



Le défi

Doyen de Faculté à Bukavu

Gastro-entérologue au Cameroun

Candidat-spécialiste en médecine interne

David Livingstone

L'Afrique subsaharienne, comprenant 56 pays et 1.128 millions d'habitants, inclut quatre sous-régions : Afrique de l'Ouest, Afrique de l'Est, Afrique Centrale, Afrique Australe y compris Madagascar. Les problèmes de santé y sont très préoccupants. L'espérance de vie moyenne est bien inférieure (souvent <40 ans) à celle des pays occidentaux et la mortalité infantile est très élevée.

Une des causes principales de mortalité est l'homicide ; c'est pourquoi les organisations de défense des droits humains réclament à cor et à cri que ceux-ci soient respectés, que le trafic considérable des armes dites légères soit stoppé, que les génocidaires et criminels de guerre soient traduits devant la Cour Pénale Internationale et qu'enfin ces pays accèdent au système démocratique qui implique un contre-pouvoir à l'image des servomécanismes en physiologie. Mais cela est très difficile vu les enjeux géopolitiques liés au pillage des matières premières (pétrole, or, diamants, etc.).

L'autre cause menaçant la santé des populations, même dans les pays émergents comme la République Sud-Africaine, est liée aux épidémies et endémies favorisées par une insuffisance d'hygiène et de structures de soins. Ainsi récemment, à la conférence de Mexico City sur le SIDA, on a rapporté que 22 millions des 33 millions d'habitants de la planète souffrant de cette maladie ou porteurs d'HIV se trouvent en Afrique subsaharienne et que deux tiers des patients africains nécessitant un traitement antirétroviral ne le reçoivent pas (Steinbrook S. The AIDS epidemic-A progress report from Mexico City. N Engl. J Med 2008;359:885-7).

Que faire au Nord pour le Sud ? Deux chroniques historiques sont rapportées ici : celle d'un grand idéaliste, le D^r David Livingstone et celle d'un médecin, le D^r Guy Pieters, ayant exercé dans les structures de santé naissantes à l'ère du Congo belge. Avant l'indépendance de ce pays, la création tardive de l'Université Lovanium avec sa Faculté de médecine et ses cliniques a été un jalon important pour continuer la lutte contre les maladies (cf. Ama 50, juin 2007), mais la mauvaise géopolitique a repris le dessus et a, en partie, saboté cet effort.

Beaucoup de médecins diplômés d'Afrique subsaharienne ont émigré vers l'Europe, souvent pour une question de survie de leur famille. Mais ce n'était pas l'idéal pour le développement de leur pays. C'est pourquoi, nous apprécions l'action du D^r Roger Ngoulla qui est retourné au Cameroun après une longue formation en Belgique et qui a créé un centre hospitalier à Douala. Le P^r Raphaël Chirimwami, qui a gravi tous les échelons de formation en Belgique jusqu'à l'agrégation de l'enseignement supérieur, est retourné aussi courageusement et, malgré les guerres, a contribué, comme Doyen, au développement de la Faculté de médecine de l'Université Catholique de Bukavu. Il a encouragé comme nous les jeunes candidats-spécialistes, comme le D^r Tony Shindano, à acquérir une formation mixte belgo-africaine, le diplôme de spécialiste devant être attribué par l'Université de Kinshasa (ex-Lovanium). Ainsi la meilleure forme de coopération est de soutenir le développement au niveau local avec des acteurs africains. Au plan de la santé, le développement de centres hospitaliers et hospitalo-universitaires pilotes favorisera l'amplification des soins de santé primaires et secondaires de qualité.

RENÉ FIASSE

Ama contacts

N° 57 - Décembre 2008

- 2 **Editorial.**
René Fiasse
- 3 **Le défi.**
Guy Pieters
- 11 **Anne-Marie Verwilghen. Une femme chirurgien au Congo.**
René Krémer
- 13 **Interview de Raphaël Chirimwami, Doyen de la Faculté de médecine de l'Université Catholique de Bukavu.**
René Fiasse
- 17 **Interview de Tony Shindano, candidat-spécialiste en médecine interne.**
René Fiasse
- 21 **Interview de Roger Ngoulla, gastro-entérologue au Cameroun.**
René Krémer
- 25 **Ils étaient médecins. David Livingstone, le médecin bon pasteur.**
René Krémer
- 27 **Citations.**

Le Défi

En 1953, lors de sa visite d'un dispensaire à 170 Km de l'hôpital de la FOMULAC, Guy Pieters fut confronté à une urgence abdominale gravissime chez une jeune femme ; il nous raconte comment il put relever ce défi thérapeutique.

