les structures hospitalières étaient rudimentaires.

A Kampala (Ouganda) le professeur Huckstep, spécialiste du traitement des handicapés physiques de la poliomyélite, m'a remis une brochure dactylographiée de 80 pages sur le traitement chirurgical simple et la ré-

habilitation par appareillage simplifié, confectionné à partir des matériaux simples disponibles partout, applicable par les infirmiers, assistants médicaux et médecins. Mme de Craeye et moi-même avons traduit cette brochure en français avec la permission de l'auteur et elle est diffusée dans les pays francophones d'Afrique, jusqu'à ce jour. Le Bureau d'Etudes et de Recherches pour la Promotion de la Santé du Dr Courtejoie situé à Kangu-Mayumba a réédité cette brochure dans le cadre des publications accessibles au personnel médical de l'Afrique (à bas prix).

Notre mission universitaire comprenait l'enseignement, le service clinique et la recherche scientifique. Un espace était réservé, pour cette recherche, dans le bâtiment facultaire sous l'appellation de « chirurgie expérimentale ». Dès 1959, nous disposions d'animaux, d'appareillages comprenant une salle d'opération et d'un laboratoire d'histologie. Nous avons aussi un matériel de lyophilisation et pour la stérilisation des greffons, la pile atomique de Mgr Gillon.

Cela nous a permis de préparer des greffes d'artères, d'os et de tendons utilisés pour le traitement à l'hôpital. Les recherches cliniques et de laboratoire ont donné lieu à une série de publications où les jeunes qui nous aidaient pouvaient s'exprimer et progresser dans leur formation.

MÉDECINS CONGOLAIS

En 1960, les assistants médicaux congolais se sont vus offrir la possibilité d'acquérir le diplôme de docteur en médecine moyennant une formation complémentaire en France ou en Belgique. En France, il suffisait de trois années de doctorat et en Belgique, nos universités souhaitaient six années d'études. Toujours est-il qu'à partir de 1964, quelques nouveaux médecins congolais se présentèrent comme assistants et même comme chefs de service à l'Université Lovanium. Il paraissait logique de les prendre en considération pour l'avenir de la Faculté de Médecine, même s'il existait des lacunes dans leur formation. Mais la nationalisation à tous les niveaux progressait trop rapidement et par la suite, dans les années 70 et 80, on a constaté la dégradation progressive des services et de l'enseignement.

En 1965, en effet, le problème des écoles et la santé de mon épouse ne permettaient plus de rester sur place et les plus jeunes qui collaboraient, assuraient la poursuite des activités tant dans l'enseignement que dans le service clinique.

Les talents de tous étaient mis en valeur

Mon épouse avait l'occasion d'employer ses talents d'aquarelliste en exécutant des représentations d'oiseaux tropicaux pour la Faculté de zoologie qui constituait une collection illustrée du règne animal.

Prestigieux visiteurs

Outre les collègues de l'UCL qui sont venus, entre autres au 10^{ème} anniversaire de Lovanium en 1964, des personnalités célèbres ont été reçues. Je me souviens de M. Raoul Follerau pour la Fondation Damien, du Dr Burkitt, qui poursuivait une étude épidémiologique sur le Lymphome de Burkitt, transmise par un virus, dont le vecteur était peut-être un moustique. Nous avons observé plusieurs malades et leur origine géographique l'intéressait pour trouver une relation entre la présence simultanée du moustique et de la maladie.

Bistouri et tableau noir

Sa formation à peine achevée, Ernest Wibin part au Congo. Il deviendra, à Lovanium, responsable du Service de chirurgie. Jusqu'au-delà des événements de 1967.

Ernest Wibin

Neuf ans après la fin de la Seconde Guerre mondiale, en 1954, le Centre Universitaire de Kisantu fut transféré à Léopoldville, l'Université Catholique de Louvain en reprit la direction et l'organisation. Un Recteur fut nommé par le Pouvoir Organisateur : Luc Gillon, âgé de 35 ans, Master of Sciences, Spécialiste en Physique Nucléaire. L'Université Lovanium était née. Le but de l'Université était très clairement de créer rapidement une élite congolaise, de niveau universitaire international. La Faculté de Médecine se développait rapidement, sous l'impulsion du doyen Jacques Vincent et d'un groupe de professeurs jeunes et dynamiques, pour la plupart agrégés de l'enseignement supérieur. Les Cliniques universitaires étaient bâties et le service de chirurgie confié aux professeurs Karel Seghers et Paul Hennebert.

J'avais eu l'occasion de connaître Paul Hennebert, alors que j'accomplissais ma formation chirurgicale, à l'époque à la St Pieters Kliniek à Leuven. J'avais eu l'occasion de l'aider lors de la présentation de sa thèse d'agrégation et de sa leçon publique, en 1957.

Terminant ma formation chirurgicale en 1961, je croise Paul Hennebert, en congé annuel en Belgique. Il me signale que le professeur K. Seghers quitte l'Université Lovanium. Il me propose de collaborer avec lui. En septembre 1961 je suis nommé, et avec mon épouse, nous prenons l'avion pour la République du Congo. Nous sommes trois chirurgiens belges pour 75 lits d'hospitalisation. Nous avons des médecins assistants et stagiaires belges venant des deux régimes linguistiques de l'UCL qui était, à l'époque, unique avec des Facultés dédoublées linguistiquement. Dès 1962 cependant, nous avons pu entreprendre la formation de médecins nationaux, à mesure qu'ils étaient diplômés de l'université.

Arrivant à ce qui était à l'époque Léopoldville, j'ai été frappé par la modernité des locaux et des infrastructures tant hospitalières que facultaires. Les hôpitaux belges de l'époque n'atteignaient pas ce niveau.



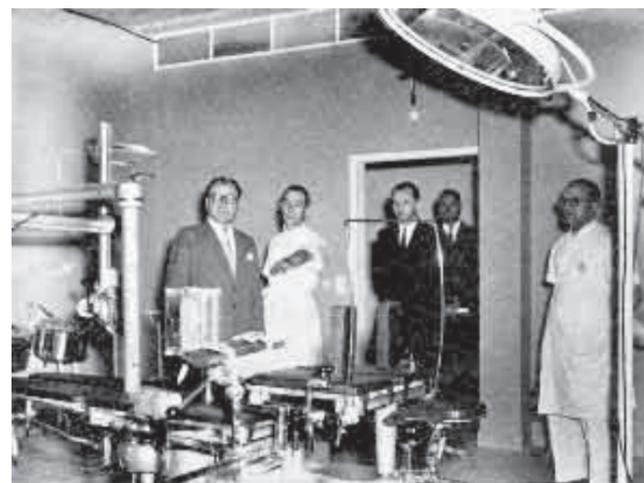
Ernest Wibin et Charles Chalang

A cette époque aussi, les services chirurgicaux belges étaient généraux, même si quelques praticiens plus spécialisés en orthopédie ou en urologie pouvaient développer leur pratique. A Lovanium, Paul Hennebert m'a chargé, outre la chirurgie générale, de développer la chirurgie thoracique. J'avais en effet pu collaborer avec des chirurgiens thoraciques, notamment Buisseret et Brom, qui collaboraient avec l'hôpital universitaire de Leuven. La chirurgie pulmonaire était un besoin aigu en République du Congo, où un Sanatorium bien organisé par le Dr Théo Darras, recourait à la chirurgie d'exérèse pour stériliser définitivement certains patients ou pour faire l'ablation de lésions organisées et surinfectées.

Paul Hennebert opérait surtout en orthopédie et en urologie tant adulte que pédiatrique. Pierre Renoirte s'est vu chargé de la chirurgie infantile et notamment des malformations congénitales fréquentes en Afrique. Nous nous sommes partagé les cours de chirurgie, en les focalisant sur la pathologie chirurgicale rencontrée en milieu tropical, et en adaptant la thérapeutique aux modes de vie et possibilités de l'Afrique Centrale. Nous avons toutefois conservé des critères d'enseignement de niveau universel, ce qui a permis

à de nombreux anciens étudiants de fréquenter ultérieurement les meilleurs services universitaires européens ou américains.

LES BLESSÉS DE STANLEYVILLE



La salle d'opération

Nous avons aussi fait face aux besoins du pays : en 1964, le Service de Chirurgie de Lovanium a été désigné par le Gouvernement congolais pour traiter tous les militaires et civils blessés lors des rébellions de l'Est du Congo. C'est ainsi qu'en novembre 1964, la reprise de Stanleyville (actuellement Kisangani) par les forces congolaises, appuyées par les parachutistes belges, a amené de très nombreux blessés civils et militaires, tant congolais que belges. A l'époque aussi, j'ai été chargé de me rendre à Stanleyville pour y inspecter l'état des services chirurgicaux après la rébellion.

Puis vint le temps de la pacification de l'Est. Le Général Commandant en Chef, devenu depuis lors président de la République, a fait appel au service chirurgical pour traiter les blessés de la reconquête. J'ai ainsi fait la connaissance de nombreux mercenaires européens, recrutés par le président pour aider à la reconquête. Sans poser de jugement sur les personnes, je dois à la vérité de reconnaître les lourdes pertes subies par ces combattants.

En 1967, malheureusement, la brigade mercenaire du commandant Schramme s'est mutinée contre le pouvoir central. Le Service chirurgical a été réquisitionné et nous avons traité près de 90 blessés de l'Armée zaïroise ramenés par des avions de la Croix Rouge Internationale. Les avions atterrirent à Kinshasa à la tombée du jour, et les blessés devaient être opérés d'urgence la nuit qui suivait. A plusieurs reprises le général Mobutu est venu visiter ces blessés et remercier les équipes chirurgicales.

Le développement de la chirurgie pulmonaire (près de 600 patients opérés en 8 ans), nous a confronté

à des problèmes de pathologie cardiaque qui ne pouvaient être traités que chirurgicalement. J'ai donc consacré les vacances annuelles en Europe à me documenter sur les interventions les plus courantes, pour les introduire à Lovanium. Une aide inestimable a été apportée par les professeurs René Krémer, cardiologue, et Charles-Henri Chalang, chirurgien cardiaque, qui firent un séjour à Lovanium pour améliorer les techniques de diagnostic et opérer plusieurs patients. Ceci permettait d'éviter des transferts vers les hôpitaux en Europe et de traiter ces malades près de leurs proches. Un des candidats spécialistes a été attiré par cette chirurgie, qu'il a choisi d'étudier à Yale University aux USA, avant de revenir à Kinshasa.

Une forme particulière de pathologie tuberculeuse a posé problème : la tuberculose de la colonne vertébrale, qui entraîne des gibbosités mais aussi des paralysies du bassin et des membres inférieurs. Outre l'administration de tuberculostatiques, cette pathologie exigeait de très longues immobilisations plâtrées, pénibles et coûteuses, avec un pourcentage de succès insuffisant. Il fut décidé de pratiquer des abord directs transthoraciques ou transabdominaux des corps vertébraux atteints, avec libération de la moelle épinière et pose d'une greffe. Cette technique avait été proposée par des chirurgiens anglais à Hong Kong et a pu être appliquée à plus de 150 patients. En 1965, nous devons déplorer le départ de Paul Hennebert, nommé au Service d'Urologie à l'UCL. Son activité est répartie entre Pierre Renoirte et moi-même, nommés chargés de cours ordinaires. La responsabilité du Service de Chirurgie, et les cours de Pathologie et de Clinique Chirurgicale me sont attribués. Je suis chargé en outre du secrétariat de la Faculté de Médecine et des secrétariats des jurys d'examens.

Heureusement trois chirurgiens viennent nous rejoindre : Michel Seghers, qui pratique la chirurgie réparatrice, Jain, chirurgien indien, de l'OMS, qui assurera la chirurgie générale et un orthopédiste allemand lui aussi commandité par l'OMS. Le développement de la chirurgie pédiatrique nous mène à créer une unité fonctionnelle pour cette discipline.

Des visiteurs de grande réputation viennent visiter l'université et ses Cliniques : le professeur Best, Recteur de l'Université de Liège, Pierre Lacroix, directeur des Cliniques universitaires de l'UCL, le Prince d'Arenberg, médecin qui dirige la coopération médicale belge (FOMETRO), le professeur Boné, s.j., paléontologue et Recteur des Facultés Notre-Dame de la Paix à Namur. Joseph Prosper Bouckaert, émérite de l'UCL,

accepte de combler le vide créé par le retour à Leuven du professeur Borghraef et assure le cours de Physiologie. Ernest Van Campenhout, quant à lui, vient faire passer les examens d'anatomie, d'histologie et d'embryologie, alors que Stany Haumont était retenu en Belgique par la maladie. Je suis chargé de les héberger, et vis à ce moment un incident cocasse : le professeur Bouckaert n'arrive pas par l'avion du matin. Le soir, je suis averti qu'il y a de la joie au poste de police de l'Université.

Je retrouve le professeur Bouckaert, arrivé par un autre avion, et qui régalaient les policiers des récits un peu lestes de ses études sur la reproduction humaine dans le district de la Cuvette Centrale.

RAPATRIÉS D'URGENCE

Nous représentions à cette époque une sorte de Cour d'appel médicale pour la République. Nous devons transférer en Europe les patients expatriés que nous ne pouvions assumer ou qu'il y avait lieu de rapprocher de leurs proches. Des contacts étroits et fructueux avec les services de la Sabena nous permettaient de réaliser ces évacuations. Nous fûmes notamment amenés à transférer l'épouse d'un de nos collègues atteinte de poliomyélite ascendante de Guillain-Barré. Son transfert fut réalisé avec succès dans un Boeing 707, transformé en salle de réanimation par les services de la Sabena, qui avait accepté de dérouter ou de différer ses passagers habituels. Malheureusement, quelques jours plus tard, le commandant de bord est décédé d'une pathologie similaire. Un autre patient nous a été adressé, un missionnaire ramené d'un hôpital de l'Intérieur en avion petit porteur. La Sabena n'a plus accepté de le transporter. Il existait à l'aéroport de Kinshasa des avions militaires belges et canadiens qui faisaient un pont aérien pour ravitailler l'Ouganda. Refus des autorités militaires belges. Nous apprenons alors qu'un C130 canadien doit rentrer à la Base OTAN de Marville (F) près de Virton. Le Colonel canadien accepte le principe mais l'ambassadeur souhaite éviter tout incident et demande l'avis de son gouvernement. Le lendemain, je fais le siège de l'ambassade du Canada. A 11 h, après une panne de courant, le téléscripateur crépète: avis positif de Mr Diefenbacher. Nous nous ruons et chargeons à bord du C 130, le matériel de réanimation et introduisons le malade. Le professeur Bernard Grimbomont qui assurait son suivi, a assumé ce transfert délicat. L'avion décolle à 14 heures et arrive le lende-

main à bon port. Le soir, les programmes de la radio belge vers l'Afrique signalent que le Premier ministre belge a remercié son homologue canadien.

La rébellion des mercenaires de 1967 a malheureusement tendu les relations belgo-congolaises, la Belgique refusant de renvoyer ses enseignants en septembre 1967. Les professeurs de Lovanium ne dépendant pas directement de la Coopération technique, nous sommes autorisés à rejoindre Kinshasa, mais seuls, laissant en Europe femme et enfants. Ils nous rejoindront heureusement quelques semaines plus tard. Mais l'épisode du couvre-feu au moment des combats de la rébellion, avec les excès auxquels certains soldats s'étaient livrés sur des professeurs, puis cette séparation forcée, nous mènent à repenser notre avenir.

Je cherche à la Faculté de médecine quel pourrait être cet avenir, prêt à rester à Kinshasa si une réintégration m'est assurée lorsqu'il sera temps de refaire une vie personnelle, familiale et professionnelle en Europe. Depuis 7 ans, je vis et pratique loin de la métropole. L'indispensable renouvellement des connaissances est difficile. En novembre, je suis averti qu'une opportunité s'ouvre dans un hôpital proche de l'UCL, appelé à grandir par une construction nouvelle. Mon expérience de pratique chirurgicale en équipe, de gestion et construction hospitalières jouent en faveur de ma candidature. J'ai saisi cette chance, et suis rentré au Pays fin juillet 1968.

Un jeune chirurgien du Service de Chirurgie Cardiovasculaire et Pulmonaire de Charles-Henri Chaland a repris mon activité chirurgicale à Lovanium. Jean Claude Schoevaerdt est resté deux ans pour reprendre ensuite le Service de chirurgie cardiovasculaire à l'hôpital universitaire de Mont Godinne.

En 1995, l'Université de Louvain décide de créer une Licence en médecine tropicale pour le régime francophone, et je suis appelé à donner le cours de pathologie et techniques chirurgicales en milieu tropical, comprenant les techniques adaptées à la pratique dans cet environnement. C'est ainsi que j'ai eu l'occasion de faire profiter tant des médecins belges désireux de pratiquer dans des ONG que des médecins d'autres pays, de l'expérience que j'avais acquise à Kinshasa.

Un site informatique publiant des photos de la Terre depuis des satellites me permet parfois de revoir le site de Lovanium et de rêver à tout ce que nous y avons vécu.

1959-1961 : deux années mouvementées d'assistance en chirurgie

Jacques Brochier

Jeune chirurgien, Jacques Brochier a vécu au Congo deux années médicalement riches et politiquement troublées. Il fut l'un des 7 médecins choisis pour garder la maison durant cette période.

Une carrière au Congo me tentait depuis longtemps, lorsqu'au début du 4^{ème} doctorat, je pus entamer les études de pathologie tropicale à Anvers (septembre 1952). La conséquence en fut que le stage de médecine interne se réduisit à trois mois, et que trois autres mois furent suffisants pour un stage combiné de chirurgie et d'obstétrique.

Muni de mon diplôme en juillet 1953, j'ai eu la chance d'être admis pour deux ans en qualité d'assistant chez un chirurgien de province d'excellente réputation. Toutes les urgences y étaient soignées, ainsi que les pathologies abdominale, gynécologique et urologique. De plus, la maison était agréée pour les examens radiologiques.

Je ne pouvais souhaiter mieux, avant de me voir attribuer un poste en brousse par le ministère des Colonies, où j'aurais à faire face à toutes les urgences imaginables. Pourtant, les choses prirent un autre cours : un chirurgien, fondateur d'une mutuelle pour colons et petites sociétés à Elisabethville, demanda à mon patron s'il connaissait un jeune médecin qui pourrait re-

joindre son équipe, déjà forte de quatre praticiens. La carrière au Congo commençait par une pratique générale et accessoirement chirurgicale, en ville. Ma jeune épouse trouvait cela plutôt à son goût et nous voilà embarqués pour le Katanga, avec un bébé, en 1955.

Mon intention était de ne pas en rester là en chirurgie. L'université d'Elisabethville se développant, il s'indiquait que je complète ma formation par deux années supplémentaires d'assistance. Ma candidature à Lovanium a été agréée après quelques tergiversations. Je suis parti le 17 octobre 1959, en voiture avec armes et bagages pour Léopoldville, via Port-Francqui.

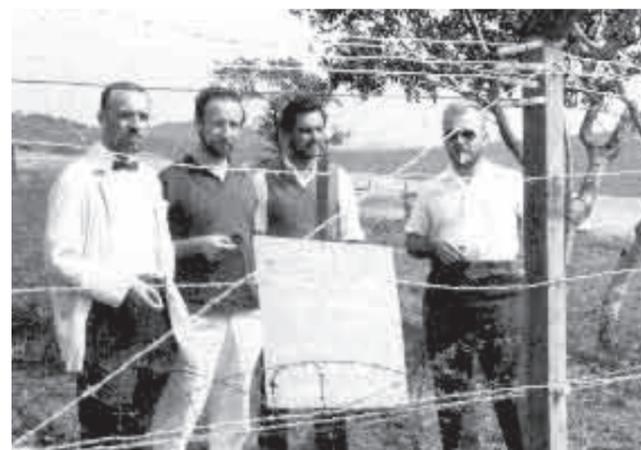
Arrivée le 25, à 7 heures. Montée à la « colline inspirée ». Présentations. Je suis assigné à loger à l'école gardienne en attendant qu'une maison se libère et que je puisse faire venir ma famille, qui était en Belgique depuis le mois d'août. Elle arrivera le 21 novembre, une semaine après un crash automobile qui m'a rendu tristement célèbre sur le plateau.

La chirurgie comporte une section thoracique confiée à Karel Seghers, avec trois assistants : Louis Beckers, Aimé De Gendt et moi-même (au moins pour mes débuts). La chirurgie thoracique a lieu en majeure partie au sanatorium de Makala. La chirurgie abdominale est assez limitée, le gros des interventions étant fourni par les hernies. Un secteur très spécial nous fournit assez bien de travail : les atrésies intestinales chez les nouveaux-nés. Interventions très délicates, avec un post-op minutieux, quelques succès, mais un suivi aléatoire à plus long terme.

L'orthopédie et l'urologie sont placées sous la direction de Paul Hennebert, assisté de Franz Mariscal et Michel Seghers. L'essentiel est fourni par les accidents et leurs suites immédiates et lointaines. L'urologie est alimentée par des tumeurs surtout rénales, quelques lithiases et des rétrécissements urétraux.

L'anesthésie est entre les mains de Raymond Colback, fils de l'ex-vétérinaire en chef de la colonie. Formé à

De gauche à droite : Jacques Brochier, Louis Pourveur, Philippe Petit, Pierre Renoirte



l'école anglaise, il tient à être respecté comme partenaire par les chirurgiens. De là, quelques contestations sur les droits et devoirs de chacun.

UN CAMP RETRANCHÉ

L'indépendance vient à l'heure prévue, suivie de près par les troubles que l'on craignait, tout en feignant de ne pas y croire. Le 10 juillet, le Recteur décide l'évacuation de toutes les familles, tandis que les professeurs achèvent leurs tâches de fin d'année, avant de prendre leurs vacances statutaires. Un service de garde est assuré durant les vacances dans tous les services vitaux de l'Université et de l'hôpital. C'est ainsi que m'échut l'honneur de faire partie des 7 médecins choisis pour garder la maison durant cette période troublée.

Les médecins de Lovanium prirent leur tour de garde à l'aéroport de Ndjili tant que dura le pont aérien vers la Belgique. Les troupes belges d'élite, cantonnées au Congo au moment de l'indépendance « pour le cas où », assurèrent la sécurité de l'évacuation massive des européens. Ceci fait et les paras rentrés au pays, l'ONU envoya rapidement un contingent (ghanéen ?) pour les remplacer, en fait pour tenir en respect l'armée nationale plus ou moins débandée. L'US Air Force assurait le transport et l'intendance de ce contingent, mais les Américains devaient rester en civil. Ils étaient discrètement cantonnés du côté de Lovanium et nous avions tous les soirs des séances de cinéma au club (sans sous-titres). Le Club dirigé par mademoiselle Hurlé restait le lieu de ralliement, et le restaurant des rares membres du personnel habitant le plateau. J'y fus rejoint assez rapidement par Paul Hennebert qui avait pris en charge toute la chirurgie. Avec mon beau-frère qui expédiait les bagages des gens de l'INEAC, nous avons fait ménage commun en attendant le retour des familles.

Entretiens, une dizaine d'Américains en promenade avaient été repérés et proprement tabassés par une bande de soldats congolais encouragés par l'absence de résistance. Les victimes ont été amenées à l'hôpital de Lovanium, mais pour y être soignées par leurs propres médecins. Après quelques jours, il a été décidé de

les transférer en Allemagne en C130. Le recteur m'accorda un mois de congé et me fit embarquer avec eux (mi-septembre 1960). A mon retour, la protection onusienne était assurée par un contingent tunisien. Les professeurs revenaient, le plus souvent avec leurs familles. La mienne ne reviendra qu'à la nouvelle année.

LES ASSISTANTS NE SE RASENT PLUS

L'activité à l'hôpital a été assez réduite pendant quelque temps après l'indépendance, vu le personnel médical restreint et la carence des transports en commun. En outre, nous avons dû nous passer d'anesthésiste pendant un certain temps. La rachi-anesthésie et l'anesthésie locale devinrent la règle ; avec la pratique je devins assez habile dans ces techniques. Ultérieurement, l'ONU nous envoya un Anglais, puis le docteur Raymond Allard de Montréal et enfin le docteur Laerte Charles, un Haïtien. Nous avons eu aussi la visite du docteur Kunkel, chirurgien à Harrisburg (Pennsylvanie), qui venait offrir une année de sa compétence au peuple congolais et se trouva fort étonné de trouver chez nous un équipement comparable au sien. De nouveaux assistants nous ont rejoints à cette époque : Louis Pourveur, Philippe Petit, Pierre Renoirte.