Guy Pieters, 1953

La Fondation Médicale de l'Université Catholique de Louvain au Congo (FOMULAC) fut construite en 1926 à Kisantu, dans le Bas-Congo, non loin de l'importante mission des R.P. Jésuites.

Elle est en charge actuellement de trois responsabilités :

- celle de son hôpital de 130 lits et de sa maternité de 30 lits
- celle de l'enseignement à l'Ecole d'Assistants médicaux
- enfin celle de la santé d'une population de quelque 170.000 habitants et de la surveillance des 14 dispensaires du territoire de madimba (de près de 200 km de long sur 120 km de large) situé, lui, à 160 km au sud de Léopoldville.

Cinq de ces dispensaires sont des dispensaires de missions et se trouvent sous la responsabilité de religieuses infirmières, les autres sous des dispensaires d'Etat aux mains d'infirmiers diplômés dont l'hôpital assure la logistique en médicaments et petit matériel.

Les médecins du centre assument chacun - à date fixe et dans le même secteur territorial - leur « tour de brousse ».

Le mien, chaque mois, est de trois jours consécutifs. Premier jour, à la mission de Lemfu, à 45 km ; deuxième jour à la mission de Ngindinga à 50 km ; troisième jour au dispensaire de Kindopolo, à 80 km plus au sud encore, à la frontière de l'Angola. De là, le retour se fait en une étape par la piste lente et fatigante dans la nuit.

Ces divers dispensaires sont ouverts tous les jours.

Le médecin en visite de dispensaire a pour tâche :

- l'examen des quelques cas aigus retenus à proximité pour traitement par l'infirmier
- les consultations pour ceux qui sont venus, parfois de loin, pour « voir » le médecin
- le contrôle des malades chroniques en traitements ambulatoires : tuberculeux, lépreux, syphilitiques et autres
- la supervision des consultations prénatales et des nourrissons
- la désignation de malades à ramener à l'hôpital ou à la léproserie.

Comme d'habitude, nous partons avec la camionnet-



Dessin d'Edith Dasnoy. Editions Laconti.

te pick-up. Nous, c'est-à-dire Joseph, le chauffeur (qui conduit pieds nus !), André Nsangu, l'assistant médical et moi, le médecin. Nous accompagnons aussi quatre congolais guéris et deux indigènes inconnus qui sont venus se planter très tôt, en silence, devant le véhicule avec leurs baluchons... les auto-stoppeurs ne sont jamais refoulés lorsqu'il y a de la place. A trois dans la cabine avec six passagers à l'arrière, en plus de la caisse de médicaments pour le dispensaire d'Etat et nos bagages personnels, cela fera une charge bien utile pour stabiliser la fourgonnette dans les ornières sableuses de certains tronçons de la route.

Pour cette tournée-ci - et Dieu sait pourquoi ! Dieu sait sans doute toujours pourquoi ! - j'avais prévu qu'au lieu de quitter Ngindinga à l'aube du troisième jour, nous partirions dès le dispensaire terminé, en fin d'après-midi, vers Kindopolo. Nous ferions, même fatigués, le chemin restant pour aller nous installer dans ce coin perdu, afin de goûter une espèce d'ambiance "hors du monde, du temps et de l'espace"... au moins pour moi, l'occidental émigré.

Le motif déclaré et défendable était que nous serions sur place très tôt le mercredi, et que cela nous permettrait d'avoir une journée entière pour régler à l'aise tous les problèmes qui se présenteraient, avant de reprendre la route pour la longue étape de retour

à la vitesse moyenne de 35 km à l'heure, avec d'éventuels malades à hospitaliser.

Départ vers 16 heures.

Il nous reste une femme opérée et guérie à emmener et deux nouveaux voyageurs par la piste principale sur 30 bornes (si l'on peut dire... car rien n'est balisé), puis par une piste secondaire sur près de 50. Savane brûlée, chaleur encore lourde, solitude végétale, sable inattendu après certains virages et emballement du moteur. Rien à distinguer dans le paysage d'arbustes rabougris et d'herbes desséchées. Monotonie et cahotements, silence entre nous, pensées imprécises ailleurs. Seul, Joseph demeure concentré sur sa tâche c'est-à-dire éviter les embardées. On roule, on roule pendant trois heures. Puis subitement, après avoir eu l'impression de devoir avancer éternellement pour ne déboucher sur rien, voici enfin le poste sanitaire le plus éloigné de notre hôpital de référence.

Kindopolo possède depuis deux ans un dispensaire en briques avec toit de tôles : bâtiment de six mètres de côté, divisé en quatre pièces communiquant par des portes intérieures et entouré d'une "barza". L'équipement n'est que celui de l'ancienne bâtisse : en pisé et au toit de chaume (qui sert actuellement aux chèvres et aux poules), c'est-à-dire que le matériel est inadéquat, vétuste et pauvre. Autour de ce bloc tout blanc, s'éparpillent une petite palmeraie et quelques manguiers... parmi lesquels se nichent une vingtaine de huttes qui forment le village. Bonaventure Luboti en est le seul personnage officiel : il est l'infirmier payé par l'Etat ! Ce nom lui vient sans doute du fait qu'il est né ou qu'il fut baptisé le jour de la Saint Bonaventure : pas compliqués les chrétiens congolais !

Nous sommes arrivés au moment du déclin rapide du soleil derrière les arbres qui bordent une proche rivière. "Ca va ?"... "Oui, ça va",... "Mais pourquoi êtes-vous là déjà aujourd'hui ? ..." "Parce qu'on avait fini à Ngidinga",... "Ah, bon"..."On va commencer par s'installer"..."Oui, je vais chercher la clef du dispensaire"..."D'accord !"...

J'avais prévu pour moi-même un lit de camp démontable en aluminium, mon nécessaire de toilette, un réchaud à essence et un peu de ravitaillement. André, qui connaissait mes intentions, avait apporté une large valise en carton et Joseph n'avait qu'un maigre baluchon, car il se débrouille toujours auprès des villageois. Tout est rapidement arrangé : monter mon lit dans une des pièces vides du dispensaire, allumer le réchaud, préparer le thé, ouvrir une boîte de sardines et débarrasser les biscuits, faire ma petite cuisine sur la véranda. Les autres font de même, je suppose... Survivre avant de vivre : boire, manger et respirer à l'aise. Plus tard, dormir. Et demain seulement, travailler !

La nuit commence à s'épaissir et j'écoute s'élever le craquettement des cigales et le coassement des cra-

pauds. Je me sens bien, à l'unisson de l'univers, parmi les étoiles, dans leur vertigineuse harmonie physique et poétique... et je rêve, je plonge dans l'infini...

Trop tôt, quelques bruits d'activité humaine me ramènent à la réalité, ainsi que les piqûres de moustiques qui me harcèlent aux chevilles. Que faire alors, ici, dans cette nuit fervente, sinon aller s'asseoir humblement à même le sol auprès d'un feu dansant, goûter à la vie mystérieuse de ces hommes d'un autre monde que le mien, et tendre les mains vers la flamme sécurisante au milieu d'un cercle d'ombres que dessinent les huttes. C'est le moment du présommeil des petits enfants noirs qui sont venus se blottir entre les genoux des adultes; c'est l'heure des songes éveillés des vieux qui racontent, par bribes et morceaux, leurs incertitudes des choses et leurs difficultés avec les esprits ancestraux; c'est aussi le temps de veille des chiens couchés le museau entre les pattes mais l'oreille dressée.

Mes amis, André, Joseph et Bonaventure sont là avec quelques autres à regarder la pavane de lumière qui se joue sur les visages. Un pâle quartier de lune est là aussi, qui veut rendre la nuit favorable. Au loin, quelques vagues lueurs d'éclairs, quelques grondements sourds de tonnerre et quelques appels intermittents de tam-tam n'inquiètent guère.

Chacun attend, dans la relative fraîcheur, que la fatigue commence à engourdir ses membres, avant de faire le dernier effort de la journée : celui de se lever péniblement et d'aller confier son corps au sommeil dans les paillotes silencieuses. Le dernier partant rassemblera les braises afin qu'elles puissent résister à l'humidité de la nuit et être réactivées dès l'aube.