En mars, les Tunisiens du plateau sont sur le qui-vive, à la suite de quelques escarmouches avec des soldats congolais. En juin, les parlementaires congolais ne parvenant pas à se mettre d'accord sur la formation d'un gouvernement, l'ONU établit un camp retranché sur le campus de Lovanium, avec 1000 hommes de troupe, des Ghurkas, des blindés, des nids de mitrailleuses, des hélicoptères... et, le 23 juillet, on y enferme les élus du peuple jusqu'à ce qu'ils élisent un gouvernement. Cet épisode dura une quinzaine de jours pendant lesquels certaines familles ont dû déménager à Livulu. En guise de protestation, les assistants de chirurgie ont renoncé à se raser pendant toute la durée de l'occupation du site.

Ayant renoncé à prolonger mon séjour à Lovanium, je fis place à Ernest Wibin qui arriva en octobre 1961. Ma famille était rentrée en Belgique le 15 août, dans l'attente de la décision de mon retour à Elisabethville. Après un dîner d'adieu, je quittai Lovanium assez déprimé, pour E'ville où j'ai d'emblée perçu une situation à ce point tendue que j'ai décidé de rentrer illico en Belgique. Quelques jours après mon départ, le 29 novembre 1961, éclatait la seconde petite guerre de l'ONU destinée à mettre fin à la sécession katangaise.

C'était pour ma famille et moi la fin de l'aventure congolaise. Ces deux années ont été pour moi très fructueuses, tant au point de vue scientifique que pratique. A Lovanium, nous nous sommes faits des amis que nous revoyons toujours avec plaisir, après 45 ans.

Des expériences émouvantes.

A peine diplômé, Michel Seghers rejoint l'hôpital Lippens, au Bas-Congo, puis, plus tard, Lovanium. Les besoins chirurgicaux y étaient « quasi illimités » et l'audace personnelle, souvent nécessaire...

Michel Seghers

Dès les années de doctorat, j'avais rêvé de suivre les traces d'un grand-oncle, l'ingénieur Robert Bette, découvreur au Katanga et qui avait pris les premières mesures en vue d'y construire les barrages hydroélectriques. C'est ainsi que, diplômé de Louvain en 1957, après les « tropicales » à Anvers en février, j'ai pris l'avion pour Ndolo Kinshasa, le 1^{er} août, pour une première année de pratique générale dans l'hôpital Lippens (Robert) des sucreries du Bas-Congo.

Ce n'était nullement l'envie d'éviter un service militaire, mais bien de servir au Congo avec mon tout nouveau diplôme. Finalement j'y resterai six ans par périodes de trois ans.

Première année, sans aucune expérience au départ, mais qui s'est révélée très fructueuse grâce aux deux assistants médicaux, qui deviendront ultérieurement médecins et aux nombreux infirmiers et infirmières formés par le médecin qui était rentré en Belgique pour y suivre une formation complémentaire en dentisterie.

Dans cet hôpital de près de 200 lits répartis en huit pavillons, ce fut une première année de découvertes multiples face à des besoins chirurgicaux et autres quasi illimités, mais en réalité limités seulement par l'audace personnelle.

Trente-cinq césariennes en un an, dont une des premières concernait la jeune épouse d'un chef, qui avait déjà eu deux enfants morts-nés par dystocie pelvienne et était à la veille d'être répudiée. Césarienne « à froid », presque à terme, chez une patiente à peine endormie par une demi « rachi », effectuée par moi-même. Reconnaissance infinie de la famille et parturientes venues de toute la région informées par le tam-tam.

La société avait également engagé une infirmière accoucheuse belge très efficace pour la maternité. Elle ne m'adressait que les cas difficiles.

Le premier forceps de ma carrière m'a permis d'extraire un bébé mort et d'éviter la césarienne. Ce n'est que grâce au futur médecin Ngyedi très fidèle que j'ai pu introduire la deuxième cuiller.

Au fil du temps et des nécessités locales, je me suis rendu compte du besoin absolu d'avoir une formation chirurgicale véritable pour faire face aux réalités quotidiennes.

Un récolteur de vin de palme était tombé de son arbre et m'avait été amené, considéré comme ivre mort. En réalité, il était en coma profond et a dû être nourri à la sonde durant plusieurs semaines.

Un des fils de Simon Kibangu avait raté un tournant en voiture. Je lui fis de nombreuses sutures au visage. Le lendemain : grosse colère de l'agent territorial parce que je l'avais laissé partir. Il n'était pourtant pas ayant droit de la Société et je n'avais reçu aucune « mokante ».

Autre expérience émouvante. On m'amène, après plusieurs jours de marche en tipoy, un « vieillard moribond », mais en réalité un adulte jeune avec une hernie inguinale étranglée remontant à près d'une semaine. La région étranglée portait de nombreuses scarifications, signature des sorciers successifs qui avaient finalement décidé du transfert chez un Mouganga. Mon premier réflexe est de considérer qu'il est trop tard : déshydratation majeure, yeux enfoncés, tension imprenable, refroidissement général malgré la température ambiante. Il s'agissait d'un stade terminal. Tout le monde était d'accord. Après palabres et sur insistance de l'assistant médical, on décide de faire néanmoins quelque chose, ne fut-ce que pour la famille et les porteurs. On décide la mise sous perfusion et, sous faible anesthésie locale, une tentative de libération avec anus artificiel probable. Je revois encore l'esquisse d'un sourire de reconnaissance du moribond qui allait succomber une demie heure plus tard après la découverte d'une gangrène intestinale étendue. J'étais peu fier de moi, malgré les remerciements. La caravane est repartie en chantant ! Mission accomplie ! Pas de chance patron !

Le besoin d'une formation véritable se faisant de plus en plus sentir, j'ai eu la chance d'être accepté en qualité d'assistant de chirurgie chez Paul Hennebert à Lovanium, un maître polyvalent, habile et ingénieux.,

Occupation du site par l'ONU. Un point fortifié.





Chromoblastomycose étendue chez un jeune adulte.
Exérèse et greffes en timbres-poste.



Après trois années intenses et variées, c'est avec un goût de trop peu que j'ai repris l'avion à l'été 1966, pour permettre à mes trois enfants de poursuivre leurs études. J'avais épousé une personne extraordinaire, Lizzy Fohal, la pharmacienne de l'hôpital de l'Université Lovanium.

Matondo...(deo gracias)

qui travaillait avec les moyens du bord, en amélioration de mois en mois. Ce fut une formation générale, grâce également à des professeurs louvanistes visiteurs, comme Vandevyver, Lacquet, Van Campenhout et Bouckaert.

Après deux ans de chirurgie générale à Louvain dans le service du professeur Morelle, de 1960 à 1962, je suis parti aux Etats-Unis pour 15 mois de formation complémentaire en chirurgie plastique et réparatrice. C'était à la demande du professeur Hennebert qui voulait compléter et diversifier son équipe.

Je revins à Lovanium pour une durée de trois ans. Beaucoup de chirurgie de guerre sur des blessés transportés tardivement, rescapés de la rébellion mulléiste, des victimes de reprise de la poliomyélite et de la variole, ainsi que les premiers sarcomes de Kaposi. Les techniques spéciales de chirurgie ont pu être appliquées, telle la reconstruction nasale par lambeau frontal, bi-pariétal à l'aide de la peau de la face interne du bras selon Tagliacozzy. Il y eut aussi des plasties tubulées « cross leg », des tégumentectomies, des greffes différées après 48 heures de frigo.

Une pathologie bien différente

Chirurgien cardiovasculaire et thoracique à Lovanium de 1969 à 1971, Jean-Claude Schoevaerds y fut aussi... étudiant en médecine tropicale.

Jean-Claude Schoevaerds

Mon témoignage est celui d'un jeune chirurgien diplômé UCL qui a travaillé au sein du service de chirurgie de la Clinique de l'Université Lovanium à Kinshasa de 1969 à 1971 avec une compétence essentiellement axée sur la chirurgie cardiovasculaire et thoracique.

A cette époque, le service de chirurgie de Lovanium comprenait des chirurgiens de différentes disciplines : le docteur Pierre Diomi, chirurgien général et abdominal, chef du service ayant succédé au docteur Pierre Renoirte, lui-même spécialisé en chirurgie infantile et congénitale générale, travaillant également avec le docteur Bianda, le docteur Jain, urologue indien, les docteurs Kabakele et Sternberg, orthopédistes et traumatologues, le docteur Roger Bonne, stomatologue et chirurgien général, le docteur Pierre Borghraef, stomatologue, et moi-même.

Le bloc opératoire se composait de quatre salles et nous disposions de quelques lits au sein d'une petite unité de soins intensifs. L'anesthésie était réalisée par les docteurs Valeri et Bele-Binda, aidés d'assistants et d'une révérende sœur.

Les assistants et stagiaires universitaires étaient essentiellement constitués par un mélange d'étudiants de l'UCL des deux régimes linguistiques et d'Africains stagiaires de Lovanium.

A peine arrivé, en juillet 1969, je dus partager la garde chirurgicale avec un nombre réduit d'effectifs durant cette période de vacances. En pleine nuit, j'ai dû opérer un enfant en péritonite et je découvris à la laparotomie une cavité abdominale pleine de vers (Ascaris lumbricoïdes) ... Après en avoir retiré une trentaine, je me décidai à réséquer un fragment d'intestin grêle perforé en de multiples endroits. Au cours de la suture anastomotique, l'assistant africain me fit remarquer que si la suture était très bien réalisée, elle risquait cependant d'être menacée par des ascaris encore présents dans le grêle et qu'il convenait de déposer un comprimé d'un anti-ascardien, à savoir le Levamisole (Décaris de la firme Janssen Turnhout) dans le grêle, de part et d'autre de l'anastomose afin de tuer les vers encore présents dans le tractus digestif.

Je compris cette nuit-là que la pathologie tropicale était très particulière, et qu'il fallait disposer d'un diplôme de compétence en médecine et chirurgie tropicale que je ne possédais pas, et immédiatement, je décidai de suivre le cours de médecine tropicale à Lovanium.....

Je donnais donc un cours aux étudiants de 1^{er} doctorat comme professeur de pathologie cardiaque et thoracique et d'autre part, je suivais avec les mêmes étudiants les cours de pathologie tropicale pour obtenir, après six mois, le diplôme de licence avec grande distinction.

DES OPÉRATIONS DIFFICILES

Dans ma spécialité, la pathologie était différente de celle de l'Europe. L'artériosclérose était rare chez l'Africain. Je pense n'avoir vu à cette époque qu'un seul cas d'infarctus du myocarde, dont le diagnostic n'était d'ailleurs pas certain. La cause de cette différence était principalement la durée de vie plus courte au Congo.

Par contre, les maladies infectieuses, inflammatoires, congénitales, tumorales et traumatiques prédominaient. Il s'agissait d'anévrismes idiopathiques, de traumatismes vasculaires, d'angiodyplasie, d'insuffisance veineuse avec varicose, stase et troubles trophiques, de lymphoedèmes parfois éléphantiasiques. Sur le plan pulmonaire, comme le faisait déjà le docteur Wibin, je me rendais à Makala au sein de Kinshasa, où il y avait un ancien sanatorium, où je consultais avec le directeur, le docteur Mbete, des dossiers de pathologie pulmonaire : tuberculoses, empyèmes sévères et rebelles aux traitements médicaux, destructions pulmonaires importantes d'origine infectieuse. Ces malades étaient ensuite transférés à Lovanium où je les opérerais.

Ces opérations thoraciques étaient difficiles... la pachypleurite calcifiante obligeait parfois à utiliser des ciseaux frappés à coups de marteau pour pénétrer dans la cage thoracique. Nous étions limités par une transfusion sanguine possible mais difficile à ali-

menter. Nous devons être exigeants sur le plan de l'hémostase. Nous réalisons des pneumonectomies et lobectomies et nous assurons nous-mêmes la fabrication de l'appareillage d'aspiration pleurale et le suivi post-opératoire.

Sur le plan cardiaque, en continuité avec ce qui avait été déjà réalisé auparavant par les docteurs Wibin, Hennebert et Seghers, nous réalisons des opérations à cœur fermé : péricardectomies pour péricardites aiguës et chroniques, commissurotomies mitrales chez des jeunes patients ou patientes en décompensation cardiaque (par exemple des femmes enceintes qui « ressuscitaient » après le geste mitral correcteur), coarctations aortiques, ligatures de canal artériel de Botal, etc ...



Opérés cardiaques, 1971

En avril 1971, nous avons pu réaliser les premières circulations extra-corporelles au Congo grâce à la venue sur place de Charles-Henri Chaland et des membres de l'équipe de Louvain avec un matériel au complet, un perfusionniste et Bernard Gribomont comme anesthésiste. Une quinzaine d'opérations purent être réalisées avec 90 % de succès : tétralogies de Fallot, communications inter-ventriculaires, sténoses pulmonaires, anévrismes ventriculaires etc ...

La mise au point avait été réalisée par Théophile Nkansa pour certains, Jean Lintermans ou ... Leblanc pour d'autres, et le cathétérisme fait par René Krémer. Nous eûmes les honneurs de la télévision de Kinshasa...

La transfusion sanguine a pu être organisée grâce aux dons de sang de volontaires de l'armée.

J'étais par ailleurs en charge du suivi post-opératoire des opérés majeurs en chirurgie « spéciale » et ce, grâce à l'aide de la révérende sœur Chrysostome.

Le tour de salle quotidien avait lieu avec l'équipe chirurgicale au complet, au début de l'après-midi, si possible après une sieste. Patrons et assistants assuraient une visite de tous les opérés.

Lovanium bénéficiait d'une bibliothèque médicale bien fournie avec un grand nombre de revues médicales récentes.. Le local entouré d'armoires en bois du Congo, très beau, très calme, incitait au travail scientifique.

Durant ces années, j'ai pu réaliser six publications scientifiques dans différentes revues internationales. Ces publications concernaient l'atrésie de l'œsophage, les anévrismes idiopathiques et syphilitiques, les corps étrangers intra pulmonaires et un tétatome intrapéricardique.

En 1970, nous avons eu la visite de sa Majesté le roi Baudouin et de la reine Fabiola. Le roi était déjà venu à Lovanium auparavant, notamment en mai 1955, soit six mois après l'ouverture officielle de la première année académique (1^{er} octobre 1954), sous le rectorat de Mgr Gillon et le secrétariat général du professeur G. Malengreau.

Le professeur J.P. Bouckaert était, entre 1969 et 1971, doyen de la faculté de médecine à Lovanium.



La Reine Fabiola en visite à Lovanium. 1970

UNE VIE FAMILIALE ET SOCIALE HEUREUSE

Mon épouse, philologue romaniste, assurait l'enseignement du français à l'école secondaire de Lovanium à Livulu, au pied de la colline, en 3^{ème} année d'humanités, sous la direction de M. Maréchal.

Avec deux enfants, puis un troisième qui naîtra en octobre 1970, la vie était très agréable. La vie sociale était intense, les réceptions des amis étaient fréquentes. On côtoyait toutes les nationalités et des professeurs de différentes disciplines.

Ces relations favorisées avec les professeurs africains contrastaient avec les relations avec la population qui venait se faire soigner aux cliniques ou que nous rencontrions en quittant le plateau de quelques mètres, population certes pauvre mais souriante et reconnaissante pour les soins reçus.

Comme garant de bonne santé, il fallait assurer une hygiène de vie stricte : Nivaquine 100 mg chaque jour, moustiquaires, maison très propre, eau filtrée et/ou bouillie, prudence avec les crudités sauf celles de son propre jardin. Ces règles de base étant observées, notre famille n'a souffert ni de malaria, ni d'aucune autre maladie tropicale.

J'étais aussi maître de stage pour les stagiaires UCL 4^{ème} doctorat, et à ce titre, j'ai dû malheureusement m'occuper de formalités entourant le décès d'un jeune stagiaire attaqué et noyé par un crocodile, dans le fleuve Congo, en dehors de la ville.

En janvier 1971, le plateau fut envahi par l'armée dans le but de « mater » une marche commémorative des étudiants (rappel de la rébellion des étudiants quelques années auparavant). Il y eut malheureusement des blessés. J'ai été amené à opérer en urgence les blessés, notamment l'un d'entre eux qui avait un hémithorax, à la suite d'une plaie par balle. Ce patient a bien évolué.

Quelques mois plus tard, je regagnais l'UCL à Mont-Godinne pour y fonder le 2^{ème} lieu géographique du service de chirurgie cardiovasculaire et thoracique de l'UCL, et ce aussi grâce à l'expérience acquise à Lovanium.

Il est clair que ce séjour à Lovanium fut une expérience unique pour un jeune chirurgien.

J'ai appris à distinguer l'essentiel de l'accessoire dans bien des domaines et notamment au cours des opérations chirurgicales. J'ai élargi le spectre de mes connaissances chirurgicales non seulement en y ajoutant le volet tropical, mais aussi en étant obligé d'effectuer des interventions sur la seule base de lectures scientifiques et en appliquant mes connaissances chirurgicales et l'habileté manuelle acquise grâce à une spécialité exigeante. C'est ainsi, qu'en l'absence de Robert Renoirte, j'ai corrigé des malformations congénitales (atrésie du grêle ou de l'œsophage) chez des bébés. L'expérience de Lovanium m'a aussi permis d'élargir mon esprit et mon cœur vers une population souriante, sous un climat parfois épuisant, et de développer un esprit inventif pour s'adapter aux possibilités locales... Je me souviens ainsi avoir créé une zone « hyposeptique » au moyen d'alèses stériles disposées autour et au-dessus du lit et sous un malade grand brûlé.

En rentrant en Europe aux Cliniques universitaires de l'UCL, j'ai eu le bonheur de pouvoir participer à la formation d'assistants africains en provenance du Congo (docteur Nzamushe, docteur Muteba). Après leur formation, ils sont retournés dans leur patrie et y ont travaillé courageusement, en poursuivant la relation entre Kinshasa et l'UCL. C'est un grand plaisir de voir que le lien s'est maintenu sous cette forme malgré certaines difficultés politiques.

« Nganga buka » de 1954 à 1961

Venu du monde universitaire des Pays-Bas, le chirurgien Karel Seghers doit à sa thèse le fait d' avoir passé sept ans au Congo

Karel Seghers

Selon les habitudes louvanistes de l'époque, il était surprenant de voir de quelle manière je suis entré en contact avec l'Université Lovanium. Après mon service militaire, j'ai poursuivi ma formation chirurgicale à l'Hôpital académique provincial de Groningen où j'ai reçu ma promotion de docteur en 1953 après avoir présenté une thèse intitulée : "Résection segmentaire du poumon". A l'époque, la tuberculose était un sujet de recherche intéressant, mais actuellement d'intérêt limité grâce aux antibiotiques et à la régression de la maladie.

J'envoyai un exemplaire de cette publication au recteur Mgr Van Waeyenberg de l'Université de Louvain. Je rencontrai le recteur qui me demanda si cela m'intéressait d'aller à l'Université Lovanium à Kimwenza. Il me proposa de prendre contact avec le professeur Vanderschueren, en relation étroite avec l'Université Lovanium au Congo. Ce que je fis et je fus reçu ensuite par Mgr Gillon, alors encore chanoine, et nommé Recteur à l'Université Lovanium. Je m'inscrivis à l'Institut tropical d'Anvers durant le premier semestre 1954. En septembre de cette même année, nous prîmes à Anvers, ma famille et moi, le bateau pour Matadi.

Après le voyage en train jusqu'à Kisantu, nous fûmes accueillis par le Dr Ronsse, directeur de l'hôpital d'abord à Kisantu et plus tard à la Clinique Universitaire de Lovanium. En fait, la Faculté de médecine et la clinique n'étaient pas prêtes, de sorte que je suis resté deux ans à l'hôpital de Kisantu, avec des moyens suffisants pour le Congo, mais pour moi qui venais du monde médical universitaire des Pays-Bas, j'aspirais à de meilleures conditions pour un hôpital académique. Malgré ces conditions simplifiées de travail, je me contentai des moyens disponibles et de l'aide efficace d'une religieuse très dévouée et d'un infirmier bienveillant, Fidèle Makala.

Pendant cette période transitoire, je me rendais une fois par semaine à l'Université Lovanium pour donner le cours d'anatomie, ce qui me demandait une bonne préparation. Le déplacement de plus de 100 km entre Kisantu et Kimwenza se faisait dans de mauvaises conditions, en voiture sur une route défoncée. Seuls, les quarante derniers kilomètres de Kasangulu à Kinshasa étaient asphaltés.

Pendant deux jours chaque semaine, je me rendais à



Au sanatorium de Makala.

l'Université Lovanium, je donnais mes cours et je logeais au "guest-house". Cela me permit d'entrer en contact avec les professeurs des autres facultés.

LE SANATORIUM DE MAKALA

Après deux années passées à Kisantu, nous retournâmes à Kimwenza où nous fûmes logés dans une maison spacieuse. Mon travail à la clinique pouvait commencer. J'enseignais la pathologie chirurgicale. Nous étions deux dans le département de chirurgie et je m'occupais de la partie abdominale et thoracique. Nous disposions de locaux très confortables avec l'air conditionné dans les salles d'opération. Certaines maladies étaient très particulières, comme les atrésies intestinales chez les nouveau-nés - ces bébés étant adressés par l'hôpital général de Kinshasa qui possédait une énorme section d'obstétrique et maternité - et des problèmes d'abcès pulmonaires.

Grâce au département interne, et plus particulièrement au professeur J. Lammerant responsable de la cardiologie, j'ai eu l'occasion d'opérer à l'aveugle des sténoses mitrales. Grâce à l'intervention d'un jeune anesthésiste louvaniste, le Dr Joos, ces interventions étaient réalisables. Plus tard, j'ai collaboré avec lui en Belgique à l'hôpital Imelda.

Un événement important à Kinshasa fut l'ouverture



Le Dr Joos, anesthésiste

du sanatorium de Makala, avec à sa tête le docteur Théo Darras et le chirurgien Robberechts que j'avais connu au Collège des Jésuites à Alost et qui avait fait sa formation chirurgicale à l'Hôpital Antonius à Utrecht. Chaque semaine, j'allais pendant une journée opérer au sanatorium de Makala, assisté par le Docteur W. Robberechts.

Les cours de pathologie chirurgicale se déroulaient d'une façon agréable ; vu le petit nombre d'étudiants, on pouvait considérer qu'il s'agissait d'un cours privé et la session d'examen était très courte. Cela changeait du travail opératoire et cela permettait même aux étudiants d'assister aux opérations et de se faire expliquer les traitements.

LE DÉPART DE LUMUMBA

Il me reste en mémoire la révolte des Bacongos en février 1959 qui provoqua un grand nombre de blessés et aussi de morts, entre autres un mécanicien du service technique de l'Université que je connaissais bien et qui perdit la vie. A la clinique Lovanium, nous fûmes mobilisés durant 48 heures pour soigner les blessures et les lésions thoraciques. Malgré la fatigue, nous étions satisfaits d'avoir donné notre aide, mais nous restions inquiets de la révolte de la population conduite par le mouvement ABACO dont le président était l'apparemment pacifique Kasavubu.

Il fut bientôt évident que notre anxiété était fondée. La proclamation de l'indépendance en juin 1960, suite à la mutinerie réprimée de la Force Publique, déclencha le départ des femmes et des enfants vers l'aéroport de N'djili à destination de l'Europe. Je me souviens, à cette occasion, de l'attitude hostile de la police. Cependant un policier me reconnut comme "Nganga buka", un médecin de soins d'urgence en opposition à un "Nganga nkisi", un médecin sorcier. Il libéra la voiture occupée par ma femme et mes enfants et les laissa partir.

Il n'y eut que les professeurs masculins et le profes-

seur Anne-Marie Knaepen, qui restèrent sur le campus. Dans la grande maison que nous habitons, vinrent me rejoindre quatre professeurs dont le professeur Ghekiere et le professeur Boddez et son grand chien.

Cependant soumis à une pression croissante, une fois les examens terminés, tous les professeurs furent évacués à l'exception des médecins qui restaient responsables de la clinique. Nous restions cinq : le docteur Michaux pour la médecine interne, le docteur Timmermans pour la maternité, le docteur Lemaire pour la pédiatrie et le docteur Brochier et moi-même pour la chirurgie. Sur quelle base cela fut-il décidé ? Pour moi ce n'était pas évident. Mais ce qui a certainement joué était la nécessité de tenir la clinique en activité et le personnel calme.

Après la journée en clinique, nous allions nous promener sur le campus avant l'obscurité. Il faisait exceptionnellement calme, pas de présence humaine, les maisons étaient closes et les volets fermés. Cela m'est resté en mémoire, plus que mon travail à la clinique. A côté de ce travail, je devais assurer le contrôle médical sur la sécurité à l'aéroport. Je devais me rendre une fois par jour à Ndjili pour m'assurer que la situation médicale se déroulait normalement, ce qui signifiait que tout désordre ou rupture soient signalés. Je fus aussi le témoin de plusieurs échanges de feu et du départ de Patrice Lumumba vers Lubumbashi ; il avait été battu avant son départ.

Je réglai mon retour statutaire en congé pour quelques semaines. Une fois rentré, j'avais la possibilité d'envisager un retour temporaire à Lovanium, mais ma femme n'avait plus envie de retourner en Afrique : elle ne voulait pas assister à une nouvelle expulsion, déjà subie en Indonésie.

Une solution à ce dilemme s'imposait. Je retournai donc à Lovanium en novembre 1960. Au début de 1961, M. De Saeger, alors échevin à Malines et plus tard ministre, avait donné une conférence à Kinshasa au cercle des expatriés flamands. La perspective de transformer le sanatorium de Bonheiden en clinique était envisagée. Je décidai de quitter l'Université Lovanium et d'aller temporairement à Bonheiden comme le proposait M. De Saeger, en attendant la nouvelle clinique de Malines qui ne fut inaugurée, que partiellement, 20 ans plus tard.

Je m'installai dans le sanatorium Imelda avec quelques autres collègues revenus du Congo. Aujourd'hui, Imeldaziekenhuis est une clinique de 500 lits avec un staff médical excellent et, une administration bien organisée et une remarquable infrastructure.

De tout le temps passé à Kimwenza et au Congo, je conserve un excellent souvenir, parfois avec un certain regret pour tout ce qui avait été bien commencé, mais n'a pas pu être exécuté paisiblement.

De la colline inspirée à la colline joyeuse



La façade principale du sanatorium érigé sur une colline aux environs de Léopoldville.

Bâti non loin de Lovanium pour soigner les tuberculeux, le sanatorium de Makala fut inauguré en 1958

Théo Darras

En 1954, sur une colline à proximité de Léopoldville, le recteur Luc Gillon entame la construction de la première Université du Congo. L'objectif est d'en faire un centre universitaire complet, capable de rivaliser avec nos universités belges et de former une génération de diplômés indispensables à l'évolution de la société congolaise. Rapidement, Lovanium incarnera un endroit où souffle l'esprit, d'où l'appellation de colline inspirée. Les cliniques universitaires verront le jour dans la foulée.

En 1954, après sept ans de travail en brousse, le dr Dricot, médecin-chef, me désigne pour reprendre la lutte anti-tuberculeuse à Léopoldville. A cette époque l'essentiel du travail se passait au centre de dépistage de la tuberculose, avenue de Kabinda, dont l'activité se concentrait sur le dépistage systématique de la maladie par radiodiagnostic. Le centre de radiographie et un laboratoire adapté permettaient le dépistage de la population urbaine. Les malades les plus contagieux étaient hospitalisés dans un bâtiment voisin de la léproserie à Léo II,

communément appelé lazaret. En réalité il s'agissait presque d'un mouiroir, car les antibiotiques capables de guérir la tuberculose venaient à peine d'être disponibles sur le marché africain. Cela devait changer. En effet le traitement ambulatoire de la maladie était une nouveauté largement admise aujourd'hui, mais qui n'avait pas encore fait ses preuves en 1954.

L'extension rapide de la tuberculose en milieu urbain décida les autorités médicales de créer un hôpital de 400 lits, le sanatorium de Makala, et de le construire sur une colline voisine de celle de Lovanium. Il fut inauguré en 1958. La guérison de la plupart des malades avait changé complètement le pronostic de cette maladie : l'atmosphère qui régnait à Makala m'a permis de proposer la dénomination de « colline joyeuse »

Très vite une collaboration se développa entre les deux collines. En effet, outre la chimiothérapie, la tuberculose pouvait également bénéficier de la chirurgie thoracique en cas d'échec du traitement médical.

A Lovanium, Karl Seghers avait pris la direction de l'équipe chirurgicale. La chirurgie thoracique était sa spécialité. Au sanatorium de Makala, l'équipement permettait de réaliser des interventions thoraciques. Comme il n'était pas souhaitable d'hospitaliser tuberculeux et non tuberculeux dans un même service, l'équipe de Lovanium assurait la chirurgie des lésions pulmonaires dans des conditions optimales à Makala. Les deux collines furent ainsi associées.

Après 1960 ce sont les drs Wibin et Gribaumont qui ont assuré le travail dans les deux hôpitaux. Pour moi, entre la colline inspirée et la colline joyeuse, il ne fut jamais question de choisir, car j'étais directeur médical de Makala et professeur extraordinaire à Lovanium jusqu'en 1968, date de mon retour en Belgique.

LE SANATORIUM DE MAKALA.



A l'avant-plan on procède à une bronchoscopie et dans la salle du fond à l'installation d'un pneumothorax.



La salle d'opération.



Le hall d'entrée.



Les cuisines.

Un urgent besoin de microbiologie

Professeur de bactériologie et de parasitologie à Lovanium de 1958 à 1965, Jozef Vandepitte évoque les nombreuses observations de maladies infectieuses établies durant son séjour

Jozef Vandepitte

Bien que la première année académique de Lovanium se soit ouverte le 12 octobre 1954, on ne parlait pas encore d'enseignement de la bactériologie. Pas plus n'en parlait-on le 14 novembre 1957 lorsque les Cliniques Universitaires furent inaugurées. L'enseignement de la microbiologie (bactériologie et parasitologie) faisait partie du doctorat, sauf l'helminthologie qui était enseignée en candidature.

A cette période, j'étais encore fonctionnaire colonial au Congo belge, où j'avais commencé ma carrière en 1948, après l'obtention de mon diplôme de médecine à la K.U.Leuven, deux ans de spécialisation en bactériologie (prof. Richard Bruynoghe) et l'obtention d'un certificat en médecine tropicale à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers. Pendant ma carrière coloniale, j'étais à la tête du département de bactériologie dans le laboratoire provincial de Léopoldville et Luluabourg. De mars à octobre 1958 j'ai dirigé le labo de Stanleyville. C'est à cette période qu'a débuté la vaccination à grande échelle avec le vaccin oral contre la polio, du professeur Koprowsky. D'après un journaliste anglais, Edward Hooper, ce vaccin serait à l'origine de l'épidémie de SIDA par une mutation du virus inoffensif du chimpanzé S.I. V. (Simian Immunodeficiency Virus) en pathogène H.I.V. (Human Immunodeficiency Virus), l'agent du SIDA. Bien que l'origine africaine du SIDA soit généralement acceptée, l'hypothèse de Hooper a été vigoureusement réfutée et, lors d'un récent congrès international à Londres, définitivement rejetée.

Pendant mon séjour à Stanleyville je correspondais déjà avec Mgr Luc Gillon, recteur de Lovanium qui insista pour que je déménage à Léopoldville où il y avait un besoin urgent d'un professeur en microbiologie et parasitologie. Durant l'année académique 1957-58, on avait envoyé comme intérimaire le professeur Dubois de l'Institut tropical d'Anvers en qualité de professeur invité. Je n'ai pas hésité longtemps à accepter la demande de Mgr Gillon et les détails de mon transfert furent

réglés par correspondance. J'ai ainsi envoyé préalablement une liste du matériel, des livres et des journaux nécessaires. Le 21 août 1958, j'embarquais, avec ma famille (femme et 5 enfants) en Chevrolet sur le bateau "Général Moulaert".

Lorsque nous arrivâmes une semaine plus tard au port de Léopoldville, Mgr Gillon nous attendait sur le quai et nous conduisit pour le trajet de 12 Km vers le Mont Amba où Lovanium avait été construit. Nous pouvions choisir parmi quelques nouvelles habitations et nous avons emménagé le jour même, dans une jolie villa meublée avec 4 chambres. L'air conditionné était disponible, mais, vu les températures très agréables de Lovanium (500 m d'altitude), je l'ai plutôt fait installer dans mon laboratoire. Notre maison se situait à petite distance à pied des Cliniques universitaires avec en chemin, une piscine, la magnifique cathédrale (N.D. de la Sagesse) et les bâtiments de la Faculté de Médecine.



Anophele, agent de propagation de la malaria

Dans la clinique même, il y avait un laboratoire de diagnostic incluant un espace prévu pour les tests bactériologiques. Je ne l'ai presque pas utilisé. J'ai choisi d'installer mon labo dans l'espace plus large prévu pour le travail de recherche dans le bâtiment facultaire. Dans ce bâtiment se trouvaient aussi les plus petits auditoires où j'enseignais désormais aux auxiliaires médicaux et aux pharmaciens. Les leçons

de pratique de microbiologie se tenaient là aussi. Dans les environs de la clinique, une école d'infirmières où j'étais professeur de microbiologie et parasitologie a été construite en 1958. A ma grande surprise, je fus nommé médecin-directeur de cette école, une fonction qui me procurerait peu de travail.

A part le diagnostic des infections, je me consacrais surtout à quelques sujets auxquels j'avais déjà porté beaucoup d'attention par le passé. Ainsi, la diarrhée infectieuse est un grand problème en Afrique tropicale. Il y a beaucoup d'agents responsables mais avec les moyens disponibles à cette époque, on prêtait surtout attention à la Salmonellose et la Shigellose (le choléra n'était pas endémique au Congo).

NOS OBSERVATIONS

Sur une période de 7 ans, 1083 souches de Salmonella furent isolées (Ann. Soc. Belge Méd. Trop. 1968, 48, 2°, 195-224). D'une part, il y avait un gros problème avec la Salmonella typhi, l'agent responsable de la typhoïde, dont 263 cultures furent isolées, principalement chez de jeunes adultes et très rarement chez les enfants. Chez 74% des patients, l'isolation se faisait par hémoculture, et, dans 58% des cas, par coproculture. D'autres localisations étaient très rares: urine, ostéites, L.C.R. Aucune souche n'était résistante aux antibiotiques courants. L'épidémiologie des autres sérotypes de Salmonella était tout autre. Elles étaient très fréquentes (820 isolations) et l'âge était aussi totalement différent avec près de la moitié des isolations chez des enfants de moins de 2 ans. L'origine également était tout autre avec 20% des souches d'origine extra-intestinale, principalement le sang et les ostéites. Toutes les souches étaient sérotypées (détermination du sérotype) dans le laboratoire de référence, installé à l'Institut de Médecine Tropicale de Léopoldville (Dr. E. van Oye). Nos isolations comprenaient 82 sérotypes avec en tête S. typhimurium et S. oranienburg. Ensuite nous avons isolé 13 sérotypes qui n'avaient jamais été isolés au Congo, dont 2 qui furent décrites pour la première fois: S. amba et S. ngili. Chez les sérotypes non-typhoïdiques, il y avait un faible degré de résistance surtout aux sulfamidés. Dans notre étude il semblait exister une forte association entre la salmonellose profonde et l'anémie falciforme (sickle cell anemia, anémie SS). Nous avons déjà décrit cette association en 1953 (Vandepitte et al. Ann. Soc. Belge Méd. Trop., 1953, 33, 511-22). Cette association est acceptée partout de nos jours. Sur 89 patients atteints d'ostéite à salmonelle ou bactériémie il y en avait 67 porteurs de la sickle cell anemia. Cette association n'a pas été observée chez les porteurs hétérozygotes de l'hémoglobine S (génotype AS). Ce génotype montrait au contraire une certaine résistance à la malaria due au Plasmodium falciparum.

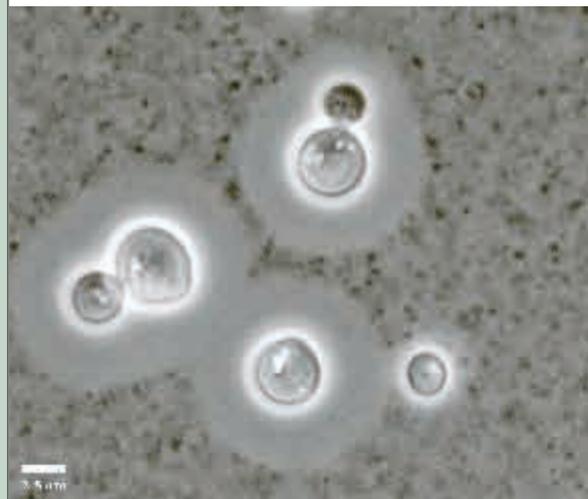


Plasmodium falciparum, parasite de la malaria

Les Shigella sont les agents de la dysenterie bacillaire, et de la plupart des diarrhées sanglantes très fréquentes sous les tropiques. En 1964, nous avons publié (Ann. Soc. Belge Méd. Trop. 1964, 44, 3°, 549-66) un aperçu de toutes les souches de Shigella isolées à Lovanium entre 1958 et 1963.

D'autres maladies infectieuses ont également fait l'objet de nos observations. Ainsi, durant notre séjour à Lovanium, nous avons observé 4 cas de méningite néonatale par Flavobacterium meningosepticum. En 1958 nous avons déjà publié 4 cas semblables à Luluabourg. 39 cas similaires étaient déjà publiés dans le monde, la plupart comme petites épidémies. L'agent est probablement un saprophyte issu du milieu hospitalier (Vandepitte et al., Ann. Soc. Belge Méd. Trop. 1965, 45, 1°, 57-72).

Nous avons aussi observé 2 cas d'ulcère nécrotique provoqué par Mycobacterium ulcerans. Cela concerne des ulcères situés sur la cuisse et l'avant-bras dont le mycobacterium était visible à la coloration de Ziehl. La culture était positive mais exigeait 2 à 4 mois d'incubation. Une dizaine de cas similaires avaient déjà été décrits au Congo. Le seul traitement semblait être une excision soignée de l'ulcère (Hennebert et al. Ann. Soc. Belge Méd. Trop. 1962, 42, 549-54). Nous avons découvert 18 cas d'abcès provoqués par Mycobacterium fortuitum, une bactérie acido-résistante. Ces abcès étaient localisés soit sur la cuisse (16x) ou le bras (2x), à l'endroit où auparavant une injection avait été faite. Cette association a été également remarquée ailleurs en Afrique. La présomption existe que M. fortuitum soit un saprophyte de la peau (Ann. Soc. Belge Méd. Trop. 1962, 42, 555-60). Parmi divers abcès après injection on a aussi isolé une moisissure: Histoplasma duboisii (J. Vandepitte et al. Ann. Soc. Belge Méd. Trop. 1965, 45, 1°, 49-65).



Cryptococcus neoformans var. gattii

Une levure rare cosmopolite provoquait de graves infections, principalement méningo-encéphalitiques. Dans la période 1960-62, 3 cas furent observés aux Cliniques universitaires. La guérison s'obtenait par traitement à l'Amphotéricine B. (Michaux.J.L. et al., Ann. Soc. Belge Méd. Trop., 1963, 43, 5°, 751-76). Plus tard, il est apparu que les souches isolées alors appartenaient à une nouvelle variété : le *Cryptococcus neoformans* var. *gattii*.

Un de mes nouveaux sujets de recherche à l'Université concernait la déficience des globules rouges en glucose-6-phosphate déhydrogénase. Il s'agit d'une caractéristique héréditaire des globules rouges qui la plupart du temps n'a pas de conséquences sur la santé, mais qui peut provoquer l'hémolyse et l'anémie lors de la prise de certains médicaments (sulfamides, nitrofuranes,...). Inversement cette déficience montre une forte résistance à la malaria. Jusqu'à 20% de la population de Kinshasa est porteuse de ce gène. Le dr Arno Motulsky, professeur de génétique à l'Université de Washington à Seattle, s'intéressa particulièrement à ce phénomène et me proposa en 1957 d'enquêter avec lui sur cette déficience en G6PD. Durant la première phase de cette enquête chez les Yakas, nous devions traverser la rivière Kwango à Popokabaka. Cela se faisait alors en bac de bois, un radeau qu'on conduisait soi-même. Les résultats furent

publiés ultérieurement dans Amer. J. of Human Genetics, 1966, 18, 6°, 514-37. Les échantillons sanguins ont été conservés aux U.S.A. et une recherche récente sur les anticorps contre le virus du SIDA a montré que l'un des 2 000 échantillons était positif ce qui est encore considéré comme le plus vieil échantillon de SIDA au monde.

LA RELÈVE

Lors de l'indépendance du Congo, le 30 juin 1960, l'enseignement fut interrompu, mais le 25 octobre l'ouverture de l'année académique 1960-61 fut proclamée. Comme la plupart des collègues, je restais au campus jusqu'au 28 avril 1965.

J'ai reçu un appel du prof. dr Piet De Somer qui souhaitait me charger du service de microbiologie à la K.U.Leuven parce que lui-même était promu recteur. J'ai accepté cette proposition avec enthousiasme, principalement afin de permettre à mes enfants de poursuivre leurs études en Belgique. Comme professeur titulaire en microbiologie à la K.U.Leuven, la nostalgie du Congo ne me quitta pas et je suis retourné à plusieurs reprises en tant que 'Visiting Professor' jusqu'à ce que mon élève, le prof. dr J.J. Muyembe-Tamfum, soit prêt à me succéder.

Je ne veux pas terminer cette vue d'ensemble de l'évolution de la microbiologie à Lovanium sans adresser mes remerciements particuliers à tous ceux qui m'ont aidé dans cette tâche. Cela concerne tous les techniciens congolais qui ont assisté aux tests de labo mais plus particulièrement les collègues qui ont participé avec moi au travail : le dr Firmin Krubwa (décédé depuis), le prof. dr J. Desmyter (KULeuven) et surtout le prof. dr Franco Gatti (né à Novara en 1924, décédé à Bruxelles en 1995). Après l'obtention du diplôme en médecine tropicale à Anvers, le dr Gatti est parti en 1953 au Congo pour le Fonds du Bien-être Indigène. Il a d'abord travaillé à Befale et Kasongo. En 1960 il a été nommé microbiologiste par la W.H.O. à l'Université Lovanium où il reprendra ma chaire en 1965 jusqu'en 1973 quand le prof. dr. J.J. Muyembe-Tamfum lui succéda. Ce dernier est toujours à la tête du laboratoire de Microbiologie de l'Université de Lovanium devenue depuis UNIKIN.

La gynéco-obstétrique de 1958-1960, quand la césarienne est une indignité...

Claude Lecart

Si des quadragénaires congolais se prénomment aujourd'hui Lambillon, c'est en hommage à celui qui organisa la maternité de Léopoldville avant de diriger le service de Lovanium.

C'est au mois d'octobre 1958 qu'a été inauguré le service de Gynécologie-obstétrique de l'Université Lovanium. Joseph Lambillon en était le chef de service. Diplômé de Louvain, il avait été formé dans le service du professeur Rufin Schockaert. Après sa formation, il s'était engagé dans le service de santé de la colonie.

Il présenta une thèse d'agrégation à l'UCL dans laquelle il décrivait les particularités africaines de la grossesse et de l'accouchement. Très rapidement, il s'imposa comme la référence en gynécologie-obstétrique pour l'ensemble de la colonie.

Tata Lambillon était connu de toute la population féminine noire de Léo. Nombreux sont les enfants à qui on donnait comme prénom, en signe de remerciement, le nom de Lambillon.

Il organisa de façon magistrale la maternité de l'hôpital des Congolais à Léopoldville, en s'adaptant aux conditions africaines. On y pratiquait 20.000 accouchements par an; cela allait croître vers les années 1970 jusqu'à 48.000 par an dans ce qui fut, à cette époque, la plus grande maternité du monde.

C'est dans son service à Léopoldville que nous allions être accueillis, Lucien Timmermans et moi-même pendant quelques mois, avant l'ouverture du service à Lovanium. Grand travailleur, Joseph Lambillon exigeait de tout son staff une disponibilité à toute épreuve. Paternaliste, il gardait cette mentalité colonialiste, dont il ne pouvait accepter qu'elle devrait s'effacer; il avait pressenti les troubles de juillet et partit en vacances en juin 1960 en nous annonçant « qu'il ne reviendrait pas ».

Lucien Timmermans était notre Chef de Clinique. Il avait été formé aux Pays-Bas. Brillant chirurgien, il pouvait faire face à toutes les situations les plus inextricables de la pathologie gynécologique africaine. On se rappelle les abominables abcès tubo-ovariens emprisonnés dans une gangue adhérentielle qui



Le Dr De Schrijver et le Dr Cl. Lecart devant l'hôpital.

transformait les organes pelviens en un bloc bétonné. C'était les fameux « crassomes » suivant la terminologie locale.

Lucien était vraiment l'âme du service. Extrêmement compétent, travailleur acharné, il avait un humour fort néerlandais, parfois caustique. Il était l'ami de tous, Blancs et Noirs, et était respecté par tous. Il était le joint entre le patron dont il n'approuvait pas toujours les décisions thérapeutiques parfois quelque peu excentriques et non académiques, et les assistants dont il exigeait beaucoup tout en leur enseignant les faits et gestes du métier basé sur une formidable expérience et son bon sens inné.

Edouard Jean Leblanc était l'assistant senior (3^{ème} année de formation). Il avait débuté sa carrière africaine à Kisantu où il était responsable du service de gynécologie-obstétrique. Très orienté vers les aspects psychologiques de la maternité, le docteur Leblanc avait introduit avec son épouse Francette, les cours de préparation à l'accouchement sans douleur ou plutôt sans appréhension suivant les préceptes du docteur Read.

Son maître à penser était Raoul Palmer, célèbre gynécologue parisien, père de l'endoscopie gynécologique moderne. Edouard Jean avait passé plusieurs mois dans son service, ce qui lui avait donné l'occasion

de rencontrer plusieurs gynécologues de renom de l'école parisienne. C'est ainsi que le service avait pu inviter le professeur Moricard et son épouse France, comme visiting professors. Ils passèrent plusieurs jours à Lovanium, participèrent à nos tours de salle et donnèrent une série de conférences sur l'endocrinologie et l'anatomopathologie gynécologique. Notre formation à Lovanium reposait sur une formidable expérience du terrain à partir d'une pathologie qui sortait très souvent des sentiers battus; mais tout se passait en vase clos. Dans ces conditions, la présence d'orateurs étrangers de haut niveau nous procurait un recyclage inestimable.

60 ACCOUCHEMENTS ET 20 CURETAGES PAR JOUR

J'étais le premier assistant engagé en 1^{ère} année de formation. C'est pendant mon service militaire aux bases de Kitona et Kamina que j'ai pu rencontrer Joseph Lambillon qui m'avait engagé. Je terminais mon service militaire en mars 1958. Le temps de revoir ma famille et mes amis en Belgique et de profiter de l'Exposition universelle de 1958 et je repartais pour Lovanium.

Cela débutait par un coup de chance tout à fait exceptionnel; je devais prendre l'avion Sabena en mai 58 pour rejoindre Léopoldville. Pour une raison familiale impérieuse, je devais renoncer à partir, quelques heures avant le départ de l'avion. Cet avion s'est écrasé à Casablanca. J'avais échappé à une mort certaine. Je garde toujours dans mes archives le billet comme une relique de mon destin.

A mon arrivée en juin 58, le service n'était pas encore ouvert à Lovanium. Avec Lucien Timmermans, nous avons été reçus dans le service de Joseph Lambillon, à l'hôpital des Congolais où nous resterions pendant 4 mois. Ce fut un véritable baptême du feu : 60 accouchements par jour, 1 à 2 césariennes, 1 grossesse extra-utérine tous les jours, des consultations gynécologiques où défilaient 150 patientes ; une pathologie démentielle.

Tous les jours, on pratiquait une vingtaine de curetage pour des avortements spontanés incomplets ; le cérémonial vaut la peine d'être conté. Les 20 seringues de Baytinal (anesthésique) étaient prêtes ainsi que les 20 sets de curetage. Les femmes attendaient leur tour sur un banc à l'extérieur. Elles s'installaient sur la table, je leur injectais l'anesthésique et Lucien pratiquait le curetage. Un infirmier prenait la femme à bout de bras et la mettait sur un brancard pour la reconduire en salle d'hospitalisation qui pouvait accueillir une centaine de malades. La suivante s'était déjà installée sur la table d'opération...

On peut dire qu'après ces 4 mois hauts en couleur, la montée à Lovanium ressembla au calme après la tempête. Le service devait se mettre sur pied. Nous

étions loin du centre et des quartiers peuplés. Il fallait se faire connaître. Nous allions d'ailleurs installer plusieurs consultations périphériques (N'djili, Lime-te...), pour recruter la patientèle.