En retournant à mon logement me vient à l'esprit cette question difficile : pourquoi les hommes persistent-ils à survivre dans des lieux inhospitaliers et à y faire des enfants qui vont y perpétuer des vies de malaise et de pauvreté ou même de misère ? Grâce à ma torche électrique, je me repère facilement dans ce cube nu et chaulé qui me sert de dortoir et je vérifie les lieux : une demi-douzaine de petits lézards collent, immobiles, aux murs et au plafond : ils sont là en service-moustiques et c'est parfait; deux cancrelats s'enfuient de mon bagage: ils sont là en service-poubelle et c'est désagréable. Dans la pièce flotte une odeur douceuse, celle des excréments de chauve-souris qui nichent et qui font de temps en temps leur tintamarre dans le vide ventilé du toit.

Déshabillé et ne gardant que le caleçon, je me coule dans un drap de lit plié en portefeuille; il faut, en effet, se protéger le corps entier, y compris la tête, contre la faim sanguinaire des anophèles femelles qui inoculent le paludisme.

Demain matin, je devrai secouer vigoureusement mes vêtements pliés à côté de moi sur le sol afin d'en chasser d'éventuelles araignées. C'est la routine de brous-

sard blanc. Sur mon lit de camp, dans mon cocon de coton, je ne trouverai que difficilement une position confortable pour mon corps fourbu. Mais je finirai par m'endormir, indifférent à devoir vivre demain ou mourir peut-être après-demain, mais serein d'être ici et maintenant, simplement heureux d'exister !

A l'heure très matinale où je reprends conscience, un brouillard s'effiloche encore à la cime des palmiers de mon oasis de savane. Après m'être retourné plusieurs fois, courbaturé, sur ma paillasse, j'imagine que des malades, avec leurs accompagnants, s'avancent déjà en file, dans le froid de l'aube, le long des sentiers de la savane. Peu de gens, sans doute, viendront d'au-delà de la rivière Inkissi qui fait frontière avec l'An-



Passage de rivière sur pirogues

gola; un chemin y mène cependant qui débouche sur une berge où sont amarrées quelques pirogues de passeurs.

Là, il y a peu d'années encore, fonctionnait un radeau à filin qui pouvait transborder des camions de commerçants. La route, sur la rive d'en face, demeure dessinée entre deux murs de végétation et disparaît dans l'imaginaire. Un jour, il y a bien des mois, je fus amené à passer l'eau, demandé par le douanier portugais habitant à une heure de marche. Il vivait avec son épouse, vigie d'une lointaine administration, au bord de la piste qui n'est plus guère parcourue, mais toujours entretenue, comme par habitude, par les cantonniers. Devant sa maison en pisé crépi blanc et au toit de chaume flottait le drapeau portugais car l'Angola est territoire national. Le fonctionnaire souffrait de paludisme chronique avec grosse rate et gros foie ! A renvoyer dans sa patrie ! Mais l'Angola où il est né est précisément sa patrie. Le renvoyer en métropole ? Mais il n'y a pas de famille. Je lui ai laissé des médicaments et des vitamines. Il dépérira vraisemblablement, là, délaissé et oublié, à la périphérie de son univers d'infortune.

Il n'est que six heures et le soleil roule déjà son disque incandescent dans le ciel à une vitesse mesurable de minute en minute. Il est temps d'agir : de "se lever, se laver, se raser et s'habiller". Puis de se sustenter de thé, de lait condensé, d'un morceau de pain rassis et d'une banane. Autre routine de broussard besogneux !

Autour du dispensaire se rassemblent déjà une vingtaine de personnes ; des malades, des accompagnants et sans doute quelques curieux. Voilà qu'arrive un grabataire porté sur une civière de bambous... J'ai fait savoir que l'on commencerait à 7 heures, mais cela n'émeut personne puisque personne ne possède de montre. Les gens viennent s'aligner dans la véranda et le défilé va pouvoir débuter. Ils passeront un à un la porte pour se présenter devant la grande table en bois où sont alignés le registre d'inscription, les fichiers des malades chroniques, tuberculeux, lépreux et sommeilleux, que l'infirmier du lieu soigne chaque semaine et que le médecin supervise chaque mois.