Petit à petit, l'activité augmenta. Le service put s'organiser.

Joseph Lambillon, Lucien Timmermans, et Edouard Jean Leblanc, pratiquaient les actes techniques principaux. J'étais le petit assistant de 1^{ère} année chargé de l'anesthésie, à laquelle je m'étais familiarisé à Léo, sous la direction de l'anesthésiste du service à l'hôpital des Congolais. L'intubation n'avait plus de secret pour moi.

J'étais aussi chargé des tests de grossesse, qui, à l'époque, reposaient sur les réactions éjaculatoires du crapaud mâle suite à l'injection sous-cutanée d'urine de femmes enceintes. J'avais sous mes ordres une équipe d'Africains, chasseurs nocturnes de crapauds mâles, rétribués à la pièce. Jamais ils ne me rapportaient de crapauds femelles. Je devais souvent modérer leur enthousiasme débordant.

Après un an, le service accueillit en 1^{ère} année, Jan Alexander et Tist Boon. Jan était un garçon brillant ; il venait de terminer un parcours universitaire à la KUL, avec la plus grande distinction. C'était un homme charmant, au caractère très jovial et d'une droiture d'esprit toujours irréprochable. On pouvait vraiment compter sur lui.

Tist avait cette qualité essentielle pour un obstétricien : un calme imperturbable. Toujours de bonne humeur, acceptant avec la même sérénité toutes les remarques, parlant toujours au même rythme sans énervement.

Nous avions aussi des stagiaires. Je me rappelle avant tout de Guy Ouwerx, qui allait revenir à Lovanium pour une partie de sa formation de gynécologue, après l'indépendance. Plus tard, il allait rejoindre le professeur Lambillon à Saint-Étienne à Bruxelles, dont il reprendrait la succession comme chef de service.

Il y a eu aussi Charles Francis, Van Hoof, De Smyter, qui sont tous devenus plus tard de brillants universitaires UCL ou KUL.

Je m'en voudrais d'oublier la bonne Sœur Véronique. De sa démarche boitillante, elle était partout ; toujours présente, toujours disponible. Elle nous protégeait des élans parfois trop fougueux du patron dont elle adorait s'occuper des patientes privées. Elle essayait de calmer les petits conflits qui éclataient entre Lucien et Edouard Jean ; ils avaient été formés à des écoles fort différentes, néerlandaise ou française, et leurs caractères fort opposés créaient assez souvent des bouquets d'étincelles. Très calme, réservée, souriante, Sœur Véronique était toujours là.

Domage que les événements de l'Indépendance aient dû nous séparer car nous formions une formidable équipe.

DOULEURS ET TREMBLEMENTS

Il est temps de parler de cette pathologie congolaise à laquelle nous étions confrontés.

Joseph Lambillon, la connaissait bien et nous profitions de sa grande expérience et de ses réactions souvent intuitives. Lucien Timmermans nous apportait la systématique d'une formation batave, solide.

A la consultation, le patron tenait à ce que nous parlions Lingala avec les « mamas ».

Nous ne nous débrouillions pas trop mal dans le langage courant d'une consultation gynécologique. Quand on demandait la date des dernières règles : « Osalaki na makila yasuka tango nini ? », la réponse quasi consacrée était « na le 15 » ou alors avec le bras recourbé, elles imitaient un quartier de lune à droite ou à gauche.

« Obutaki bana boni ? » (Tu as eu combien d'enfants ?). Dans la réponse, on ne parlait que des enfants en vie. « Nasali na mpasi na dibumu » (J'ai mal au ventre) était habituellement la formule consacrée et détournée pour parler de sa stérilité, qui était vraiment le problème majeur et qui débouchait le plus souvent sur des situations inextricables.

J'ai déjà parlé des fameux « crassomes », conséquence d'infections répétées des organes génitaux internes englobant trompes utérines et ovaires.

Le traitement médical en milieu hospitalier consistait à injecter à doses croissantes de « l'Annexine Berna » qui provoquait des réactions fébriles et des frissons intenses ; une antibiothérapie intraveineuse à forte dose devait éliminer l'infection et restituer la perméabilisation tubaire et assurer la fertilité. Ce traitement appelé du terme imagé « Zaka Zaka » (tremblements), étant donné le tremblement du lit sous l'effet des frissons intenses, était impressionnant mais sans doute inutile. Mais vu son aspect théâtral, les patientes y croyaient fermement.

Le traitement chirurgical devait toujours être le plus conservateur possible ; enlever un utérus, c'était enlever la possibilité d'avoir des enfants ; c'était comme arracher la vie.

En obstétrique, le service pratiquait l'opération de Zarate ou symphysiotomie partielle. Il s'agissait de sectionner partiellement, sous anesthésie locale, par voie suspubienne le ligament rétro-pubien afin d'obtenir un écartement des os du bassin et ainsi un élargissement des diamètres du petit bassin. Cela permettait à des femmes au bassin trop étroit d'accoucher par voie vaginale et d'échapper ainsi à la césarienne qui

était considérée dans le milieu autochtone comme indigne de la condition féminine.

Cela me rappelle ce père de 8 enfants dont la femme était enceinte et qui était venu demander à Lambillon de faire « l'opération » pour qu'elle puisse accoucher normalement. « Si c'est encore une césarienne, je la répudie ». On fit donc un Zarate « prophylactique » (càd avant tout travail) et la mama put accoucher par voie vaginale de son 9^{ème} enfant. Ils vécurent heureux mais l'histoire ne dit pas s'ils eurent encore beaucoup d'enfants.

Un autre tableau qui n'était heureusement pas fréquent mais non exceptionnel, c'était l'enfant se présentant par le siège. Après plusieurs jours de travail au village, la famille se décidait finalement à venir à l'hôpital. Au corps de l'enfant, il manquait la tête retenue dans un bassin trop étroit ; la mère exsangue avec un utérus rupturé mourait à son arrivée à l'hôpital.

Mais à côté de ces cas extrêmes, que de satisfactions, que d'accouchements magnifiques, que de bonheur débordant dans un pays extraordinairement attachant.

L'Indépendance démantela le service : Joseph Lambillon et Lucien Timmermans s'installèrent en Belgique, les assistants trouvèrent sous d'autres cieux plus favorables la formation nécessaire à leur épanouissement professionnel. En gynécologie, ce ne fut pas facile car, contrairement à ce qui s'est passé en médecine interne et en chirurgie, notre Alma mater Louvaniste n'a pas accepté notre réinsertion et n'a rien fait pour nous aider à poursuivre notre formation.

Mais c'est de l'histoire ancienne, acceptons d'oublier. Ce qui nous reste en mémoire, c'est le souvenir d'une époque enthousiasmante au sein d'une université jeune, dans un pays qui était merveilleux.



Le premier mariage célébré à la paroisse universitaire Notre-Dame de la Sagesse : Elsie Windelen et Claude Lecart, 27 août 1959.

La pharmacie à Lovanium.

Lorsque les produits indispensables viennent à manquer, l'imagination et l'organisation sont mises à rude épreuve...

Gabriel Lambert et Théophile Godfraind

1. La pharmacie des cliniques universitaires Lovanium. 1960-1968

Gabriel Lambert

Avant mon arrivée en 1960, la pharmacie des cliniques était placée sous la responsabilité d'un infirmier (A.N'Dinzila). Il suivait la procédure des autres établissements de soins du Congo, établissant une liste bisannuelle des besoins en produits pharmaceutiques qui était envoyée au Dépôt Central Médicopharmaceutique (DCMP) par le directeur médical après consultation des chefs de service. Les services cliniques, responsables de leur consommation, commandaient les médicaments à la pharmacie une fois par semaine. Un infirmier était chargé des préparations pharmaceutiques simples (alcool camphré, alcool iodé) ainsi que des pommades. La création de nouveaux services médicaux (pédiatrie,

stomatologie, ophtalmologie gynécologie, oto-rhinolaryngologie, anesthésiologie..) diversifia les besoins en produits pharmaceutiques et entraîna la multiplication des tâches par l'introduction de préparations galéniques tels les collyres et les doses pédiatriques. Cette extension a nécessité l'engagement du premier pharmacien hospitalier au Congo qui n'était autre que Lyzie Fohal, qui épousera Michel Seghers. La direction médicale des Cliniques universitaires créa un service de logistique dirigé par Eugène Van der Perre qui assura l'achat et la distribution de tous les produits et équipements nécessaires au fonctionnement des services hospitaliers.



Matete, avec vue de la colline de Lovanium. Peinture à l'huile de Futa, peintre congolais (circa 1960).

HUIT NATIONALITÉS...

Les événements qui ont suivi l'accès du pays à l'indépendance ont provoqué des changements très importants dont le départ de certains chefs de service et de la pharmacienne. L'infirmier chef de la pharmacie est devenu le chef du personnel des cliniques, puis plus tard de l'Université. De nouveaux médecins et professeurs non belges ont été recrutés dans le cadre de l'OMS, notamment un anesthésiste haïtien formé au Canada, un oto-rhino-laryngologiste israélien formé en Grande Bretagne, un obstétricien et un dermatologue italiens, un gynécologue allemand, un radiologue autrichien et un chirurgien indien. Ces nouveaux venus connaissaient très mal les us et coutumes du Congo et les lois et règlements de l'ex-colonie belge. Si les prescriptions en grains et onces nous ont été épargnées, il me fut impossible de trouver de la gelée de tamarin, très efficace dans le traitement de la constipation ou encore du « bone cement », indispensable en ORL pour combler les cavités osseuses.

Les années qui ont suivi l'indépendance ont été des années de confrontations, de dialogue, d'adaptation constante dues à la diversité de formation du personnel médical, au changement de ce personnel et aux difficultés d'approvisionnement. Le DCMP a été dirigé par deux pharmaciens belges jusqu'en 1962, ensuite il le fut par deux pharmaciens suisses assistés par deux pharmaciens libanais sous contrat OMS.

A mon arrivée au Congo au début décembre 1960, la pharmacie était située dans les caves des cliniques universitaires, dans les locaux de l'ancienne buanderie, près des cuisines. Elle disposait de l'air conditionné : la surface était d'environ 35 m². La disposition des lieux était la suivante : deux locaux communicants dont le plus petit servait de local d'entretien et de laverie et le plus vaste était meublé de deux bureaux, l'un pour le pharmacien, l'autre pour l'employé administratif. Une table tubulaire de dimension égale à celle des bureaux servait à la préparation des médicaments. Tous les médicaments dans leurs contenants d'origine étaient rangés dans des étagères métalliques avec rayonnage de bois sans distinction entre produits toxiques et non toxiques. Seule l'armoire à stupéfiants fermait à clé. Trop encombrantes, les solutions pour perfusion étaient stockées dans les couloirs sans surveillance. La pharmacie disposait toutefois d'un réfrigérateur de 300 litres. Un guichet aménagé dans une porte métallique donnant accès au couloir servait à délivrer aux patients ambulants, munis d'une ordonnance médicale, les médicaments non présents dans la dotation des services médicaux et des dispensaires.

Avant mon arrivée, le personnel infirmier établissait

des ordonnances ! Ce fut un premier point à régler, d'autant plus important que tous les médicaments étaient délivrés gratuitement, non seulement aux ayants droit de l'Etat, aux étudiants et à leur famille, mais à toute personne qui en faisait la demande à un membre du personnel des cliniques et ce, sans consultation préalable. Ces prescripteurs non-autorisés protestèrent vivement quand ils furent informés que la prescription n'était autorisée qu'aux médecins.

LA PÉNURIE MENACE

Au début de 1961, les stocks de la pharmacie du DCMP et des firmes pharmaceutiques et de leurs succursales étaient importants. Le pharmacien des Cliniques avait reçu pouvoir de commande. On verra, par la suite, que cette simplification administrative et cette indépendance se révéleront utiles. Vers la fin de 1961, les premières difficultés économiques se faisant sentir suite à la dévaluation progressive du franc congolais, les importations en furent contingentées, ce qui entraîna la pénurie des produits pharmaceutiques indispensables, mais favorisa l'importation des spécialités à grande valeur commerciale. On importait de la pommade Vicks au lieu d'insuline, de vaccins et d'antibiotiques ! Grâce aux fonds récoltés auprès d'organisations internationales et de la Belgique, l'Université importa ces produits de première nécessité. L'autonomie d'action de la pharmacie a permis d'éviter la mort ou la défiguration d'un de nos candidats spécialistes qui avait été mordu par un chien présumé enragé. Le vol de nuit de la Sabena vers Kinshasa fut détourné sur Genève pour réceptionner les ampoules du vaccin qui put être administré le lendemain de l'accident. Un autre incident survint dans le service de médecine interne, quand survint une intoxication chez les malades traités par la solution de Digitaline Nativelle. L'infirmier, qui avait cassé le compte-gouttes officinal, l'avait remplacé par un compte-gouttes quelconque. Un autre jour, l'anesthésiste vint à manquer de protoxyde d'azote. Il était impossible d'envisager un transport aérien interdit pour ce produit. Heureusement, l'hôpital général de Brazzaville dirigé par des médecins et pharmaciens militaires français mit à notre disposition une bonbonne du précieux gaz.

La pénurie des importations s'installant progressivement, il devint impératif de surveiller très étroitement la consommation. A cette fin, un livret de prescriptions fut délivré à chaque chef de famille du personnel de l'Université. Ce livret mentionnait le nom de l'intéressé et la composition de la famille dont il avait la charge. Cette procédure évitait des prescriptions multiples par des médecins différents. Alors qu'il y avait une pénurie récurrente de trousses à perfusion

et à transfusion, on découvrit un stock de 144 trousse, caché dans les conduites d'aération de la Maternité. La situation devint dramatique lorsque les solutions à perfusion vinrent à manquer. L'importation urgente par la Croix-Rouge aurait pu résoudre le problème, malheureusement, au déballage, on constata que les trousse nécessaires pour les perfusions étaient inutilisables car le raccord en latex permettant l'injection de solutions adjuvantes était décomposé par la chaleur. Heureusement, il a été possible d'importer des trousse par avion, grâce aux fonds propres de l'Université disponibles à l'étranger.

Pour réduire la consommation des spécialités pharmaceutiques, nous avons adopté un formulaire en format de poche rédigé avec l'aide de tous les chefs de service et distribué à tous les médecins. Ce formulaire fournissait la liste des médicaments essentiels qui devaient être présents en permanence à la pharmacie, qu'ils soient fabriqués sur place ou importés. Ainsi, les médecins-chefs de médecine interne et d'obstétrique ont choisi un seul antiseptique urinaire. Le pharmacien avait également le droit de substituer un produit à un autre et de choisir le fournisseur le moins cher. Ce formulaire a également permis de standardiser le choix des préparations magistrales, permettant leur fabrication à une échelle semi-industrielle. A la fin 1967, ce formulaire mentionnait 816 produits disponibles dont 164 prescriptions magistrales standardisées.

Le développement de la pédiatrie a été un facteur majeur de diversification de la prescription magistrale, les doses s'établissant suivant l'âge et le poids. A l'époque, les spécialités répondaient peu à ces besoins. A certaines périodes, nous avons manqué de gélules et avons du recourir au vieux, mais efficace pilulier qui est aussi hygiénique, à condition d'éviter les opérations manuelles.

Pour le traitement de l'ankylostomiase, l'Alcopar faisant défaut et le Vermox n'étant pas encore commercialisé, les médecins prescrivait le tétrachlorure d'éthylène (Didakène) en capsule d'un gramme. Ce produit hépatotoxique ne pouvait être prescrit à cette dose chez l'enfant. Nous avons pu résoudre le problème en partant du tétrachlorure d'éthylène chimiquement pur et en y ajoutant du dioctylsulfosuccinate de sodium (Dioctylal), qui est un agent tensioactif permettant d'obtenir une émulsion antihelminthique en doses de 5ml, soit une cuiller à café. Cette formule a

été communiquée à tous les médecins du Congo par le Docteur Kivits.

En vue de répondre à la pénurie de solutions de perfusion, le professeur Eeckels a suggéré de fabriquer des plurules de 100ml de chlorures de sodium, de potassium, d'ammonium et de bicarbonate de sodium en concentration molaire aussi élevée que possible. Il est devenu possible de constituer des solutions plurioniques dans les unités de soins. Cette technique a été rendue possible grâce à un équipement supplémentaire (petit autoclave, filtre millipore). Après l'extension des Cliniques Universitaires en 1967, la pharmacie a pu disposer d'un espace de 670 m². Grâce à des autoclaves de 500 litres et des unités de conditionnement, il n'a plus été nécessaire d'importer les solutions de base, ni les solutions de lidocaïne et de diazepam. De nouveaux espaces ont permis d'accueillir des stocks couvrant les besoins de six mois et de compenser ainsi les longs délais de livraisons. Lors de cette extension, le laboratoire de contrôle n'étant pas encore équipé, les analyses ont été assurées au département de pharmacie de la Faculté dirigé par le professeur Turkovic, assisté par son épouse le professeur Mira Slunsky.

Un exemple illustre la nécessité du contrôle : au cours d'une intervention chirurgicale, l'anesthésiste remarque que le patient se cyanose de plus en plus. Le pharmacien averti du problème se rend en salle d'opération et fait barboter l'oxygène dans une solution d'hydroxyde de Barium : la solution se trouble immédiatement. Malgré un marquage réglementaire, la bonbonne avait été remplie, à l'usine, de gaz carbonique au lieu d'oxygène !.

Ces activités n'ont été possibles que grâce à l'augmentation du personnel qui est passé de 4 personnes en 1960 à 11 en 1968. Mme Marie-Louise Evrard nous a rejoint pour une période d'environ deux ans. Deux pharmaciens belges, fraîchement promus, bénéficiant d'une dispense du service militaire, sont venus renforcer l'équipe. Grâce à ces nouveaux collaborateurs, j'ai pu m'acquitter de mes tâches académiques. A la faculté des sciences économiques, j'ai repris le cours de chimie des produits commerciaux lors du départ du professeur V. De Groote, co-fondateur avec Théophile Godfraind, des premiers enseignements au département de pharmacie.

2. La création de l'École de Pharmacie de Lovanium

Théophile Godfraind

Comme le rapporte Gabriel Lambert, un organisme public, le DCMP, fournissait les hôpitaux et les dispensaires qui y adressaient des commandes annuelles ou bisannuelles. Cependant, au Congo Belge, la plupart des pharmacies étaient des succursales de grands groupes de distribution (COPHACO, SOCOPHAR ET PHARMAF). Le secteur pharmaceutique international était également représenté par les firmes SPECIA, HOECHTS, LEDERLE dont les noms ont disparu lors des regroupements des grandes firmes pharmaceutiques internationales.

Dès mon arrivée à Lovanium, j'ai pu constater que les autorités académiques n'avaient pas de plan particulier pour l'enseignement de la pharmacie. Toutefois, le secteur pharmaceutique international était demandeur de pharmaciens. Au début de l'année 1959, l'indépendance prochaine du Congo ne facilitait pas le recrutement de pharmaciens belges, ce qui justifiait la formation de pharmaciens congolais. L'établissement d'un programme d'études en pharmacie impliqua la Faculté des Sciences dès l'année académique 1959-1960, les deux années de candidature en pharmacie ayant leur place dans la grande candidature polyvalente qui accueillait les étudiants en sciences biologiques, chimiques, géologiques, minéralogiques ainsi que les futurs agronomes et la première candidature en sciences naturelles et médicales. Comme la deuxième candidature en sciences comportait des cours spécifiques de l'orientation choisie, il fut proposé d'y adjoindre un cours d'éléments de physiologie enseigné par R. Borghgraef et T. Godfraind pour les étudiants se destinant à la pharmacie.

L'organisation de la suite fut un peu plus complexe. L'université avait pu obtenir la collaboration de V. De Groote, pharmacien biologiste, pour assurer l'enseignement du cours d'introduction à l'étude des produits commerciaux en deuxième candidature en sciences commerciales. Mais eu égard à ses responsabilités de directeur du laboratoire d'expertises de l'Etat, V. De Groote n'était pas en mesure d'accepter une lourde charge d'enseignement. Fort heureusement, le développement des Cliniques universitaires apporta l'engagement de Gabriel Lambert, chef de travaux à l'Institut du cancer à Louvain pour diriger la pharmacie hospitalière. Pour assurer tous les enseignements du grade de pharmacien débutant avec l'année académique 1961-62, il convenait également d'engager un pharmacien expert en chimie pharmaceutique organique. Au cours de l'été 1961, j'eus l'occasion de rencontrer le professeur A. Castille, directeur

de l'Institut de pharmacie de l'UCL-KUL, qui accepta de soutenir la candidature à Lovanium de son collaborateur Ivan Turkovic. Ainsi le programme du grade de pharmacien allait pouvoir commencer sans retard avec G. Lambert et I. Turkovic. Le premier enseignait la chimie pharmaceutique minérale, la chimie toxicologique, la chimie médicale et l'analyse des denrées alimentaires. Le second était chargé de la pharmacognosie, de la chimie pharmaceutique organique et de la chimie analytique. La seconde partie de ces cours faisait partie du programme de la deuxième épreuve. Dans ce dernier G. Lambert était aussi titulaire du cours important de pharmacie pratique, législation et déontologie. S'y ajoutaient des enseignements de bactériologie et d'hygiène (J. Vandepitte et F. Gatti) ainsi que de pharmacodynamie (T. Godfraind et A. De Becker). En troisième épreuve, Gabriel Lambert était responsable de l'organisation des stages.

En plus de la création d'un enseignement menant au titre de pharmacien, l'université a organisé dès 1960 un programme de graduat en pharmacie accessible non seulement aux porteurs d'un diplôme homologué d'études secondaires, mais également après un examen d'admission, aux élèves dépourvus de diplôme homologué. Le programme d'études était de trois ans. Il ne fut maintenu que pendant quelques années.

Les enseignements menant au diplôme de pharmacien étaient sous la juridiction de la Faculté de médecine. En 1976, après son mandat de doyen de la Faculté de médecine, mon élève Antoine Kaba Sengele fut le premier doyen de la Faculté des sciences pharmaceutiques. A cette époque on ne parlait plus de Lovanium mais de l'Université nationale du Zaïre.



L'enseignement et la recherche précliniques au début des années 1960

Impossible d'évoquer les travaux de recherche à Lovanium sans rendre hommage au recteur Gillon, éminent docteur en physique qui ne s'illustra pas seulement par son savoir et son dynamisme...



Serment d'Hippocrate lu par le premier docteur en médecine, juillet 1961.

Théophile Godfraind

La première cérémonie de remise des diplômes de docteur en médecine de l'Université Lovanium s'est tenue en juillet 1961. Les médecins nouvellement promus, revêtus de leur toge, prêtèrent le serment d'Hippocrate. On pouvait compter sur les doigts de la main les jeunes médecins de ce groupe, mais ils témoignèrent par leur présence de la réussite du projet dont la mise en route avait débuté en octobre 1954. La cérémonie était organisée dans la grande salle de l'Institut de médecine tropicale de Léopoldville, non pour honorer l'action de tant de confrères belges qui se sont distingués par leurs travaux sur les maladies tropicales, mais parce que les stratégies politiques de l'ONU avaient réquisitionné les locaux universitaires pour organiser un conclave parlementaire à Lovanium.

Le fait que cette cérémonie ne put se tenir dans la grande salle académique n'est qu'une des péripéties de la vie de la Faculté de médecine qui ne se déroula pas comme un long fleuve tranquille. Au cours de ces années, des événements politiques majeurs ont secoué le Congo et la Belgique. Ils ont été porteurs de grandes espérances et de terribles désillusions tant pour la Belgique que pour le Congo.

Je rejoignis la Faculté de médecine de Lovanium en 1958 pour y enseigner la pharmacologie en doctorat en médecine, ce que je fis jusqu'à mon retour à l'UCL en 1964. J'ai narré dans Munganga Nkissi les états d'âme d'un agrégé de 27 ans à qui Mgr Van Waeyen-

bergh, le Recteur Magnifique de l'UCL-KUL, avait donné à choisir entre un poste à Louvain et la chaire de pharmacologie à Lovanium. En 1958, le curriculum des études de médecine avait atteint le deuxième doctorat. L'année précédente, les cours de pharmacologie en premier doctorat avaient été donnés par René Wégria (1911-2000), un expert de la circulation coronaire, professeur à la Saint Louis University (USA).

J'ai rappelé dans Munganga Nkissi l'accueil chaleureux que Paul et Bernadette Hennebert ainsi que Jean et Simone Sonnet ont réservé à mon épouse, notre bébé et moi-même lors de notre arrivée sur le plateau de Kimuenza. Le doyen Jacques Vincent que je connaissais fort bien fit de même à la Faculté. Jacques Vincent était d'un naturel généreux et équitable. Bien qu'il ne fut que de trois ans mon aîné, j'ai toujours admiré sa sagesse et son sens de la mesure. Il avait une très grande conscience de sa responsabilité, dont témoigne son engagement total pour sa Faculté malgré les difficultés rencontrées. Sa première préoccupation fut de me faire visiter les locaux prévus pour le laboratoire de pharmacologie qui était situé dans un des deux blocs de bâtiments les plus proches de l'hôpital. Son équipement constitua ma première tâche. Le recteur souhaitait être informé du bien-fondé de mes demandes avant d'ouvrir un budget. Les formalités administratives étaient simples mais efficaces. Le recteur Gillon semblait détenir des canaux spéciaux car mon laboratoire fut opérationnel à la fin du premier semestre.

UN ENSEIGNEMENT PERSONNALISÉ

Le petit nombre d'étudiants permettait l'organisation d'un enseignement personnalisé. L'enseignement théorique était dispensé dans les salles de séminaire des laboratoires. Il en résultait que les cours prenaient souvent la forme de séances de séminaire plutôt que de leçons magistrales. Les relations avec les étudiants étaient franches et cordiales. Ces étudiants recrutés pour la médecine montraient de très grandes capacités intellectuelles. Ils provenaient d'une sélection séquentielle assurée depuis l'école primaire par leurs enseignants successifs. Cette sélection des meilleurs parmi plusieurs dizaines de milliers d'enfants et d'adolescents a permis à l'Université de former des médecins qui ont pu, à l'instar de feu Antoine Kaba Sengele, acquérir une agrégation de l'enseignement supérieur à l'UCL. Antoine Kaba participa à l'enseignement de la pharmacologie à l'École de pharmacie de l'UCL avant de retourner au Zaïre comme professeur, puis doyen de Faculté. Il était aimé de ses étudiants tant à Louvain qu'à Kinshasa. Un autre exemple est Théophile Kanza dont l'interview par René Krémer est publiée dans ce numéro spécial. Les Congolais n'étaient pas nos seuls étudiants, le groupe comprenait des étudiants belges, des étudiants angolais et des étudiants sud-africains d'origine indienne.

Les études de médecine à Lovanium menaient à des diplômes reconnus équivalents de ceux des universités belges. Il n'y avait aucune formalité particulière à remplir pour l'étudiant qui, ayant réussi une année à Lovanium, prenait l'année suivante une inscription dans une université belge. Pourtant, réalité perçue et approuvée par Léopold Sédar Senghor, président du Sénégal, Lovanium était l'université du Congo et non pas une université belge au Congo. L'évaluation de ses enseignements a été assurée par des visiteurs extérieurs, professeurs d'universités belges, françaises, allemandes et américaines (USA). Ses standards pédagogiques et leur niveau académique étaient semblables à ceux des meilleures institutions occidentales. Les cours de première candidature en médecine étaient placés sous la responsabilité de la Faculté des sciences comme c'était le cas à l'époque en Belgique. L'orientation médicale proprement dite commençait en deuxième candidature. L'anatomie et l'histologie (J. Vincent et S. Haumont), l'embryologie (J. Vincent), la physiologie (R. Borghgraef secondé quand il devint vice-recteur par M-C Loni et C. Candela) et la biochimie-chimie physiologique (F. Elliott) s'étendaient sur les deuxième et troisième candidatures. S'y ajoutaient des cours à orientation tropicale, comme l'entomologie médicale et l'helminthologie (J. Vandepitte). La physiopathologie (J. Lammerant et, après son départ, R. Borghgraef et R. Candela) et la bactériologie-virologie-parasitologie (J. Vandepitte) étaient enseignées en premier doctorat. La pharmacologie (T. Godfraind) qui était professée au cours des deux premiers doctorats comprenait un chapitre détaillant particulièrement les médicaments des maladies tropicales (malaria, maladie du sommeil, lèpre...).



Sortie de cours

Le recteur Gillon avait le titre de docteur en sciences physiques avec la plus grande distinction. Son travail avait été effectué à Louvain sous la supervision du professeur Marc de Hemptinne. Luc Gillon avait fait un séjour à Princeton en qualité de guest staff member au Palmer Laboratory où s'étaient développées des recherches nucléaires importantes. Il avait un très grand respect pour les activités de recherche scientifique et sa formation de physicien lui permettait d'apprécier la rationalité d'une approche en recherche biomédicale. Il avait une capacité remarquable pour obtenir des crédits de recherche et les investissait à bon escient. C'est ainsi qu'il obtint des crédits pour installer dès 1959 le réacteur atomique Triga sur la colline de Kimuenza. Nous pûmes dès lors disposer d'une source de radioisotopes préparés dans le réacteur. Nos laboratoires bénéficiaient des équipements de mesure les plus performants de l'époque. Toutefois, ces derniers n'étaient pas automatiques, ce qui nous obligeait à passer des nuits blanches quand nous utilisions des radioisotopes à courte demi-vie.

DANS LES LABOS

L'avantage conféré par ce réacteur était considérable, car peu de centres de recherche dans le monde bénéficiaient de telles facilités. Ces conditions incitèrent les chercheurs à s'investir à fond dans leurs programmes. Pas moins de 32 publications de recherche fondamentale virent le jour à la Faculté de médecine au cours de la première moitié des 'Golden Sixties', ce qui comblait d'aise le recteur. Le laboratoire d'anatomie consacrait ses travaux à l'étude de l'ossification et de

sa sensibilité à divers agents comme le plomb et le zinc. L'utilisation du ⁶⁵Zn permet de localiser la fixation de ce métal dans l'os. Les ostéomes en activité métabolique furent caractérisés par autoradiographie après administration de Ca radioactif. Le pilote du réacteur pouvait maîtriser les flux de neutrons pour bombarder des tissus. Suite à l'activation moléculaire due aux neutrons, les concentrations de phosphore dans les os pendant l'ostéogénèse ont pu être mesurées par autoradiographie quantitative. Paul Hennebert utilisa cette application pour stériliser des os en vue d'implantations orthopédiques chez des patients de l'hôpital.

Le laboratoire de biochimie se consacrait à l'étude de l'hémocyanine de *Pala leopoldvillensis*. Il fut notamment possible d'étudier l'échange isotopique du cuivre avec trois complexes cupriques radioactifs et ainsi de caractériser l'influence du pH, de la force ionique et de la pression osmotique sur cet échange. Le laboratoire de physiologie était concerné par l'analyse des mouvements des ions monovalents dans une préparation isolée de peau de grenouille mise en présence de différents métaux. Ces mouvements étaient étudiés à l'aide de Na et K radioactifs. D'autres travaux portaient sur l'influence du milieu ionique et de l'acétylcholine sur le cœur de batracien. Outre l'étude des plantes médicinales (voir Munganga Nkissi), le programme de recherche du laboratoire de pharmacologie portait sur le rôle des ions monovalents et bivalents dans l'action des substances modulant la contraction des muscles. Les modifications de la concentration transmembranaire des ions étaient mesurées à l'aide de leurs radioisotopes. Elles étaient induites par le changement du milieu ionique extracellulaire ou l'action inhibitrice des hétérosides cardiotoniques sur le transport actif des ions. L'effet de l'ouabaïne sur la réponse du cœur et des muscles lisses isolés aux neurotransmetteurs était analysé en variant la concentration extracellulaire du calcium, ce qui a permis d'ébaucher l'étude de la pharmacologie de ce dernier. Les travaux du laboratoire de physiopathologie étaient réalisés sur le chien anesthésié. Ils portaient sur la mesure du débit cardiaque dans différentes situations à l'aide de traceurs radioactifs. Malheureusement, ces années furent émaillées d'événements qui auraient dû handicaper nos travaux de recherches. Le 4 janvier 1959, Léopoldville fut secouée par une révolte de la population qui mit le feu aux écoles de la ville et s'attaqua aux symboles de l'administration coloniale. Du plateau de Kimuenza, on voyait des incendies en ville. Personnel administratif et enseignants organisèrent des rondes de nuit après avoir rassemblé les familles dans quelques maisons. A posteriori, cette activité nocturne ne semble pas avoir été très utile, n'eût été son effet anxiolytique. Janvier 59 eut pour effet d'accélérer le processus de désen-

gagement de la Belgique qui s'empessa de donner l'indépendance au Congo.

Tout paraissait devoir se passer en douceur au rythme d'un cha-cha-cha. Mes relations avec les services de l'armée belge me faisaient craindre des troubles (voir Munganga Nkissi), mais les avis officiels étaient à l'optimisme absolu comme celui du professeur Van der Schueren. Je n'assistai pas aux festivités de l'indépendance de juin 1960, car j'avais une bourse du British Council pour faire un stage de recherche à University College à Londres. J'avais reçu la dispense de revenir pour les examens grâce à Jean Sonnet qui avait accepté de me remplacer pour cette activité.

Ce n'est qu'à mon retour à Bruxelles, au mois d'août, que j'ai pris conscience de l'ampleur de la catastrophe due à la mutinerie de l'armée nationale congolaise qui suivit de peu l'indépendance. Comme cela fut rappelé par le Vicomte Etienne Davignon lors d'une émission radiophonique, la catastrophe était d'autant plus grande qu'à l'origine, la mutinerie de l'armée congolaise manifestait la contestation des militaires vis-à-vis du pouvoir congolais. En effet, après l'indépendance, contrairement aux politiciens et aux fonctionnaires, les militaires n'avaient acquis aucun avantage matériel et leur solde n'avait pas augmenté. A l'origine, la rébellion de l'armée ne visait donc pas les Belges. On prétend que certains politiciens congolais d'alors se seraient protégés en dérivant cette contestation en une réaction antibelge. N'ayant pas été confrontés à ces ratonnades, nous fîmes partie du premier retour pour l'année académique 1960-61. Je me souviens, lors de nos premières sorties à Léopoldville, pour les achats hebdomadaires de l'étonnement que suscitait chez les quelques Belges revenus au Congo la vue d'une famille blanche avec enfants en bas âge ! Notre stupéfaction était de voir que dans les grandes surfaces naguère réservées à l'alimentation, les étagères n'étaient garnies que de boîtes de coquilles d'escargots vides. La période de disette allait commencer.

MGR GILLON FACE AU BLINDÉ

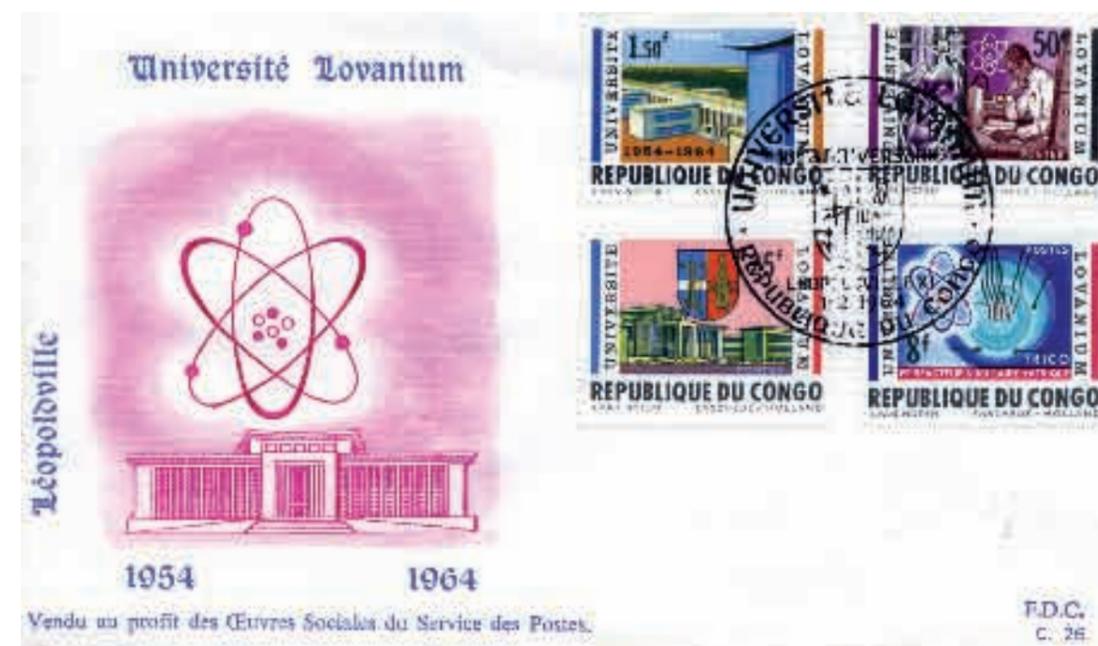
Cette année vit l'arrivée de troupes de l'ONU chargées de rétablir le fonctionnement de l'administration congolaise et la discipline de son armée. Ces troupes avaient pris position sur le campus de Lovanium. Le bâtiment de mon laboratoire jouxtait la limite entre les troupes de l'armée nationale congolaise (A.N.C.) stationnant du côté des cliniques universitaires et les troupes de l'ONU qui étaient postées du côté du campus. Mgr Luc Gillon raconte dans ses mémoires l'incident qui aurait pu dégénérer tragiquement sans son culot et son sang-froid. Un jour, les casques bleus

eurent des mots dans un restaurant avec des soldats congolais, ce qui se traduit par des morts et des blessés. Ce fut le début d'un conflit plus général. Un après-midi, par la fenêtre de mon labo, je vis une patrouille et un véhicule blindé congolais franchir la ligne de démarcation et se diriger vers le centre de l'université sur la route qui menait au réacteur Triga. Je constatai qu'une patrouille de casques bleus prenait la route parallèle de l'autre côté de mon bâtiment, sans doute pour faire front à hauteur du bâtiment administratif. Sans tarder, je contactai la secrétaire du recteur lui faisant part d'un risque d'incident violent à proximité du réacteur et je lui demandai d'avertir de toute urgence le recteur dont le téléphone sonnait occupé. Quelques minutes plus tard, la voiture de Mgr Gillon s'arrêtait face à l'auto blindée congolaise. Je vois encore le recteur s'interposer bras écartés entre sa voiture et l'auto blindée. Après, je suppose, une rude discussion, l'auto-mitrailleuse congolaise fit demi-tour et quitta les lieux.

Nous vivions dans un climat que j'ai bien connu pendant la bataille des Ardennes quand nous étions entre deux fronts. L'année académique fut, comme rappelé plus haut, brusquement interrompue par la réquisition de l'université. L'année 1962-63 fut marquée par une aggravation de la disette qui atteignit le fonctionnement de mon laboratoire. L'obtention de réactifs banaux mais essentiels à notre activité devint problématique, alors que j'avais obtenu un crédit de recherche du Wellcome Trust et étais en mesure de payer les factures. La situation ne pouvant qu'empirer, plusieurs amis en Europe et aux USA me pressaient de revenir sous des cieux plus cléments. L'année 1963-64 vit la célébration du dixième anniversaire de l'université qui se déroula en grande pompe le 2 février

1964, Joseph Kasa-Vubu, Président de la République du Congo, devenant Grand Chancelier de l'Université Lovanium. Comme le narre Mgr Luc Gillon, la journée qui devait se terminer par une garden party se termina par un orage tropical violent.

L'orage était aussi au cœur des étudiants. Le processus de leur contestation évolua comme avait évolué celui de l'armée. A l'origine, elle portait sur le comportement des politiciens congolais, mais ensuite, elle se dirigea contre Lovanium et ses professeurs. Alors débuta 'l'opération matiti' ainsi dénommée parce que les étudiants se couvraient de branchages (matiti en lingala) et se grimaient avec du fard blanc comme les guerriers traditionnels. Cette opération se manifesta par une obstruction au déplacement des professeurs sur le site ou vers la ville. L'acmé fut par hasard le jour précédant mon départ pour Paris où je devais donner des conférences. Les étudiants avec lesquels j'avais eu jusqu'alors des relations amicales bloquèrent l'entrée de mon laboratoire où se trouvaient mes diapositives. Moi qui, gosse pendant la guerre 40-45, avais conduit seul dans la forêt ardennaise des charrettes avec le ravitaillement des résistants, je n'avais peur de rien, certainement pas d'étudiants dont la tête avait tourné. Je n'eus aucun scrupule à me colleter avec ceux qui me barraient le passage pour récupérer mes diapos. Ce fut l'incident décisif après lequel plus rien ne serait comme avant. Peut-être étais-je trop intransigeant, mais je décidai d'arrêter mon expérience africaine. Je suis revenu d'Europe pour terminer l'année académique et ai mis tout en oeuvre pour assurer la continuité de l'enseignement de la pharmacologie. J'ai regretté de laisser mes amis qui ont finalement suivi le même chemin que moi.



Munganga nkissi, le bon sorcier qui guérit par les plantes.

A force d'étudier les plantes locales, leurs usages coutumiers, leurs vertus et leur toxicité, le professeur Godfraind pouvait dialoguer aisément avec les guérisseurs congolais.

Théophile Godfraind

J'avais 27 ans en 1958 et venais d'être proclamé agrégé de l'enseignement supérieur en médecine quand Mgr Van Wayenberg, Recteur Magnifique de l'UCL-KUL, me proposa de choisir entre un poste à Louvain et la chaire de pharmacologie à Lovanium. La décision de fonder une université dans la capitale du Congo avait nourri nombre de caucus dans le milieu universitaire louvaniste. JP Bouckaert, professeur de physiologie à l'UCL-KUL, était un ardent partisan de cette fondation. Lui, qui a été à l'origine de la carrière de Christian de Duve, avait encouragé Roger Borghgraef, un de ses plus brillants élèves à quitter la Dekenstraat pour le plateau de Kimuenza. Il est vrai que le projet Lovanium était particulièrement bien structuré et qu'il s'inscrivait dans une conception audacieuse et novatrice de l'université.

J'avais eu le privilège de séjours au Département de pharmacologie de l'Université d'Oxford où j'étais accueilli par le professeur J.H. Burn, FRS qui fut un des maîtres de la pharmacologie quantitative. J'avais eu l'occasion de rencontrer à Oxford des enseignants au Makarere College d'Uganda qui jouissait à l'époque d'une grande réputation en Angleterre. Les Britanniques avaient un a priori favorable pour les institutions universitaires d'outre-mer pour autant qu'elles suivent leurs procédures dont une des plus importantes consistait en l'échange d'examineurs permettant d'assurer une homogénéité des programmes d'enseignement. Or, il se faisait que cette procédure allait être d'application à Lovanium. Un autre avantage offert par Lovanium était que ses enseignants avaient la possibilité d'effectuer des séjours de longue durée dans des universités de l'hémisphère nord, ce qui leur garantissait un maintien actif dans le circuit scientifique international.

La personnalité du Professeur Guy Malengreau connu pour sa droiture, cheville ouvrière du projet Lovanium, garantissait la bonne exécution de ces promesses. Celle de Luc Gillon, jeune physicien dynamique au talent incontesté d'organisateur, épris de recherche scientifique, assurait la bonne fin des crédits de

recherche dont une grande partie provenait de fondations américaines et allemandes. L'organisation de l'hôpital universitaire était facilitée par les nombreuses relations entretenues par le professeur Gérard Vanderschueren qui avait l'entière confiance de Guy Malengreau. C'est autour de ce projet que se sont réunis de jeunes agrégés de Louvain, tous animés d'un même objectif : assurer la mise en place d'une Faculté de médecine de classe internationale au service de la communauté africaine du Congo.

UN CHIRURGIEN AUTODIDACTE

Je me posais cependant plusieurs questions. Celle de savoir si, avec mon épouse qui venait de terminer ses études de médecine, il me serait possible de quitter un environnement citadin qui m'était offert en Belgique ou ailleurs pour un environnement de type rural très recherché de nos jours par les citadins lassés du bruit des villes. De plus, même si les conditions scientifiques étaient favorables, ne le seraient-elles pas plus dans un des grands pays où je pouvais trouver des points de chute ? En outre, une question de nature éthique me préoccupait, elle avait été suscitée par les critiques de milieux médicaux dits 'coloniaux' qui mettaient en doute l'intérêt pour le Congo belge d'avoir une Faculté de médecine remplie de professeurs sans expérience tropicale avérée.

Pendant mes études de doctorat en médecine à l'UCL, j'avais rencontré Marcel Lichtemberger, S.J. (1906-1985) qui combinait deux années de médecine en une afin d'obtenir sans perte de temps son grade de docteur en médecine au titre scientifique. Dans son laboratoire de recherche à Sienhsien, cet homme exceptionnel avait appris en autodidacte la médecine et la chirurgie pour aider la population chinoise fortement éprouvée lors de l'invasion japonaise au cours de la dernière guerre mondiale. Sa compétence était telle que Maurice Appelmans, célèbre professeur d'ophtalmologie, ne tarissait pas d'éloge sur l'habileté du Père

Lichtemberger en chirurgie oculaire. Au cours de nos rencontres qui eurent lieu à diverses périodes, je me suis rendu compte qu'il était possible de combiner recherches spéculatives et activités branchées sur le quotidien.

Plusieurs personnes étaient, comme le professeur André Simonart, convaincues de l'existence de pratiques thérapeutiques africaines encore inconnues. Eclairé par l'expérience du Père Lichtemberger, il m'apparut que la recherche de ces pratiques pourrait contribuer à une meilleure connaissance du milieu africain sans empêcher le développement d'un programme de recherche fondamentale en pharmacologie.

Au cours de l'été 1958, je rencontrai à plusieurs reprises Jacques Vincent et Roger Borghgraef qui, ayant déjà passé deux années académiques à Lovanium, n'avaient pas leurs pareils pour communiquer leur enthousiasme à propos de leur engagement.



Coupe céphalomorphe utilisée pour boire le vin de palme.

risque de piqûres par des puces. De fait, nous fûmes rapidement l'objet de démangeaisons aux chevilles ! Je me mis à maudire mon insouciance qui faisait risquer à notre bébé les maladies dont j'avais appris l'existence à l'Ecole de médecine tropicale d'Anvers. Heureusement, les puces n'envahirent pas la cabine du DC7 et nous pûmes rejoindre la Ndjili sans supplément de démangeaisons. A l'arrivée, nous fûmes accueillis par Paul et Bernadette Hennebert dont l'amitié chaleureuse jointe à celle de Jean et Simone Sonnet nous a soutenus dans les moments de déprime que nous avons expérimentés durant notre séjour à Léopoldville. Nous prîmes rapidement possession de la maison qui nous était attribuée et je fus soulagé de constater que les puces étaient restées à Kano. L'or-

ganisation remarquable mise en place par le recteur Gillon nous amena frigo et conditionnement d'air qui nous furent aussi indispensables que l'eau et le pain. De même, le laboratoire de Pharmacologie reçut rapidement les équipements nécessaires pour la mise en route des projets de recherche portant d'une part sur le rôle des ions monovalents et bivalents dans l'action des substances modulant la contraction des muscles du système cardiovasculaire et d'autre part sur le potentiel pharmacologique des plantes médicinales africaines. Heureusement Anne De Becker, mon épouse, avait, pendant ses études de médecine, été étudiant chercheur au Département de physiologie du professeur JP Bouckaert où elle avait collaboré avec le professeur Xavier Aubert. Grâce à elle, je pus entamer ces deux projets, car au début, je ne disposais que de l'aide d'un garçon de laboratoire, Oscar, qui était de l'ethnie des Baluba du Kasai. (Le projet sur le rôle des ions est repris dans le chapitre « L'enseignement et la recherche en Médecine préclinique au début des années soixante »).

DES PLANTES SANS IDENTIFICATION

Le potentiel pharmacologique des plantes médicinales africaines avait été largement inventorié lors des explorations du XIXe siècle. Les grands classiques africains sont les *Strophantus* et *Erythrophléum* guineense pour leurs effets cardiotoniques ainsi que Tabernanthe iboga pour ses effets psychotropes. La question posée était de savoir si d'autres espèces aux activités biologiques objectivables auraient échappé à la sagacité des premiers ethnologues explorateurs de l'Afrique. Il m'apparaissait dès lors que cette question ne pouvait être résolue sans l'aide d'ethnologues et de botanistes. Heureusement, Lovanium n'en était pas dépourvue. Le professeur Daniel Biebuyck avait, dans le milieu des ethnologues, une réputation considérable qui lui a donné une stature internationale. Par ailleurs, j'ai eu le bonheur de me lier d'amitié avec Carlo Evrard, professeur de botanique, qui avait passé de nombreuses années comme chercheur à l'INEAC. Les publications de l'INEAC sur la flore africaine constituent une contribution majeure de la Belgique à la connaissance des ressources naturelles de l'Afrique Centrale.