Dans un coin de la pièce, une vieille table médicale, derrière un paravent en bambou et nattes, permet d'examiner des malades dans la discrétion. Enfin, sur une large planche posée sur deux chaises sont rangés les médicaments et les seringues. La répartition des tâches entre André, Bonaventure et moi-même permet une activité soutenue, coordonnée et précise. Vers 10 heures, nous avons déjà retenu, pour le retour à

l'hôpital, un homme souffrant de hernie, un autre qui présentait un phlegmon périnéphritique, un enfant atteint d'anémie grave qu'accompagnerait sa mère et un lépreux au stade 3 à diriger vers la léproserie des Soeurs de S' Vincent de Paul, dans le nord du territoire administratif, à Nsona-Mbata.

C'est alors que l'infirmier introduit une jeune femme plutôt souriante qui souffre d'hémorragies et à laquelle il déclare avoir administré depuis une semaine, journellement, quelques gouttes de laudanum, car selon lui, il s'agit d'une fausse couche. L'interrogatoire de cette patiente et son examen clinique révèlent qu'en fait, elle présente une grossesse extra-utérine gauche qui a probablement déjà saigné dans le péritoine. Il faudra donc qu'elle aussi nous accompagne ce soir pour être hospitalisée... Entretemps, elle ira se reposer dans une des huttes, surveillée par notre chauffeur, Joseph, afin qu'il ne lui prenne pas la fantaisie de rentrer chez elle, en n'ayant pas compris à la gravité de son cas.

Elle renoue son pagne pudiquement et sort en se dandinant. Elle traverse l'espace ensoleillé vers les huttes, lorsque, subitement, elle s'effondre. Stupeur

et cris du bon peuple ! Nous nous précipitons : ordres brefs de ma part et silence. La jeune femme est immédiatement ramenée sur la table d'examen et placée le corps en position déclive. Le pouls est impalpable et la tension imprenable, les conjonctives sont pâles : elle saigne positivement dans le bas-ventre. Il y a urgence !

Mais que peut-on bien faire d'une telle urgence lorsque l'on se trouve à 170 km d'une salle d'opération, sans moyen d'appel ? Appeler qui d'ailleurs et pour quoi faire, ici ? Sans autre moyen de communication que la piste cahotante que l'on mettra plus de cinq heures à parcourir dans la poussière et la chaleur, dans la sueur et la soif. Il y aurait peut-être moyen de risquer les 80 premiers kilomètres jusqu'à la mission de Ngidinga ? Encore faudrait-il que la malade survive au voyage ! Nous sommes enfermés dans un cercle de fatalité, dans la réalité effarante des hasards... A moins de nous rebeller et de nous préparer à jouer une carte de contre-hasard avec virulence et rage ?

Une décision est à prendre, mais laquelle ? ... Et si elle est à prendre, cela devrait être rapide. Penser vite et penser juste, est-ce parfaitement conciliable ? Plus tard, on dira sans doute : "*Il aurait pu*" ou "*Il aurait dû*". Mais je ne puis m'empêtrer dans des considérations théoriques ou chimériques. Il faut agir maintenant. Mais ce qui commence à s'insinuer dans mon esprit, serait-ce faisable ?

Quelques jours plus tard, à l'aise, j'ai pu m'amuser à un baratin introspectif pour évaluer la part d'orgueil inavoué, à ce moment-là, la part d'altruisme implicite

et celle du goût du risque calculé, qui ont pu surgir de mon inconscient et qui échappent aux chemins de réflexion cartésienne dans les situations d'urgence. La pulsion d'action submerge parfois le frein de la logique élémentaire.

"André, cette fille fait une hémorragie interne"

"Oui monsieur, je comprends".

Il est évident qu'André comprend ! Et alors ? Il sait que c'est grave. Bien sûr ! Mais, sapristi, que faire ? Que faire pratiquement ? La réponse ne peut être que celle-ci : A 170 km et six heures de piste infernale, il n'y a rien d'autre à faire que d'accepter le destin. Point. Terminé.

Mais ne suis-je pas déjà occupé, sans en avoir une pleine conscience, à glisser vers un chemin irréversible, en demandant d'une voix forte mêlée à un frisson d'inquiétude :

"Est-ce que cette fille n'est pas venue ici avec quelqu'un de sa famille, qui puisse me parler ?"

Et me tournant vers mon assistant, j'ajoute à voix basse :

"Je crois qu'il faudrait pouvoir envisager de l'opérer ici, sinon elle sera morte avant midi ..."

"Oui, docteur" acquiesce André qui, faisant quelques pas vers la fenêtre, annonce bien haut : "*Le docteur dit qu'il va opérer la fille ici, sinon elle va mourir !*"

Bon Dieu, mais il va trop vite ce type. André télescope tout. Ce n'est pas cela que j'ai dit exactement. Maintenant il est trop tard, trop tard. Nous sommes coincés ! Des dizaines d'yeux et d'oreilles en effet sont

tournés vers nous, nous enfermant dans un silence dont je ne puis apprécier le sent exact. Nous sommes prisonniers de leur imagination inaccessible. Ils ne peuvent comprendre ce que nous devrions entreprendre puisqu'ils ne savent pas ce qui se passe dans ce ventre de jeune femme.

Il y a 150 ans à peine, en Occident, on "fourrait" sous la même rubrique médicale de "fluxion du ventre" aussi bien des appendicites, les péritonites que les occlusions et les hémorragies abdominales. Il n'y avait pas de chirurgie possible car on n'avait pas encore inventé l'aseptie et l'anesthésie. Et ici ? Et ici ? A deux siècles de la civilisation occidentale ?

Ceux qui sont au-dehors sentent peut-être confusément que je vais devoir engager toute ma sorcellerie d'homme blanc. Mais je suis seul à sentir combien ma témérité est grande et combien sera lourde ma solitude pendant les heures difficiles qui viennent.

J'aurais pu dire - mais on se dit cela après coup - que je ramènerais la malade à l'hôpital où nous possédons pleinement nos pouvoirs de magie et nos instruments de féticheurs étrangers. Et d'ajouter que si la fille mourait en cours de route, ce serait parce que leurs esprits maléfiques étaient opérants jusqu'à un jour de marche d'ici. Ils auraient sans doute accepté l'argument. Mais c'eut été tricherie de ma part.

La décision s'est imposée comme en-dehors de nous : il faut en accepter toutes les contraintes prévisibles et imprévues.

"Qu'avons-nous réellement à disposition pour pratiquer une laparotomie ? Avec rien, on ne peut rien faire; avec un petit quelque chose, on peut essayer de se débrouiller..."

André et Bonaventure me regardent. Sont-ils sceptiques ? Sont-ils fatalistes ?

Dans nos déplacements en brousse, nous emportons toujours une élémentaire trousse de petite chirurgie qui permet des sutures de plaies et des incisions d'abcès. Aussi un tambour chirurgical avec quelques champs opératoires stériles et des compresses, un peu de catgut et du fil de soie, un flacon d'anesthésique local et trois ampoules de morphine, le tout rangé dans une malle métallique de la Croix-Rouge. Réagir, organiser et agir. Sans perdre de temps.

"Bonaventure, demande à ta femme de mettre sa grande casserole sur le feu et d'y faire rapidement bouillir de l'eau. Elle doit stériliser trois gobelets en émail, une fourchette et toutes tes seringues. Aussi le fil avec lequel elle répare les culottes de tes gosses. Et la sonde vésicale qui a déjà servi ce matin. Il faut qu'une autre femme prenne immédiatement mon drap de lit, le découpe en larges morceaux et les repasse avec un fer-à-brûles très chaud, vraiment très chaud mais sans les brûler; cela fera des champs, supplémentaires quand même un peu stériles. Explique-leur clairement et vite !"



Le grand chef dont il faut reconnaître l'autorité.

Le brave Bonaventure a compris et transmet le message avec persuasion.

"Et nous, André, nous nous mettons torses nus avec un morceau de drap autour de la ceinture..., et on se barbouillera les avant-bras et la poitrine avec de l'alcool iodé... On verra bien si notre peau en pèle... On verra bien..."

Chacun s'affaire et quelques directives furent encore. Je surveille tout car je suis responsable de tout. Le temps passe et le temps presse. Je puis rapidement constater que des femmes semblent bien avoir perçu qu'elles participent à quelque chose d'extraordinaire : l'une active le feu, une autre découpe le drap, une troisième prépare son fer à repasser et des enfants apportent, en riant, de l'eau et du bois.

En moi-même, je murmure : "Toi, ma bonne fille, essaie de tenir le coup encore une demi-heure et nous pourrons escamoter ta vie à ta mort. Tout cela n'était pas prévu dans tes circonstances intimes, mais nous allons relever, ici au bout du monde, le défi d'une des imperfections de la nature. Nous allons jouer contre le temps, contre la précarité de notre matériel, contre la chaleur et l'isolement. Nous voulons contrer ton destin naturel par nos pauvres moyens artificiels. Allons, fais ton possible et nous ferons le nôtre..."