Les chercheurs de l'INEAC avaient établi des fichiers de classification des plantes avec leur nom indigène, leur usage présumé par la population congolaise et leur toxicité éventuelle. Les ethnologues avaient réalisé des relevés en fonction de l'usage coutumier à partir du nom indigène ; des échantillons envoyés aux botanistes permettaient l'identification de la plante. Mon intérêt pour ces questions a fait le tour du Congo, sans doute par la voie dénommée radio tam-tam. J'ai reçu diverses informations spontanées

dont la plus intéressante est une recension dactylographiée de cinq pages en portugais rédigée en 1949 par le Padre Joaquin Martins. Une des informations les plus curieuses montre comment des usages coutumiers ont été interprétés à la lumière d'une formation médicale incomplète. Le relevé des usages coutumiers montre que les indications des plantes étaient définies sur une base symptomatique. On utilisait l'application locale de feuilles sur des plaies ou des abcès. On ingurgitait des feuilles pour leur effet antidiarrhéique ou analgésique. Certaines avaient un usage abortif, d'autres ocytocique. Les plus mystérieuses telle '*Etende ra Muntori*' de la tribu des Wanianga avaient un usage aphrodisiaque. D'aucunes étaient utilisées comme poison. Je recherchais surtout celles qui avaient une action galactogène, mais elles étaient rares.

Après plusieurs mois de préparation, devant l'abondance des plantes sans identification botanique et eu égard à la difficulté de se procurer le matériel végétal à une époque de grande instabilité politique, je décidai d'étudier *Boerhavia diffusa*, une plante très répandue en Afrique et en Asie. Elle était utilisée en Afrique comme émétique et expectorant et aurait eu des effets diurétiques. Elle a été analysée en 1974 par des chimistes indiens qui y ont décelé des alcaloïdes dénommés punarnarvines. Les punarnarvines ne jouissent que d'un titre sur Internet, alors que pour *Boerhavia diffusa*, on en trouve 24.600 ! En choisissant cette plante, je me souvenais évidemment de la Digitale et de William Withering (1741-1799), mais elle me tentait à cause de son nom donné en hommage à Hermann Boerhaave de Leyde (1668-1738) considéré comme fondateur de la médecine clinique, dont les '*Institutiones Medicae*' parues en 1708 ont connu de nombreuses rééditions à Leyde, Paris et Londres. La plante était collectée sous le contrôle de Carlo Evrard. Son étude avait été entreprise avec la collaboration de mon épouse, de Jacques Lammerant pour les essais hémodynamiques chez le chien et du professeur de Chimie pharmaceutique Ivan Turkovic, un expert en identification d'alcaloïdes et d'hétérosides à partir d'extraits végétaux.

LES ÉCORCES QUI TUENT

Bien qu'isolés sur la colline dite 'inspirée' qui, dominant Matete, impressionnait le peintre congolais Futa, ainsi que l'illustre son tableau naïf (voir plus haut page 64), nous étions bousculés par les événements politiques qui m'atteignirent au travers de mon intérêt pour les plantes médicinales. C'est ainsi qu'un samedi de novembre 1959, je reçus la visite d'un colonel pharmacien de la base de Kamina qui vint me remettre des échantillons d'une plante dénommée Bulembe en langage indigène. Les services

de la police militaire avaient constaté sa collecte et sa préparation dans des tribus particulièrement insoumises à l'ordre colonial. Elle entraînait dans la composition des poisons de flèche (voir la composition des poisons de flèche en encadré 1). Comme le climat politique était particulièrement volatil, je requis de mon interlocuteur une demande officielle d'expertise à adresser également au professeur Carlo Evrard en vue de l'analyse et de l'identification de la plante. Le 5 février 1960, j'envoyai un rapport au Chef SS/ Baka. La plante n'avait pu être identifiée à cause de l'absence de fleurs, mais j'avais supposé qu'il pourrait s'agir de *Strophantus* et nous pûmes y trouver de fortes concentrations de Strophantines. Comme j'avais par ailleurs obtenu de sorciers africains opérant à Kinshasa la méthode très sophistiquée de préparation des poisons de flèche, je fus en mesure de fournir moult recommandations à mon confrère militaire. Dès ce moment, je fus consulté par les instances militaires sur des sujets où j'avais finalement acquis une compétence suite à mes lectures et aux informations orales recueillies dans divers milieux dont un grand nombre me furent confirmées par Mgr Bakole, Vice-Recteur de Lovanium.



Animal divinatoire (*Itoom*) avec son bouton à friction.

J'étais en mesure de dialoguer avec les guérisseurs congolais à propos de l'utilisation des plantes médicinales. J'avais dès lors acquis un certain prestige dans leur milieu, vivant en quelque sorte une double vie à l'insu des instances académiques qui ignoraient qu'un *munganga nkissi* blanc habitait dans leurs murs. Je fermais les yeux quand un guérisseur venait dans mon labo avec un frère de son village du Kasai pour peser des boîtes d'allumettes contenant des diamants. Comme la police militaire avait des informateurs africains, je me devais de lui répondre sans plus exiger de réquisitoire officiel. C'est ainsi que j'ai été confronté à une question qui démontre combien l'expérience empirique des Africains leur permettait de maîtriser des problèmes toxicologiques fort com-

plexes. Un matin, un des officiers vint me trouver avec une caisse pleine de fragments d'écorce marqués de signes cabalistiques aussi incompréhensibles que les hiéroglyphes avant Champollion. Ce matériel faisait partie d'une prise effectuée chez un sorcier congolais accusé d'empoisonnement et en état d'arrestation. Aucune preuve de sa culpabilité n'avait pu être apportée avec certitude. L'argument en sa défaveur était qu'il participait à des ordalies après lesquelles mouraient les adversaires de l'indépendance. Tous les participants, y compris le sorcier, consommait les mêmes préparations. L'argument de défense du sorcier était qu'il allait d'ordalie en ordalie consommant ses préparations sans montrer de manifestation d'intoxication. Dès lors, ce ne pouvait qu'être les esprits qui punissaient les adversaires de l'indépendance. Les informateurs de l'officier avaient constaté que le sorcier consommait autant que les autres participants. Comme environ le tiers de participants mouraient dans l'ordalie, en fonction des lois de la statistique, le sorcier aurait dû être mort depuis longtemps. L'origine des écorces était incertaine, mais je supposai que les plus toxiques ne pourraient provenir que d'un arbre riche en alcaloïdes tel *Erythrophleum guineense*. Le test d'identification étant assez simple, il me fut aisé de reconnaître les écorces alcaloïde-positives et par là, de décoder les marques du sorcier. Je demandai à l'officier, qui allait confondre le sorcier en lui montrant qu'il connaissait la signification des signes, de l'interroger de manière à savoir comment il évitait l'intoxication. Ma stupéfaction fut grande quand j'appris que le sorcier gobait des oeufs au début de l'ordalie. Les albumines des oeufs pouvaient fixer les alcaloïdes et ainsi ralentir leur résorption. On ne peut être qu'admiratif devant cette maîtrise résultant d'observations empiriques. La transmission de ce type de connaissance lors de pratiques initiatiques a permis de conserver jusqu'à nos jours l'usage médicinal de produits naturels dans les régions tropicales et subtropicales.

De grandes classes de médicaments proviennent des plantes médicinales connues depuis la plus haute antiquité ; leurs principes actifs ont été simplement extraits ou modifiés après extraction comme dans le cas de l'aspirine. Les analgésiques, les antibiotiques, des agents anticancéreux puissants, les statines et bien d'autres ont été extraits de produits naturels. Récemment, la Badiane ou anis chinois (*Illicium verum*) qui fait partie de l'arsenal thérapeutique de la médecine traditionnelle chinoise a fait une entrée remarquée dans la médecine occidentale. Son principe actif est l'acide shikimique qui, soumis à une biofermentation par les bactéries *E. coli*, donne l'oseltamivir, la molécule active du Tamiflu®. Des connaissances empiri-

ques non encore exploitées pourraient constituer un point de départ pour le développement de nouvelles entités thérapeutiques. Il est heureux qu'il reste des traces écrites des savoirs des *nganga nkissi* grâce aux informations collectées par les chercheurs universitaires.

Les poisons de flèche

Les poisons de flèche ont traditionnellement servi pour la chasse ou la guerre. Leur connaissance était conservée par les *nganga ndoki*, les sorciers malfaisants qui, manifestement, n'avaient pas disparu en 1960 malgré quatre-vingts années de colonisation. On peut considérer que la préparation des poisons de flèche fait appel à trois grands principes : l'excipient, le principe actif et l'adjuvant. L'excipient est constitué par le latex obtenu de diverses plantes. Son état liquide permet de préparer avec les autres ingrédients un mélange dans lequel on trempe la pointe des flèches. Après coagulation, l'ensemble reste solidaire.

Il existe deux sources principales de principe actif : les graines de *Strophantus kombe* et de *Strychnos icaia* dont on fait un extrait grossier. Dans le premier cas, l'extrait contient des strophantines et des saponines, dans le second de la strychnine. Les deux principes peuvent être associés.

L'adjuvant consiste en un extrait de plante urticante.

L'intoxication par ces flèches dépend de la concentration et des mélanges éventuels des principes actifs. Elle consiste en effets cardiotoxique et/ou convulsivant amenant l'asphyxie du sujet qui peut être rapide si la concentration des saponines hémolytiques est élevée. Les extraits urticants produisent une vasodilatation locale qui augmente la vitesse de résorption des principes actifs.

Si le sujet échappe à la phase aiguë de l'intoxication, il risque de présenter des complications de nature infectieuse car ces préparations ne sont pas stériles.

Théophile Nkansa : « les étudiantes belges n'osaient même pas donner la main aux Noirs »

Formé à Lovanium où il décroche son diplôme de médecine en 1963, ce natif du Bas-Congo n'avait jamais cotoyé, auparavant, de condisciples blancs. Bien plus tard, c'est à Auvelais qu'il exercera la cardiologie... Rencontre.

Tous les étudiants de Lovanium rassemblés à l'occasion d'une rentrée académique.



RENÉ KREMER. *Théophile, tu es l'un des premiers médecins congolais, formé et promu à Lovanium. Tu as donc été témoin et acteur d'un pas important de la jeune université africaine.*

THÉOPHILE NKANSA J'ai effectivement été diplômé de Lovanium le 29 juillet 1963.

R.K. *Quelles sont tes origines ?*

T.N. Je suis né dans le Bas-Congo, près de Kisantu, mais comme mon père travaillait à l'OTRACO (Office des transports coloniaux), j'ai fait mes études primaires chez les frères des écoles chrétiennes à Tumba, jusqu'en 1948. Après les primaires, je suis entré au collège des Pères Jésuites du diocèse de Kisantu à Mbanza Boma, où j'ai effectué des humanités latines jusqu'en juillet 1955.

R.K. *Cette école était-elle mixte, avec des élèves congolais et belges ?*

T.N. A cette époque, il n'y avait pas d'écoles mixtes, ni primaires, ni secondaires. J'ai terminé mes humanités en 1955 sans jamais avoir eu de compagnons européens.

R.K. *On apprenait des choses différentes dans les écoles noires et européennes ou s'agissait-il d'une pure ségrégation ?*

T.N. C'était plutôt une ségrégation, tant dans les écoles libres que dans les établissements de l'Etat. Vers 1953-1954, avec l'arrivée du ministre des Colonies Buisseret, les écoles d'Etat ont connu un début de mixité entre Congolais et enfants belges dans l'enseignement secondaire.

R.K. *Il y avait donc, bien avant l'indépendance, une volonté de l'Etat de supprimer cet apartheid. Et les filles ?*

T.N. A la même époque, il y avait quelques Congolai-

ses dans les lycées. Quant à moi, jusqu'en 1955, année de mon diplôme d'humanité chez les pères jésuites à Mbanza Boma, je n'avais jamais eu de contact avec des élèves belges.

R.K. *Est-ce que l'enseignement était obligatoire pour les enfants congolais ?*

T.N. Non, ce n'était pas une obligation. Mais la plupart désirait aller à l'école pour mieux se défendre dans la vie. Dans ma classe primaire, il y avait des garçons de 15-20 ans, qui s'étaient rendu compte tardivement de l'importance de l'enseignement. L'accès à l'enseignement était encouragé et gratuit. Mais le but principal à cette époque était de former des fonctionnaires et des instituteurs : ces formations duraient 4 ans. Dans les séminaires, toutefois, il y avait des humanités spéciales d'une durée de sept ans pour former des prêtres.

R.K. *L'enseignement était-il différent dans les collèges*

congolais et les établissements destinés aux européens ?

T.N. Non. Si ce n'est que dans les collèges congolais, il n'y avait pas de section gréco-latine, mais bien une section latine. Des inspecteurs de l'Etat venaient régulièrement dans notre collège pour contrôler la qualité de l'enseignement. Pour obtenir le diplôme de fin d'humanités, nous devions passer un examen devant un jury d'Etat. En humanité, tous les professeurs étaient européens.

R.K. *Vous étiez nombreux dans votre collège ?*

T.N. Non. Pendant mon parcours, il n'y a jamais eu plus de cent élèves pour tout le collège. En sixième latine, nous étions 12. Nous avons terminé à 6. Nous étions tous internes. Des navettes n'étaient pas possibles en raison des distances et des difficultés de communication.

R.K. *N'y avait-il pas des collèges protestants ? Praticaient-ils la même ségrégation ?*

T.N. Oui. Ils étaient pour la plupart dirigés par des Américains.

R.K. *Après la rhétorique, comment les choses se sont-elles passées ?*

T.N. Je désirais faire la médecine à Lovanium qui venait de s'ouvrir. A l'époque, les professeurs de collèges étaient convaincus que l'enseignement universitaire devait être réservé à quelques élus. On n'était pas sélectionné si on ne terminait pas la rhétorique avec au moins une distinction. J'ai été sélectionné pour étudier à Lovanium. Mais les Congolais sélectionnés devaient quand même suivre une année d'enseignement pré-universitaire. A part quelques rares formations nouvelles, la plupart des cours étaient un rappel des humanités, mais donnés par des professeurs de l'université.

R.K. *Y avait-il encore une sélection après cette année supplémentaire ?*

T.N. Non, il n'y avait plus d'examen, mais à la fin de cette année, on était amené à choisir son orientation : médecine, sciences politiques, droit, etc. J'ai commencé la médecine en 1956. Les professeurs étaient tous belges et nous les connaissions car ils nous avaient déjà donné cours lors de l'année pré-universitaire. A ce moment nous rejoignons nos futurs condisciples venus des établissements pour Européens, qui n'avaient pas du passer par l'année préparatoire. Cette fois l'enseignement était mixte.



Réception chez les étudiantes

R.K. Avec des filles ?

T.N. Oui, mais pas des Congolaises, parce qu'il n'y avait pas d'humanités pour Congolaises jusqu'à quelques années avant l'indépendance. L'enseignement des filles se limitait souvent à quelques années post-primaires consacrées soit à l'enseignement ménager, soit, comme dans les écoles du Sacré-Cœur, à une formation pour futures épouses de l'élite congolaise. A Lovanium, le programme était le même qu'en Belgique et à la fin de chaque année de candidature, nous étions interrogés par des professeurs venus de Belgique et appartenant aux 4 universités belges de l'époque. Cette mesure était prise pour permettre l'équivalence des diplômes et a été maintenue jusqu'à l'indépendance. Notre session d'examens était retardée. On attendait que les examens soient terminés en Belgique. Nos professeurs de Lovanium assistaient aux examens. En quelque sorte, ils étaient également supervisés.

R.K. Et en doctorat ?

T.N. C'était déjà l'indépendance. J'étais en premier doctorat en 1960. Dès lors, nous étions interrogés par

nos professeurs, comme Jean Sonnet, Jacques Lammerant, Jacques Vincent qui était le professeur d'anatomie et que nous considérons comme le fondateur de la Faculté de médecine.

R.K. Il y avait un enseignement pratique aussi...

T.N. Oui. Nous allions à l'hôpital dès le premier doctorat. Il existait deux services de médecine interne, celui de Jean Sonnet et celui de Jacques Lammerant. De même en chirurgie, il y avait Paul Hennebert et Karel Seghers. La pédiatrie était dirigée par Roger Eeckels.

R.K. Ils s'étaient réparti les domaines. Hennebert c'était l'urologie, surtout infantile et l'orthopédie.

T.N. Paul Hennebert faisait bien d'autres choses. Je l'ai vu opérer des coarctations de l'aorte et des persistance du canal artériel. Ernest Wibin était le premier à avoir fait une commissurotomie mitrale.

R.K. Est-ce que l'enseignement était calqué sur Louvain ou y avait-il une adaptation par exemple aux maladies tropicales ?

T.N. Le seul ajout à l'enseignement louvaniste était effectivement la pathologie tropicale.

R.K. Vous aviez souvent affaire à Monseigneur Gillon ?

T.N. Pour nous, c'était le bâtisseur de Lovanium. Il passait souvent, surtout quand il faisait visiter Lovanium à des étrangers. Il aimait surtout montrer mon cours, parce qu'il y avait des Blancs, des Noirs et des filles, belges. Beaucoup d'étudiants belges nous ont quitté à cause des événements de 1960 et cela fut une perte pour nous. J'en ai retrouvé quelques-uns avec plaisir en Belgique plus tard. Sans les événements, plusieurs d'entre eux auraient fait carrière dans notre pays, comme le docteur Jean-Marie Nicolas, pédiatre à Profondeville.

R.K. Y a-t-il eu quelques problèmes relationnels entre étudiants belges et congolais ?

T.N. Oui, quelques frictions, assez compréhensibles, car ces jeunes avaient vécu sous le régime colonial, chacun chez soi. Les Congolais dans les cités et les Belges dans des quartiers qui leur étaient réservés. Dans ces quartiers, il y avait un couvre-feu à partir de 21 heures. Aucun noir ne pouvait s'y trouver sans raison valable. La cohabitation a pris un certain temps. Par exemple, les filles belges embrassaient leurs condisciples blancs, mais n'osaient même pas donner la main aux Noirs. Sur une plainte du professeur de

mathématique Lavendhomme, Monseigneur Gillon a convoqué les filles dans son bureau et leur a dit qu'elles devaient se comporter de la même façon avec les Noirs qu'avec les Blancs. Elles lui ont répondu qu'elles n'avaient pas été habituées et qu'il fallait leur donner du temps !

R.K. Quand as-tu été en Belgique pour la première fois ?

T.N. Je devais y aller en 1958 à l'occasion de l'exposition de Bruxelles, mais je n'ai pas pu partir parce que j'avais eu un zéro en psychologie, ce qui m'a valu une seconde session. Mais le gouvernement colonial n'a pas supprimé ma bourse et j'ai été en Belgique pour la première fois en 1959.

R.K. Cet examen de psycho s'était mal passé ?

T.N. Je crois que tu aimes les anecdotes. Dès le début de l'examen, le professeur ouvre son livre de cours, en lit une phrase et me demande « quel chapitre ? ». Je lui ai dit : « ce n'est pas une façon d'interroger » et je suis parti. Mon zéro n'était pas étonnant. En seconde session, j'ai dû recommencer tous les examens, même l'anatomie où j'avais pourtant obtenu 19,5/20. Jacques Vincent m'aimait bien, mais ne voulait pas marquer de préférence. J'étais baby-sitter chez lui.

R.K. Il souffrait déjà de l'asthme qui devait l'emporter ?

T.N. Oui, il avait des crises assez fréquentes, mais, à mon avis, l'aggravation est due aux événements, notamment en 1963-1964, une révolte des étudiants qui exigeaient la participation à la gestion de l'université. Il a fait une crise sévère qui l'a décidé à retourner en Europe pour se faire soigner. Ce n'est pas parce qu'il était mon ami, mais je considère que c'est un des grands pionniers. Il a d'ailleurs sa statue à la Faculté de médecine.

R.K. Espérons qu'elle y est toujours. Il y avait aussi la statue de Jean Sonnet.

T.N. Oui. C'est lui qui a créé la médecine interne et le laboratoire. Jacques Vincent, c'était les sciences de base.

R.K. Ton premier voyage en Belgique, ce fut donc en 1959.

T.N. J'étais en troisième candidature. Le voyage aller et retour m'était offert, mais je devais trouver en Belgique les moyens de subsistance pendant mon sé-

jour. Une brave dame de Zottegem m'a hébergé : j'ai donc pu voyager dans le pays pendant trois semaines. J'ai notamment visité la Faculté de médecine de Louvain, guidé par Jacques Vincent. Son frère André était assistant à cette époque. J'ai également eu l'occasion de visiter l'hôpital académique de Gand.

J'ai passé un week-end chez la maman de Jacques Vincent à Charleroi. Grâce à un membre de la famille qui faisait partie de la direction des Glaceries d'Auvelais, j'ai pu visiter cette usine en compagnie de Jacques Vincent. J'ai reçu en cadeau un cendrier en verre ! J'étais loin d'imaginer à cette époque que j'exercerais une grande partie de ma vie professionnelle de cardiologue dans cette ville à partir de 1971, sur ta recommandation, dans le service de médecine interne de l'Hôpital Reine Fabiola, devenu le CHR du Val de Sambre ! C'est au cours de ce voyage que j'ai fait la connaissance du Père Lemaire, responsable de la Maison Médicale, et de quelques étudiants en médecine comme Pierre Sprumont, qui est devenu plus tard, comme moi, assistant de Jean Sonnet à Lovanium. En doctorat, pendant les vacances, Jean Sonnet m'avait demandé de rester dans le service de médecine interne en quelque sorte en qualité d'assistant libre. Ce qui m'a décidé à choisir la médecine interne. Une fois diplômé, j'ai fait une année d'assistance officielle dans le service de Jean Sonnet. Il m'a ensuite envoyé à Paris dans le service de cardiologie du professeur Lenègre pendant deux ans. J'ai fait ensuite un an de cardiologie à Louvain principalement en hémodynamique dans ton département. Après cela, j'ai achevé ma spécialisation à Kinshasa en médecine interne dans le service de médecine dirigé par Jean-Louis Michaux, Jean Sonnet étant rentré en Belgique. En fin de séjour, j'ai présenté un mémoire sur les cardiomyopathies.

R.K. Ce n'était pas un travail sur les anévrismes du ventricule gauche en Afrique centrale ?

T.N. Non les anévrismes, ce fut plus tard à Louvain. Tu m'avais suggéré ce sujet de travail, que j'ai présenté à la société de cardiologie française.

R.K. Dans ta promotion, d'autres médecins congolais ont-ils choisi une spécialisation ?

T.N. J'étais le premier. Dans la première promotion, il y avait deux diplômés congolais et un Blanc, Hugues Delaveleye, qui est devenu médecin généraliste à Ohey. Dans la promotion suivante, il y avait deux Congolais et trois Angolais et dans la troisième, la mienne, nous étions trois Congolais et trois Angolais. Jean Sonnet s'est efforcé de convaincre les deux Congolais de la deuxième promotion de faire une spécia-

lité, mais ils ont abandonné. Ils sont rentrés dans leur région et ont même fait de la politique. Dans la troisième promotion, j'ai été le seul à me spécialiser. Mais il faut reconnaître que les conditions de vie étaient dures pour les candidats spécialistes. Jean Sonnet m'obligeait à manger chez lui à midi, pour que je ne perde pas courage. De ma promotion, mon ami Kalala Kizito est venu ultérieurement à Paris, puis à Liège se spécialiser en pédiatrie et Falaki, qui avait sauvé beaucoup d'Européens lors de la rébellion de Kisangani, a pu faire une spécialisation en chirurgie en Belgique, à Châtelet.

R.K. *J'imagine que tout cela se passait dans un contexte politique difficile. Les Etats-Unis poussaient à une indépendance rapide, les Français entendaient former très vite des médecins, dits médecins africains.*

T.N. Ce que les Français appelaient médecins africains, c'étaient nos anciens assistants médicaux. Quant à l'ONU, ne trouvant pas de médecins congolais dans le pays, elle décide de prendre les assistants médicaux formés à Kisantu ou à Léopoldville et de les envoyer dans des universités européennes pour y faire uniquement les doctorats. Même dans les pays de l'Est et en Belgique. Il en est résulté une certaine incompréhension entre les médecins qui seront formés d'une façon régulière et la formation rapide selon l'ONU.