"Au fait, comment s'appelle-t-elle ?"

"C'est Mélanie, son nom est sur sa fiche."

"Mélanie, mon enfant, sois calme, dors, nous sommes tous là..."

Entretemps, la famille de la patiente est arrivée : il s'agit d'un jeune homme qui sedit le frère et d'une femme âgée qui est la tante. On leur explique notre décision en des termes qui n'autorisent guère de longs palabres. La vieille a dit, en levant les bras au ciel, comme dépassée par notre fermeté :

"Enfin, c'est toi le munganga (le guérisseur) !"

Les Africains ne sont pas inférieurs : ils sont autres. **Hubert Liautey**

Lorsque les blancs sont venus en Afrique, nous avions les terres ; ils avaient la bible. Ils nous ont appris à prier les yeux fermés. Lorsque nous les avons ouverts, les blancs avaient la terre. **Jomo Kenyatta**

L'homme blanc en Europe, noir en Afrique, jaune en Asie, rouge en Amérique, n'est que le même homme teint de la couleur du climat. **Georges Louis Buffon**

Assimiler sans être assimilé. **Léopold Sédar Senghor**

J'entends des bruits naître et mourir dans la forêt tropicale,
Qui, jusqu'à la venue des blancs est bien restée virginale.
C'est le vent de la nuit qui court, qui court en tout lieu
A travers les herbes, les buissons et des milliers de lieues.
Au clair de lune des hordes de zèbres attroupés.
Et telles des larmes qui roulent sur les joues,
Les comètes filent dans le ciel et se perdent dans le flou.
Comme un chœur, des millions d'insectes bruissent ;
Soudain le chant ancien de la prairie tonne dans la nuit
Cet hymne que nulle oreille n'oublie ici
Le sang se fige net dans les veines de chacun
Quand sonne ce sortilège si proche et si lointain,
Oyez, ce sont les lions qui chassent.

Karen Blixen Ex Africa (1925, traduction du danois par Alain Gnaedig)

Les consultants venus de leurs brousses attendront patiemment sous les arbres dans la chaleur qui envahit tout. André est allé leur dire quelques mots et répondre à quelques questions. Sa présence doit certainement conforter la confiance qu'ils peuvent avoir dans cette médecine venue de loin, cette "affaire de blancs", alors qu'ils continuent par ailleurs – et pour-quoi pas – à utiliser les ressources de la médecine traditionnelle pour toutes leurs affections courantes.

Nous disposons, autour de la table d'examen où repose la malade, nos meubles incongrus afin que la pièce ait un semblant de salle d'opération fonctionnelle. Pas de lampe scialytique, pas de petite table à instruments, pas de guéridon. Il y a seulement la grosse table en bois qui sert à tout pendant les consultations et qui devra servir à tout pendant l'opération... et il y a aussi les deux chaises où déposer le tambour et la boîte métallique.

Le problème qui me tracasse demeure celui de l'anesthésie. A l'hôpital de la Fondation, la majorité des césariennes se pratiquent sous anesthésie locale : cela doit donc être faisable ici... mais mon flacon de xylocaïne a déjà été entamé. D'autre part, j'ai un peu de morphine. Etourdir la malade avec du laudanum, comme le faisait Dominique Larrey sur les champs de bataille de Napoléon, devait être passablement toxique et insuffisant. Là, c'était pour des amputations ! Une chirurgie non-viscérale ! Donc, évidemment exclu ici !

"André, dis-je, il faudra travailler très vite car l'anesthésie sera vraisemblablement médiocre. Et pourtant, on n'a pas le choix !"

"Oui monsieur, il faudra bien lier la fille sur la table, sinon ce sera la catastrophe. Je m'en occuperai".

"Il ne faudrait pas que cela tourne à une mascarade sanglante dans l'agitation et le désordre, et qui soit suivie de décès" ajoutai-je comme pour exorciser le mauvais sort !

La jeune femme est sortie lentement de son évanouissement. Elle est calme et respire régulièrement. Son pouls est prenable. Bonaventure tourne en rond ne sachant à quoi se rendre utile, semble-t-il, puis disparaît dans la pièce d'à côté. Mais il revient assez rapidement tenant en main une ampoule en verre brun et disant :

"Je me suis rappelé... j'avais ça depuis longtemps au fond d'un tiroir..."