R.K. *La Belgique n'avait-elle pas un programme trop lent ?*

T.N. Peut-être, mais les intentions étaient bonnes et le programme était bien fait. Le but était de faire avancer un grand nombre et puis de sélectionner une élite par des formations universitaires. Grâce à cela, il ne devait pas y avoir une trop grande différence entre l'ensemble de la population et les gens formés dans les universités. Les politiciens n'aimaient pas cela. Malheureusement, l'histoire a pris une autre tournure.

Je voudrais insister sur la qualité reconnue de Lovanium. Il y avait dans la Faculté de médecine notamment des candidats venus du Nigeria, du Kenya, la plupart anglophones, qui consacraient une année à apprendre le français pour pouvoir suivre les cours. C'est dans cette optique que, vers les années 61, l'ONU a installé le parlement congolais sur le site de Lovanium en obligeant les étudiants en session d'examen à quitter le campus.

Le départ de Monseigneur Gillon a été un coup terrible pour Lovanium. Un autre recteur a été nommé, Mgr Tshibangu mais il n'avait pas la poigne de Mgr Gillon.

R.K. *Veux-tu ajouter quelque chose à cette interview ?*

T.N. Oui, je voudrais dire que la formation pratique à Lovanium était remarquable. Les stagiaires faisaient des accouchements et de petites interventions. Personnellement, j'en ai fait 135 pendant mes doctorats ! Les stagiaires interrogeaient et examinaient les malades et faisaient pratiquement le travail des assistants de Louvain.

Cette Université aurait pu poursuivre sa mission si des forces occultes mal intentionnées n'avaient pas cherché à détruire ce pays. Ces gens n'appréciaient pas que des professeurs belges s'efforcent, malgré la situation politique, de poursuivre leur mission de formation des jeunes Congolais. Ils sont parvenus à détruire Lovanium. « carthago delenda est »

R.K. *Merci mon cher Théo, pour ces souvenirs personnels précieux pour la mémoire du Congo, qui est toujours cher au cœur des belges et auquel nous souhaitons l'avenir meilleur auquel ce beau pays a droit.*



Myriam Malengreau vient de nous envoyer la photo de la statue de Jacques Vincent prise en 2004. Sous le buste, le doyen en fonction – Dr Kalala – et deux collègues de la faculté.

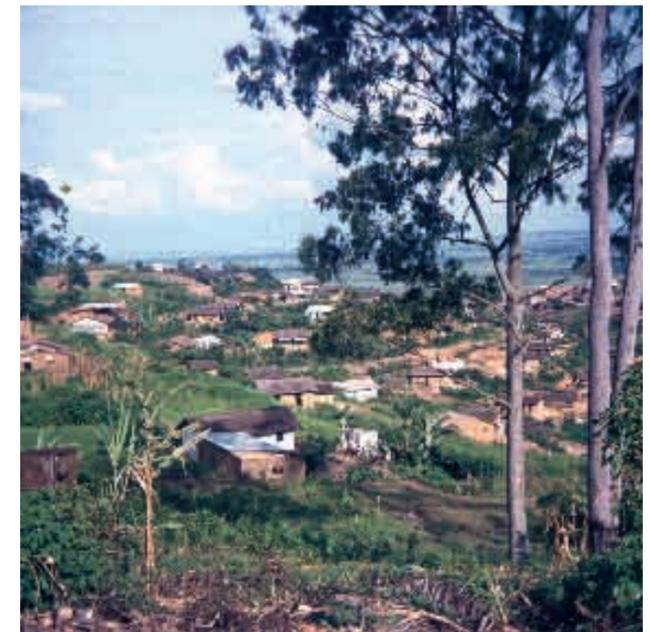
Impressions d'un ingénu à Lovanium

René Krémer

Charles-Henri Chalant et moi-même avons fait deux courts séjours à Lovanium, dans les années 1960, dans le but de mettre sur pied un service de cardiologie médicale et chirurgicale, étant donné la fréquence des valvulopathies rhumatismales, des péricardites constrictives tuberculeuses et des malformations congénitales. Notre idée était de former en Belgique des médecins congolais en cardiologie, chirurgie cardiaque et anesthésie. Plusieurs interventions ont été réalisées avec succès par Charles-Henri Chalant, aidé par Jean-Claude Schoevaerdt, Ernest Wibin et Bernard Gribomont. Quelques patients ont été opérés sous hypothermie, technique du bain glacé. J'avais mis les cas au point en collaboration avec Louis Legrand.

Le but de ce petit article n'est pas de décrire notre travail, que d'aucuns ont qualifié de triomphalisme, mais de livrer, pêle-mêle quelques impressions de la découverte du Congo indépendant et de Lovanium.

L'avion qui nous conduisait à Kinshasa était appelé un peu irrévérencieusement « Air Bobonnes », parce que les passagers étaient essentiellement des parents de professeurs, et des « visiteurs », comme Charles et moi, parfois qualifiés de « touristes ». A un moment donné, l'avion se mit à tanguer de ma-



Village en contrebas de Lovanium

nière un peu inquiétante, mais le commandant de bord nous fit savoir que c'était voulu pour saluer le franchissement de l'équateur. A peine débarqué sur le tarmac de Ndjili, je sentis la chaleur grimper dans mon pantalon. Arrivé dans les bâtiments de l'aéroport, Jean Sonnet me mit en main une craie en me disant de dessiner une croix sur mes bagages pour faciliter

Quelques autres souvenirs pêle-mêle :

Une visite avec Charles chez Mgr L. Gillon, qui cuisait lui-même le steak. Au cours du repas, il a été appelé pour un ouvrier blessé sur un chantier de l'université et est parti aussitôt pour s'assurer que la prise en charge était correcte.

Un lézard qui se glisse entre mes jambes au bassin de natation ; ces petites bêtes, pacifiques et curieuses, tachées d'orange me paraissaient omniprésentes sur le site.

Les cri-cri assourdissants, capturés par les jeunes Congolais, qui nous en offraient à déguster.

Un repas au Guest house. Le garçon sort des toilettes et vient nous servir. Jean Sonnet, pince sans rire, me dit : « Je le soigne pour une amibiase, mais il évolue bien. D'ailleurs, si on a une bonne acidité gastrique, on n'a

rien à craindre ». J'étais inquiet, car j'avais commandé un steak tartare avec salade.

Lors d'un dîner chez Jean Sonnet. Simone me dit : « Je suppose que tu as mangé de la moambe presque tous les jours. Il y a eu un arrivage de Congo Frigo ; j'ai préparé un steak frites ». En effet, nous étions reçus presque partout avec une moambe : « notre boy la prépare très bien ! »

Un pique-nique dans le jardin du Frère Gillet parmi de nombreuses bestioles rampantes et bourdonnantes. Le spectre de la mouche tsé-tsé. Il suffit, paraît-il, de vider les lieux avant 5 heures, moment où le bétail vient boire et attire les mouches.

Une petite croisière sur le fleuve, parmi les jacinthes d'eau ; le paysage est superbe, avec de jolis villages de pêcheurs. Le poisson le plus commun s'appelle « le capitaine ». Je lui trouve un goût de vase.



Le professeur Bernard Gribomont, surveillant attentivement son patient en hypothermie.

le passage de la douane. La plupart des gens rencontrés m'appelaient « patron » : je fus très étonné, car je n'étais pas encore chef de service.

Nous étions logés sur la colline, dans le bungalow très confortable d'un professeur en congé. La nuit, un garde, un arc à l'épaule, patrouillait autour de la maison. On m'assura que ses flèches étaient empoisonnées :

c'était, je pense, une plaisanterie habituelle destinée aux nouveaux venus. Lors du second séjour, je logeais chez Robert et Anne-Marie Renoirte. J'ai un souvenir assez pénible du rem-

placement d'un pneu, sur le chemin qui conduisait à la clinique, sous le brûlant soleil de midi.

Ces deux courts séjours ont suffi pour me faire aimer le Congo et ses habitants, courageux et optimistes malgré la situation économique plus que difficile et pour apprécier l'attachement de mes compatriotes à ce pays ainsi que leurs efforts pour aider nos amis congolais.



Jean-Robert entouré de la famille Krémer

Les cliniques médicales de Jean Sonnet. La perfection : une pédagogie remarquable et des étudiants attentifs et participatifs. Une expression, qu'il a fallu m'expliquer. Parmi les antécédents du patient, énumérés par l'assistant, il y avait : « le jardin ». C'était, me dit-on, un raccourci pour « jardin parasitaire, c'est-à-dire malaria, amibiase, filariose..

J'apprends des rudiments de lingala pour pouvoir interroger les malades. J'ai tout oublié, sauf : « Pema makasi », qui veut dire, je crois, « Respirez profondément. »

En pédiatrie les mères sont hospitalisées avec leurs enfants. Pas mal d'enfants, venus de loin, sont dénutris ou atteints de kwashiorkor. Ils avaient un gros ventre et des cheveux décolorés. « On les requinque, me dit Anne-Marie Renoirte, mais ils nous reviendront dans le même état dans quelques mois »

A la maternité de l'hôpital des Congolais de Kinshasa, les visiteurs doivent rester dehors et parlent avec les accouchées, les lits étant adossés à la fenêtre. Cela fait penser à la psychanalyse. On me dit que c'est la plus grande maternité du monde après celle de New Orleans. La confiance des patients et leur reconnaissance me

surprennent beaucoup. Il paraît qu'à l'époque, plusieurs bébés ont été baptisés Chalant.

A chaque voyage, j'ai ramené en Belgique un enfant qui a séjourné chez moi assez longtemps, avant et après son opération cardiaque à Herent. Ils ont été à l'école à Saint André Charleroi avec mes filles. Ils s'appelaient Thomas, une sténose aortique, Jean Robert une communication inter-ventriculaire, Marguerite, une insuffisance mitrale...

Jean-Robert revient du jardin en hurlant. Il a traversé un buisson d'orties. Il ne connaissait pas cette sensation. Thomas prétend dormir sur la descente de lit : « Une belle natte » proclame-t-il, admiratif. Marguerite est katangaise et fière de l'être. Elle critique le président Mobutu et notamment madame, qu'elle trouve « courte »

A l'arrivée à Zaventem, Jean Robert, le premier des petits opérés, n'avait pas de papiers. Avec la complicité des hôtes, on me fait sortir par une porte dérobée avec le petit garçon dans les bras, enveloppé dans une couverture. Au retour, il y aura quelques difficultés, mais tout s'aplanira assez vite. Ce serait probablement plus difficile de nos jours. Etait-ce le bon temps ?

Les multiples métiers des Sœurs de la Foi

En janvier 1957, sept religieuses rejoignent les Cliniques universitaires encore en construction sur le mont Amba. De la buanderie aux cuisines en passant par l'infirmierie et les écoles, leur Congrégation sera de toutes les missions.

Magda Vandenbrande,
Maurice Plevoets et Jean-Louis Michaux



La Congrégation des Sœurs de la Foi, dont l'implantation à Tiel dans la province de Flandre Occidentale remontait à 1840, orienta ses premières activités dans le secteur de l'enseignement primaire puis secondaire. Ultérieurement, elle se consacra aux soins hospitaliers. Des Sœurs infirmières furent engagées dans les hôpitaux de la région. Ensuite, la Congrégation fonda ses propres hôpitaux et érigea une École d'infirmières. Dans les années 1950, cette vénérable institution, en pleine expansion, était, avec ses 685 membres, la plus importante congrégation du diocèse de Bruges. C'est ainsi qu'un vent d'exotisme souffla chez de jeunes religieuses qui souhaitèrent se dévouer dans un engagement missionnaire.

Cette marquante évolution des esprits et ce désir d'ouverture ne laissèrent pas indifférentes les autorités religieuses tant belges qu'africaines. Rien ne se dressait contre l'élargissement des horizons. Tout contribuait à aller de l'avant et à répondre favorablement à ces appels lointains.

Il se fit qu'à cette période, des demandes pressantes de collaboration dans le secteur scolaire, émanant d'autorités épiscopales congolaises, furent adressées aux responsables de la Congrégation. À cette même époque, le conseil d'administration de l'Université Lovanium, sur proposition du professeur Gérard Van Der Schueren, responsable de l'organisation du secteur médical, introduisit auprès des dirigeantes de la Congrégation une demande de prise en charge du nursing des futures cliniques universitaires de Lovanium. En février 1956, le Conseil général de la Congrégation donna son consentement à ces deux propositions

africaines : le nursing et l'enseignement. Il s'agissait d'un tournant important dans l'histoire de la Congrégation des Sœurs de la Foi qui acceptait de créer en son sein une communauté missionnaire.

AVEC LA BÉNÉDICTION DE PIE XII

L'objectif était d'assurer aux cliniques universitaires un personnel soignant qualifié. Les étudiants en médecine de la première génération arrivaient en premier doctorat à la rentrée de l'année académique 1957-1958. Il était impérieux qu'à cette date les cliniques universitaires soient opérationnelles. Il était demandé à la Congrégation de prendre la direction des soins infirmiers et la charge de l'hospitalisation, d'assumer la responsabilité des services techniques et en particulier de la cuisine et de la buanderie. En même temps il y avait lieu de préparer l'organisation et l'ouverture de l'école d'infirmières.

Le départ du premier contingent de religieuses pour l'Afrique eut lieu le mercredi 2 janvier 1957. Six Sœurs de la Foi accompagnées de la Supérieure générale s'envolèrent de l'aérodrome de Melsbroek pour une première escale à Rome. Une audience privée auprès du Pape Pie XII leur avait été accordée grâce à l'intervention opérante de Mgr Devroede, président du Collège belge à Rome en reconnaissance de cet engagement apostolique. Le samedi 5 janvier après avoir donné sa bénédiction à la délégation religieuse, le Saint Père s'adressa avec cordialité à l'assemblée éblouie et intimidée : « Vous êtes la Révérende Sœur Supérieure et vous les sœurs missionnaires en partance pour le Congo et pour Lovanium ». Le pape répéta trois fois

le mot Lovanium (qu'il devait donc bien connaître). « Mes sœurs, je vous donne toute ma bénédiction pour votre mission ». Suivit la remise de cadeaux. Les sœurs avaient apporté deux présents pour le pape : une calotte blanche et une dentelle de Bruges. Le Saint Père, très attentionné, accepta la calotte, enleva celle qui le coiffait, la tendit à la Supérieure comme souvenir et se couvrit de celle qui lui était offerte. Il admira la dentelle finement ciselée et ajouta avec un sourire chaleureux : « Ma bénédiction pour vous toutes. Je suis heureux, je suis très heureux ».

Cette rencontre ecclésiale resta gravée dans les mémoires de tous les participants. Elle dynamisait l'enthousiasme de cette escouade de pionnières. Marquées par ce séjour romain, les six religieuses sous l'autorité de Sœur Magda, supérieure, reprirent la route aérienne ; l'atterrissage à N'Dolo se fit au matin du 8 janvier. L'accueil en terre africaine fut chaud et chaleureux. Il avait plu. L'atmosphère était pesante, la brise du matin moite. Les vêtements collaient à la peau. Les premières gouttes perlèrent sur les fronts coiffés de leur cornette. Une délégation des autorités académiques souhaita la bienvenue aux infirmières missionnaires.

Ce fut la découverte de l'Afrique centrale et de sa nature luxuriante ; les palmiers bordant le parking de l'aérogare apportaient un peu de fraîcheur à cette arrivée tropicale ; ce fut la découverte du plateau sablonneux et de son université en voie d'implantation. Les travaux de construction donnaient une vie à cette large étendue aride et stérile. Quelques touffes de matitis apportaient un peu de verdure à ce paysage desséché. Des chantiers s'élevaient à de multiples endroits. Des bâtiments poussaient de terre - sortaient du sable, devrait-on préciser - sur tout ce campus perché sur le mont Amba, rebaptisé « la colline inspirée ». Parmi eux, les cliniques universitaires formaient un large chantier. Deux ailes en voie d'achèvement s'élevaient à l'extrémité septentrionale du campus ; elles devaient abriter les futurs services d'hospitalisation. Ce fut au deuxième étage d'un de ces bâtiments, en voie d'achèvement, que furent hébergées ces premières religieuses ; l'habitat était provisoire en attendant l'édification d'un couvent jouxtant les cliniques, prévue pour un avenir proche.

A cette période de son développement, l'université comptait 120 étudiants répartis dans six facultés : les Sciences, la Médecine, les Lettres, le Droit, la Pédagogie, les Sciences sociales et économiques ; la plupart de ceux-ci étaient internes et logés dans trois homes. Trente maisons abritaient le corps académique et leur famille.

UNE ECOLE D'INFIRMIÈRES

Au terme de leur installation domestique, le contingent des religieuses s'attaqua à l'organisation du nursing et à la mise en route des services techniques actifs dans la prise en charge des malades hospitalisés. La tâche était écrasante. En février s'ouvrit un atelier de confection dans les sous-sols des cliniques et trois tailleurs furent recrutés pour la confection de la lingerie : draps de lit, taies d'oreillers, essuie-mains, blouses médicales, tout le linge prévu pour le fonctionnement des salles d'opération, etc. L'équipement de la cuisine et de la buanderie occupa les esprits des responsables. Des choix étaient à opérer, des commandes à lancer. Les religieuses infirmières, tenues d'effectuer un stage en milieu africain, descendirent chaque jour à l'Hôpital des Congolais pour se familiariser avec la pathologie tropicale. Elles complétèrent leur éducation médicale par un séjour d'information à l'Hôpital de Kisantu. De nouvelles religieuses vinrent grossir l'effectif initial. Il s'agissait toutes de volontaires très motivées dans leur engagement africain. Leur jeune âge allait de pair avec leur enthousiasme débordant ; l'âge moyen de ces missionnaires dynamiques dépassait à peine la trentaine.

Tout était prêt pour l'ouverture des cliniques qui, à ses débuts se limitaient aux services de médecine interne et de chirurgie. Le grand jour arriva. C'était le 25 novembre 1957. Les deux premiers malades furent hospitalisés le 29 novembre en médecine interne section femmes. Chaque unité d'hospitalisation comptait 30 lits et était gérée par une infirmière en chef secondée de deux infirmières. À ce moment 11 religieuses assumaient une responsabilité médicale ou technique aux cliniques universitaires.

D'autres religieuses dispensaient une activité d'enseignement. L'école primaire de Matete, cité africaine située entre le campus et Léopoldville, manquait d'enseignants. L'ordre religieux préposé à cette tâche ne put l'assumer. Les autorités épiscopales firent appel à la Congrégation qui délégua trois sœurs pour assurer cet enseignement.

Les cliniques universitaires acquirent très rapidement une réputation manifeste, élogieuse même, auprès des populations africaines. De nouveaux services virent le jour : la pédiatrie, la maternité, la gynécologie ; de nouveaux médecins furent engagés. La progression fut rapide : au point qu'en 1959, les 300 lits d'hospitalisation étaient occupés et que les soins médicaux étaient dispensés par 66 médecins, médecins stagiaires et personnels soignants étrangers et par 122 Congolais.



Cours de diététique

Par ailleurs, une des tâches pressantes réservée aux religieuses était l'organisation de l'École d'infirmières qui ouvrit ses portes en octobre 1958. La direction en avait été confiée à Sœur Magda, la supérieure de la Communauté et directrice du Nursing. Les salles de cours étaient hébergées momentanément dans l'enceinte des Cliniques jusqu'à l'achèvement du bâtiment de l'École à la fin de l'année 1960. Au début de cette troisième année, 23 élèves suivaient les cours et une vingtaine étaient en classe préparatoire. Deux religieuses étaient occupées à temps plein par cet enseignement et par la supervision des stages.

SACCAGES ET PILLAGES

Les troubles qui secouèrent le Congo laissèrent des traces dans l'organisation de vie des religieuses engagées dans des activités apostoliques et missionnaires. Les émeutes de janvier 1959 entraînèrent des destructions dans diverses communes de la cité et suscitèrent des agressions contre des expatriés. C'est ainsi que les religieuses enseignantes de Matete furent agressées par des émeutiers le lendemain de l'insurrection du dimanche 4 janvier ; elles furent protégées par un groupe de laïcs courageux, purent s'enfuir et se mettre sous la protection des missionnaires du Sacré Cœur à Gombe. Leur école et leur couvent furent saccagés et pillés. Dès le calme revenu, il fallut reconstruire et réorganiser ; quinze jours plus tard, malgré le traumatisme enduré, les religieuses reprirent leur rôle d'enseignantes.

Lors des soulèvements insurrectionnels de juillet 1960, alors que la grande majorité du corps académique et des services administratifs d'origine européenne avait été évacuée et rapatriée dans leur pays

d'origine, les religieuses restèrent à leur poste ; elles ne furent heureusement pas inquiétées et reçurent la visite et l'encouragement du délégué apostolique Mgr Mojaïski-Perelli qui les incita à poursuivre leurs œuvres missionnaires. Elles bénéficièrent de la protection du personnel africain et en particulier d'André Dinzilla, directeur du service du personnel qui assura la sécurité des religieuses et veilla à leur bien être avec un dévouement et un sens des responsabilités remarquable.

Un climat de confiance régnait entre les Congolais et la congrégation des religieuses. De multiples témoignages viendraient confirmer cette relation privilégiée qui s'est maintenue malgré les événements outrageants de l'indépendance. La disponibilité et l'engagement des religieuses autant que leur souci de relations humaines furent déterminants dans cette heureuse harmonie.

Évariste a été quémanté au couvent pour la réparation d'une robinetterie défailante ; il sortit de sa valise les outils nécessaires et se mit au travail. Quelque temps plus tard, une religieuse en activité voisine, dans un vacarme soudain, entendit un Godverdomme sonore. Évariste a laissé tomber la clé à molette qui avait atterri sur son doigt de pied. Après s'être enquis que rien de grave ne s'était produit, la religieuse lui demanda de qui il avait appris ce mot litigieux. Accompagné d'un sourire malicieux qui dévoila la blancheur de sa denture, notre ami clama haut et fort : les Flamands !

Firmin, attaché à la lingerie, a chapardé pas mal de draps de toutes sortes. Un de ses subordonnés, d'un autre clan, le dénonça à la responsable du service. Celle-ci convoqua le suspect qui avoua son larcin. Une enquête fut initiée qui détermina l'importance du vol. La justice, alertée, punit le coupable. La sentence du tribunal condamna le voleur à une peine de prison au terme de laquelle le banni était exilé dans sa région d'origine. A sa sortie de prison, Firmin demanda à rencontrer la Supérieure. Celle-ci, craignant des représailles, avait cru nécessaire de se faire entourer d'une garde prétorienne. L'entrevue fut brève et émouvante. Deux paroles résumèrent son discours : pardon et au revoir, ma mère !

Les incertitudes politiques de cette année 1960, troublée et troublante, expliquaient l'interruption d'engagement de religieuses ; celui-ci reprit dès l'année académique suivante. Entre 1961 et 1972, 33 nouvelles missionnaires arrivèrent au Congo, une partie pour le campus universitaire, les autres pour les différentes écoles que les autorités locales demandèrent de prendre en charge. En cette année 1972, la congrégation africaine, à l'apogée de sa mission, comportait 48 religieuses réparties sur le campus de Lovanium et dans cinq communes de cette capitale envahissante qui squattait les environs et encerclait progressivement le campus universitaire.

DES ACTIONS CROISSANTES, JUSQU'EN 1978

Le provisoire ne devint cependant pas définitif. La résidence prévue pour la communauté s'érigea à l'Est des cliniques ; ce couvent, sous forme d'un bâtiment en quadrilatère et sans étage, pourvu d'un déambulatoire et d'un jardin intérieur, respirait le calme, engendrait l'accueil et poussait au recueillement. Trente religieuses y trouvèrent un hébergement individuel et y bénéficièrent d'une vie communautaire de partage et de détente. Le samedi 1^{er} décembre 1962, date de l'inauguration, marqua une heureuse évolution dans cette implantation africaine.

L'œuvre congolaise des Sœurs de la Foi déborda largement l'action qu'elles menèrent sur le plateau et

aux cliniques universitaires ; elle mériterait certainement d'être explicitée en détail et commentée avec attention. Le cadre initial s'élargit de plus en plus ; les responsabilités s'accrurent ; les créations se multiplièrent : différentes fondations virent le jour. Elles restèrent orientées dans le domaine de la santé, de l'enseignement et du social. Nous ne ferons que les citer : Lycée Molende, Lycée Mpiko, Lycée Boyokani, Communauté et Maternité de Kisenso, Communauté de Kitona...

À partir de 1972, le nombre de religieuses en service actif au Congo diminua et cela pour plusieurs raisons : des religieuses rentrèrent en Belgique pour des problèmes médicaux, sociaux ou psychologiques, d'autres cédèrent leur poste à des Africains, d'autres encore furent engagées dans des mandats de responsabilités dans la Congrégation. Après 1978, il n'y eut plus de recrues pour l'Afrique compte tenu de la forte diminution des vocations en Belgique et d'autre part en raison d'une progression rapide de l'africanisation des cadres. C'est ainsi que la Congrégation fut amenée à abandonner progressivement ses activités par manque de personnel et à les confier à d'autres congrégations.

Le 8 décembre 2004, avec la fin de leur mandat, se termina une époque glorieuse de l'histoire africaine de la Congrégation des Sœurs de la Foi.



La paroisse universitaire Notre-Dame de la Sagesse.
Copyright Roland Minnaert

La KUL maintient les liens

Plusieurs bourses, dont celles des Alumni de la Faculté de médecine de la Katholieke universiteit Leuven, sont octroyées à de jeunes chercheurs de l'Unikin.



Fons Verdonck

La collaboration actuelle entre les Facultés de médecine de la KUL et Unikin, l'Université de Kinshasa, se situe principalement au niveau de l'éducation et de la formation.

La Faculté de médecine de la KUL s'engage surtout dans l'enseignement des sciences de base. Cinq « visiting » professeurs sont chargés de l'enseignement de l'histologie générale, de l'anatomie et de la physiologie nerveuses, de la pharmacologie et de la physiologie générale. Cet enseignement a débuté en 2002 et se poursuivra jusqu'en 2007. On peut espérer que d'ici là, de jeunes professeurs auront pu être formés dans ces branches.

L'association des Alumni de la Faculté de médecine et des sciences pharmaceutiques est active au niveau de la formation, en offrant chaque année huit bourses de courte durée. Ces bourses permettent à de jeunes assistants et professeurs de suivre un stage de 3 mois à l'hôpital universitaire de Leuven. La plupart des assistants ont des difficultés à suivre les progrès de la technologie biomédicale dans les domaines du diagnostic, de la pathogénie et du traitement, même s'ils ont accès à la littérature médicale via Internet. Bien que cette technologie moderne ne soit souvent pas applicable au Congo, le contact avec notre médecine universitaire donnera confiance à ces jeunes médecins et stimulera, d'autre part, Unikin à prendre les nouvelles options nécessaires.. Le second but de ces bourses est de rétablir les contacts hospitaliers, qui s'étaient affaiblis pendant quinze

années d'isolement international d'Unikin. Certains services, comme la pédiatrie et la microbiologie, ont toutefois gardé le contact pendant cette période difficile.

30.000 EUROS PAR AN

Les bénéficiaires de ces bourses sont de jeunes assistants en formation et des chefs de travaux qui n'ont pas eu la chance de terminer leur thèse de doctorat, par manque de moyens financiers. L'objectif de ces bourses est également d'encourager des jeunes à rester à l'Université et à les motiver à poursuivre une carrière académique. Les bourses des Alumni comprennent les billets d'avion, le logement gratuit et un supplément mensuel de 550 €.

En outre, le Conseil interfacultaire de développement (Interfacultaire Raad voor Ontwikkelingsamenwerking, IRO) de la KUL offre quelques bourses postdoctorales de courte durée à de jeunes professeurs congolais. Les 12 à 15 bourses doctorales données annuellement par l'IRO aux chercheurs des pays en voie de développement sont distribuées par compétition ouverte. En raison du niveau assez faible des Universités en République du Congo et de la rareté des contacts avec les promoteurs de la KUL, les étudiants congolais éprouvent beaucoup de difficultés pour obtenir de telles bourses dans la situation actuelle..

A côté de cette contribution directe à la formation,

L'Association des Alumni consacre annuellement 4000 € au soutien de la bibliothèque biomédicale d'Unikin et à la publication de « Congo Médical » . La contribution de la Faculté de médecine et des Alumni à Unikin, s'élève à 30.000 € par année. A l'occasion du 50^{ème} anniversaire de Lovanium-Unikin-Faculté Catholique de Kinshasa, l'association des Alumni, sous l'impulsion du professeur Jan Dequeker a organisé, en 2004, un symposium et une exposition sur l'histoire de Lovanium-Unikin et les réalisations récentes. Le titre de ce symposium exprimait des sentiments toujours vivaces envers cette Université. 'Stoute dromen, harde realiteit, samen sterk'. Dans le prolongement de cette célébration, l'action « Leerstoelen voor Jonge Academici » a été lancée. Par cette action, la Faculté de médecine a créé une chaire attribuée à un jeune médecin congolais qui s'est distingué dans le domaine de la recherche et/ou de l'amélioration de l'enseignement. Le montant de cette chaire est de 30.000 € étalés sur 5 ans.

Le prix Alumnus Mundi Prof Jozef Vandepitte' (2.500 €) est une initiative des Alumni pour stimuler l'enseignement médical et paramédical dans des pays tropicaux. Le premier prix a été décerné à un projet sur l'application de l'enseignement à distance dans les sciences de base à Unikin. L'association des Alumni entend continuer à promouvoir des initiatives destinées à aider les étudiants d'Unikin et d'autres universités congolaises, via l'Internet, surtout dans des disciplines sans titulaires.

En dehors des activités de la Faculté de médecine de la KUL et de l' Association des Alumni, différentes initiatives entre services cliniques, créées du temps de Lovanium, ont été poursuivies avec de nouveaux titulaires. Il existe ainsi des collaborations entre les services de pédiatrie (enseignement post-gradué), d'ophtalmologie (interventions chirurgicales à Unikin par une équipe de l'UZ Leuven), et microbiologie (aide en matériel).

La Faculté, les services cliniques et le groupe de volontaires de l'UZ Leuven, (Leuven Medical Support (LMS) s'activent pour récupérer du matériel d'occasion et pour fournir ce matériel à la Faculté de médecine et à l'Hôpital universitaire d'Unikin. A côté de ce support à Unikin, LMS apporte une assistance technique et médicale à l'Hôpital St. Luc de Kisantu.

Encore que chaque partenaire soit de bonne volonté, la collaboration est gênée par des difficultés d'organisation.

DES DIFFICULTÉS

Les problèmes rencontrés au niveau de l'enseignement à Unikin sont :

- a) Le trop grand nombre d'étudiants : de 2.000 à 3.000 dans le 1^{er} graduat, 800 dans le 2^e et 3^e graduat.
- b) Le désordre dans la programmation. L'année académique 2004-2005 s'est clôturée en avril 2006. Les dates d'ouverture et de fermeture de l'année académique n'avaient pas été programmées, pas plus que les périodes d'examens et les dates des délibérations.
- c) L'absence de listes des étudiants participants aux examens, due au retard de paiements des minervals.
- d) Le manque de transparence dans la cotation des examens.
- e) La pénurie de personnel académique dans les services des sciences de base.
- f) L'absence des professeurs sur le campus, due à leurs occupations multiples, notamment l'enseignement dans d'autres Universités.

Il y a également des difficultés au niveau des stages de recyclage et de perfectionnement. :

- a) Le petit nombre de superviseurs de l'UZ Leuven prêts à prendre des stagiaires congolais dans leur service. La cause principale en est le manque de contact avec les services cliniques d'Unikin.
- b) La réticence de certains chefs de département d'Unikin à soutenir la candidature de jeunes assistants, à une bourse ;
- c) La faible connaissance de la langue anglaise.
- d) L'abîme entre le type de médecine pratiquée au Congo en l'absence de moyens techniques et la médecine de haute technicité à Louvain.

Nous sommes néanmoins convaincus que la confrontation entre ces deux types de médecine et les contacts personnels contribueront à améliorer la qualité de la médecine à Unikin.

Pour plus d'informations concernant les actions de l'association des Alumni en Afrique centrale vous pouvez consulter le site suivant www.vesaliusonline.be.

Visite d'une délégation de la KUL - décembre 2006



Le professeur B. Himpens, Doyen de la Faculté de Médecine de la KUL, et le professeur B. Lututala, Recteur de l'UNIKIN.



Visite des cliniques universitaires.



Soirée ludique organisée par les étudiants.

L'UCL, active aujourd'hui à Bukavu

La jeune Université catholique de Bukavu bénéficie depuis sa naissance, en 1990, du soutien de l'UCL. En médecine, le rôle du professeur Stanislas Haumont fut essentiel.

Didier Moulin

L'hôpital général de référence de Bukavu



Bu : Bujumbura (Burundi), Bukavu (Congo), Butare (Rwanda). Voilà un projet véritablement universitaire et humaniste rendu inopérant par la folie des hommes, mais il constitue toujours un idéal à concrétiser.

Parmi les traces évoquées, il faut souligner les liens tissés entre les Africains et les membres actuels et anciens de l'UCL. Ces liens ont constitué les fondations des réalisations d'aujourd'hui et des projets de demain. Quelques étapes importantes et fondatrices des réalisations actuelles doivent être signalées.

C'est en 1990 qu'est fondée l'Université catholique de Bukavu (UCB) avec la création d'un premier cycle pour quatre facultés : agronomie, droit, médecine et sciences économiques. D'emblée, l'appui de l'UCL est sollicité et chacune des facultés répondra positivement. C'est l'épanouissement particulier de la faculté de médecine de l'UCB depuis son éclosion qui servira de fil conducteur pour la suite de cet article.

Ce sont les femmes et les hommes qui font l'Université. De nombreux diplômés de la Faculté de médecine de l'UCL, originaires d'Afrique et d'Europe, ont marqué de leur empreinte la région des grands lacs à l'est du Congo. Leurs idées et leurs actions ont laissé des traces importantes et indélébiles malgré l'érosion due aux conflits majeurs qui ont ensanglanté et bouleversé le Burundi, le Congo et le Rwanda. Parmi les actions importantes dans cette région, il y a la création de l'hôpital de Katana en 1928 par la Fomulac et celle d'un réseau de soins primaires exemplaire dans toute la région. Parmi les idées importantes qui ont marqué la région, il y a celle, non concrétisée du fait des guerres, mais qui soutient toujours les projets actuels, d'une coopération entre les trois



Le nouveau bâtiment de la Faculté de médecine érigé dans la zone hospitalière

EN PASSANT PAR COTONOU

Les diplômés du premier cycle devaient entamer en 1994 leur second cycle à Butare, sinon à Bujumbura. La guerre au Burundi puis au Rwanda rendait ce projet caduque et nécessitait une alternative. C'est le professeur Stanislas Haumont appuyé par le professeur Léon Cassiers doyen de la Faculté de médecine qui émet l'idée d'organiser ce second cycle à l'Université nationale du Bénin à Cotonou. La collaboration entre cette dernière et l'UCL était très vivante et fructueuse depuis 15 ans. Encore fallait-il obtenir l'accord de ce partenaire et trouver le financement pour la réalisation de cet énorme défi.

Le professeur Eusèbe Alihonou, doyen de la Faculté de médecine, et tous les membres de sa faculté ont répondu positivement à cette demande. L'idée des bourses sud-sud c'est à dire des bourses pour « des étudiants du Sud qui vont étudier au Sud » naît et est adoptée, d'abord par l'UCL, qui les financera, puis aussi par l'AGCD, qui participera à ce financement. Ainsi, en 1998, la première promotion de 16 médecins sera diplômée à l'UCB après des études de second cycle à Cotonou, une année de stage à l'Hôpital Général de Référence de Bukavu (HGRB) et après avoir réussi les épreuves devant un jury international réunissant des enseignants académiques du Congo, du Burundi, du Bénin et de Belgique. La tradition et la rigueur d'un tel jury international en fin d'études de médecine s'est maintenue jusqu'aujourd'hui et constitue un garant de la qualité de la formation des médecins dont l'UCB peut se féliciter dans le contexte congolais actuel.

Dès 1994, l'UCB demandait de l'aide à l'UCL pour évaluer la possibilité de créer un deuxième cycle des études de médecine à l'UCB. En janvier 1995 une mission d'enseignants de Cotonou, de Bujumbura, de Kinshasa et de l'UCL dirigée par le professeur Léon Cassiers devait répondre positivement à cette question tout en soulignant la nécessité de disposer d'un hôpital pour la formation des médecins. L'archevêché de Bukavu ayant reçu la

charge de la gestion de l'HGRB demande à l'UCL l'appui d'un coordonnateur pour la réhabilitation de cet hôpital. En septembre 1995 le professeur Stanislas Haumont accepte deux missions que lui confie le recteur Marcel Crochet, la coordination pour la réhabilitation de l'HGRB et la création d'un deuxième cycle des études de médecine à l'UCB.

REMISE À NEUF

Le professeur Stanislas Haumont va réaliser la mission de coordonnateur avec intelligence, générosité et détermination ; il s'y consacrera jusque dans la maladie qui devait l'emporter en 2003. Il sera toujours



Centre de nutrition : les enfants y séjournent 2 mois avec leur maman

soutenu par son épouse le docteur Anne Culot et par de nombreux collègues médecins et pharmaciens, de même que divers membres du personnel de la Faculté de médecine, des Cliniques universitaires Saint-

Luc et des Cliniques de Mont-Godinne, amenant leur expertise propre (architecte, ingénieur, informaticien, technicien...). Il sera aidé sur le terrain par les collègues africains (anciens de l'UCL) qu'il aura parfois attirés vers l'HGRB et l'UCB afin d'améliorer la qualité des soins médicaux et d'étoffer le cadre enseignant de la Faculté de médecine. C'est en effet un véritable travail d'entrepreneur et de gestionnaire que va réaliser le coordonnateur. La réhabilitation de l'HGRB passe par une restructuration, par une réorganisation ; les pavillons de soins sont progressivement réhabilités, le laboratoire est remis sur pied, une banque de sang répondant aux critères de sécurité est mise en place... Ces réalisations sont rendues possibles grâce



La banque de sang

à divers fonds nationaux et internationaux. De nombreux pays d'Europe y participent : Allemagne, Belgique, Espagne, France, Italie, Pays-Bas. L'ingénieur Flor Stuyven va consacrer son savoir faire et son énergie à la conception et à la réalisation concrète de ces chantiers, avec la collaboration de l'architecte Guillaume Bisinwa.

Lorsque Stanislas Haumont décède, les réalisations sont importantes mais le chantier reste immense ; il savait qu'il pouvait compter sur l'engagement de Philippe Franquin, un entrepreneur expérimenté dans les actions en Afrique, qui va poursuivre la réhabilitation de l'hôpital et les changements nécessaires de sa gestion avec le directeur médical, le professeur Zacharie Kashongwe.

Deux pavillons pour maladies contagieuses sont construits, un centre de nutrition et d'éducation alimentaire pour les enfants ; la pharmacie est reconstruite de même que la radiologie avec un équipement moderne dont une échographie performante. Un nou-

veau bâtiment destiné à la revalidation motrice sera achevé en 2006 et un nouveau complexe chirurgical intégrant le bloc opératoire, les soins intensifs et l'accueil des urgences sera fonctionnel dès 2008.

La gestion des ressources humaines et financières de l'hôpital est repensée pour assurer la qualité dans le cadre des disponibilités. Une dynamique de changement est mise en place. Signalons dès à présent que le fonctionnement de plusieurs de ces structures est rendu possible grâce à des soutiens extérieurs. A titre d'illustrations, nous citerons le soutien de la banque de sang depuis sa fondation par la firme suisse Diamed, spécialisée dans ce domaine, le financement de l'approvisionnement alimentaire du centre de dénutrition par « Vie d'enfant » en Belgique, le financement de la peinture de tous les bâtiments de l'hôpital par le Rotary de Bukavu. La dimension internationale et locale de ces soutiens mérite d'être soulignée.

La deuxième mission qui consiste à coordonner la mise en place d'un deuxième cycle des études est réalisée parallèlement avec succès mais avec ses difficultés et ses interrogations spécifiques. Le professeur Haumont sera grandement aidé par les deux doyens successifs de la Faculté de médecine de l'UCB, Augustin Bashwira et Raphaël Chirimwami. S'il est relativement facile de s'accorder sur les plans d'un hôpital, il est plus difficile de répondre unanimement à la question des besoins spécifiques en matière de santé pour une population déterminée (au demeurant extrêmement pauvre et donc démunie de ressources) et du rôle que doivent y jouer les médecins (prévention, traitement de base, traitement spécialisé, action de santé publique). La réponse à ces questions devrait déterminer le programme des études qui, jusqu'à présent est essentiellement calqué sur les programmes belges. Voilà pour les questions de fond qui restent actuelles et pertinentes. La littérature médicale présente les avancées sur le plan diagnostique et thérapeutique comme des réalités incontournables, qui font rêver n'importe quel médecin en quête et en rêve d'efficacité. Il y va aussi de l'amour propre de tout universitaire qui se veut à la pointe de son domaine. Les problèmes plus concrets sont la réalisation du programme par des enseignants trop peu nombreux et la formation nécessaire de futurs enseignants.

UN BESOIN DE FORMATION CONTINUE

Le second cycle des études de médecine démarre en 1996 dans des locaux précaires de l'UCB. Cette année là le professeur Marcel Crochet recteur de l'UCL rend visite officiellement à l'UCB ; il assiste à la remise

des premiers diplômes en sciences économiques et reçoit les étudiants stagiaires en médecine revenus de leurs deux années d'études à Cotonou. Dès l'année 2000 les étudiants et leurs professeurs peuvent s'installer dans de nouveaux auditoires construits à proximité de l'hôpital grâce au soutien de la coopération française. De 1998 à 2006 près de 140 médecins seront diplômés. Tous trouveront du travail dans les institutions sanitaires du Sud Kivu. En réalité, ces jeunes médecins constituent la grande majorité des médecins présents dans cet immense territoire au bénéfice d'une population de 4 millions d'habitants. Ces médecins, travaillant dans des conditions d'isolement et de précarité, demandent à être soutenus par une formation continue, pour que se justifie la cohérence et le maintien d'une Faculté de médecine. L'enseignement post gradué devrait être mis en place dans cette région. Il pourrait s'agir par exemple de moyens audio-visuels et d'émissions radiophoniques à l'usage des médecins et de la population.

Divers jeunes diplômés de ces promotions sont présentés par l'UCB pour se spécialiser et former le futur cadre enseignant de l'université et des cliniciens responsables de l'HGRB et de l'encadrement clinique des étudiants. L'UCL a largement contribué à cette réalisation en privilégiant la formation de médecins spécialistes en Afrique, s'efforçant de favoriser une formation proche des réalités sanitaires africaines et d'éviter aussi les problèmes d'acculturation que provoquent les séjours prolongés à l'étranger. De nombreuses bourses sud-sud ont été données pour des formations qui sont en cours à Bujumbura, Butare et Cotonou. Il s'agit d'actions projetées à long terme ; l'avenir nous dira si ce pari est gagné.

De nombreux médecins et autres professionnels de la santé de la faculté de médecine, des cliniques Saint-Luc et des cliniques de Mont-Godinne ont apporté leur contribution à l'enseignement des étudiants, aux jurys d'exams, à l'implémentation de nouvelles techniques diagnostiques et thérapeutiques, à celle d'une recherche clinique, à l'appui aux cadres

de l'UCB et de l'HGRB ainsi qu'à la réhabilitation de l'hôpital et de son équipement. (voir, en encadré, la liste des personnes). Plusieurs réalisations se sont faites avec la contribution incontournable de membres d'autres facultés de l'UCL (la Faculté des sciences économiques, sociales et politiques, la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, la Faculté des sciences appliquées).

Les semences du passé ont continué à germer dans une terre rendue aride par les conflits humains. Elles permettent de progresser vers l'utopie c'est à dire ce qui n'est réalisé encore en aucun lieu. L'utopie déjà réalisée c'est de créer une université et une école de médecine et de former de bons médecins dans un pays en guerre ; la plus urgente est de réaliser une université et une école de médecine qui forme des médecins capables de pratiquer une médecine adaptée aux besoins de la population locale en intégrant de façon réaliste les apports des progrès des sciences médicales. Il ne s'agit pas de copier ou d'imiter ce qui se fait dans les pays nantis mais d'inventer et de créer une université et un hôpital universitaire adaptés aux besoins de la société du Kivu.

Voilà un défi proprement universitaire qui nécessite un dialogue et une coopération étroite entre les Bukavien et les UCListes ! Il y faut aussi de la foi dans les hommes, ce qui est un beau programme pour les membres de ces deux universités catholiques.

Le groupe de Bukavu

Bernard Chatelain, Eric Constant, Anne Culot, Michèle Detry-Morel, Philippe De Villé, René Fiasse, Philippe Gathy, Claudine Guerrieri, Alexandre Hassoun, Stanislas Haumont, Jaroslaw Kolanowski, Dominique Latinne, Didier Moulin, Xavier Renders, Bernadette Snyers, Flor Stuyven, Paul Van Brandt, André Vincent...

Lovanium est toujours là et permet tous les espoirs

Malgré la faiblesse de ses moyens, celle qui est aujourd'hui l'UNIKIN a poursuivi un développement prometteur

René Fiasse

Au retour d'une mission de partenariat (enseignement, endoscopie et développement) avec l'Université catholique de Bukavu et son Hôpital Provincial Général de référence, dans le cadre du CGRI (Commissariat général aux Relations internationales de la Communauté française), j'ai séjourné à Kinshasa du 28 au 31 mars 2007.

Après avoir visité la bibliothèque bien fournie et informatisée du CGRI, j'ai été heureux de revoir notre ancienne assistante des Cliniques Saint Luc, le professeur Jacqueline Nkondi, qui vient de présenter sa thèse d'agrégation de l'enseignement supérieur sur H. Pylori à l'Université de Kinshasa (UNIKIN).

Avec Jacqueline, j'ai visité les bâtiments bien préservés de l'Université que le peuple kinois appelle toujours « Lovanium » : son bâtiment administratif central dont l'entrée est encadrée de marbre rose (photo 1), la Faculté des Sciences avec peintures murales (photo 2), les Cliniques universitaires (photo 3), une salle d'endoscopie (photo 4). Jacqueline y pratique toujours des laparoscopies mais les instruments de gastroscopie et de coloscopie ne sont plus opérationnels. La photo 5 montre la salle de recto-sigmoïdoscopie avec le Dr Ch. Mbendi et une infirmière.

Le staff du service de médecine interne et de gastro-entérologie est bien étoffé, de même que celui d'autres services que j'ai visités, comme le service de radiologie : 10 spécialistes, 3 assistants. En fait, la majorité des professeurs de la République Démocratique du Congo (RDC) se trouvent à l'UNIKIN. Il y a donc une infrastructure bien conservée, une masse critique d'enseignants et de cliniciens, et un grand nombre d'étudiants que les autorités essaient de réduire, vu la capacité limitée des auditoires (maximum 800 Places).

DES MOYENS INSUFFISANTS

Mais le problème majeur est l'insuffisance de moyens techniques et de rémunération du personnel paramédical et médical, vu les moyens financiers extrêmement limités de l'Etat congolais. La situation est encore plus grave à l'Hôpital Général de référence de Kinshasa, toujours appelé « Mama Yemo » (2000 lits occupés par des malades indigents) où j'ai rencontré les anciens des Cliniques Saint Luc : Dr David Lusakumu (Gastro) et Dr Nzamucho (Chirurgie). Davantage de soutien est nécessaire, en plus de celui des organisations non gouvernementales : envoi d'équipement, plus de contacts et d'échanges.

Avec le Dr P. Tshamala, directeur de l'Hôpital de référence Ngaliema (photo 6), où vient travailler en partenariat l'équipe des Cliniques Saint Luc de la Chaîne de l'Espoir (chirurgie cardio-vasculaire), nous avons rencontré le nouveau ministre de la Santé publique, le Dr Makwenge, licencié en médecine du travail de l'UCL (Pr Lauwerys). Nous avons plaidé pour une majoration de l'aide de l'Etat pour le personnel paramédical et médical des hôpitaux universitaires et de référence avec financement de certains plateaux techniques. En attendant que, avec la restauration de la démocratie, l'Etat se renfloue et bénéficie davantage de fonds internationaux, nous avons suggéré d'étendre à tout le pays le système mutualiste de type belge qui a déjà fait ses preuves au Sud-Kivu.

En conclusion, malgré les difficultés majeures des dernières décennies, Lovanium a pu, coûte que coûte, se maintenir et se développer, et former des générations d'acteurs compétents qui pourront contribuer à la reconstruction de ce grand pays si cher à tant de familles belges, dont un membre au moins y a déjà travaillé.