Une ampoule de 30 grammes de chloroforme ! Le ciel nous donne du chloroforme ! Mais comment cette ampoule a-t-elle échoué ici, où on ne l'emploierait jamais, parce qu'il n'y aurait jamais de motif de l'utiliser au fond de la brousse ni quelqu'un de compétent pour en faire usage ! Et quel est donc l'hurluberlu du dépôt de notre pharmacie qui a, un jour, "fourré" cela dans une caisse pour le dispensaire le plus éloigné du secteur afin de s'en

débarrasser sans doute, puisque ce produit "dépassé" n'est plus utilisé à la Fondation ? Que ce farfrelu soit béni, remercié mille fois, pour son initiative stupide ! Tout en devient plus facile et la situation mieux maîtrisable.

Cela arrive-t-il souvent que le ciel se manifeste ainsi, un peu, un tout petit peu, en donnant un léger coup de pouce, comme pour approuver en quelque sorte les audaces des insensés ?

"Bonaventure, sais-tu faire une anesthésie au masque ?"

"Non monsieur, je n'ai jamais fait, mais j'ai vu faire pendant le stage".

"Bon, écoute-moi bien. Je vais endormir la fille avec ce chloroforme. Et dès qu'elle est endormie, tu prendras ma place, ici, sur la chaise et chaque fois que je dirai "encore", tu verseras dix gouttes sur la compresse qu'elle aura sur le nez. Dix gouttes et pas une de plus ! As-tu bien compris ?"

"Oui, patron, dix gouttes et pas une de plus !"

"Et tu lui tiendras bien le menton comme ceci, car si elle avale sa langue, c'est foutu : je ne pourrai pas venir t'aider à la rattraper !"

"J'ai compris, ce sera pas foutu".

Il est sûr de lui, ce brave et courageux Bonaventure, qui vit ici à longueur d'année.

Est-il confiant ou seulement obéissant ? Je ne sais. Mais il suivra mes instructions ponctuellement, cela j'en suis certain.

"André, allons-y".

Un seau d'eau chaude est apporté; nous nous brossons les mains et les bras jusqu'aux aisselles; nous utilisons un bloc de savon de Marseille, puis c'est la débauche d'alcool iodé sur nos torsos et nos avant-bras.

"Qu'on apporte les loques et le matériel qui a bouilli..."

Et tout arrive et **les gestes se coordonnent** : linges autour des ceintures, linges sur la table, instruments sur les linges, matériel de suture, tasses en émail pour une autotransfusion, citrate de soude et seringues. J'entreprends l'anesthésie locale en traçante sur la ligne abdominale médiane : cela supprimera d'autant les réflexes de défense et permettra une anesthésie générale moins profonde.

"Monsieur, il y a des gens à la fenêtre", s'inquiète l'infirmier.

"Cela n'a pas d'importance, mon vieux. Dis-leur seulement qu'ils peuvent regarder mais que je veux le silence. Et ferme la porte à clef !"

"Cela n'a pas d'importance, mon vieux. Dis-leur seulement qu'ils peuvent regarder mais que je veux le silence. Et ferme la porte à clef !"

Le processus est en cours; il nous faudra maintenant exploiter nos savoirs et nos savoir-faire avec lucidité et promptitude.

"André, il n'y a ni masque, ni blouse, ni gants, ni cahots. Attention à notre sueur et à notre salive; une goutte dans le péritoine et c'est la péritonite ! Parler le moins possible, ne pas perdre de compresse dans le ventre... Mon Dieu, attention aux compresses !"

Et, m'asseyant à la tête de la malade et lui tenant fermement le menton, je commence à l'endormir avec ce chloroforme exhumé des ténèbres d'un tiroir. La

jeune femme ne réagit que très peu, son corps ne se révolte guère... Heureusement ! Car je perçois des visages collés aux vitres et qui scrutent cet autre mystère des blancs : l'anesthésie.

"Viens, Bonaventure, c'est à toi. Mets ta main gauche là, à la place de la mienne, comme cela. Et n'oublie pas : dix gouttes et pas une de plus !"

Et les choses se font presque automatiquement; et chacun joue son rôle tout simplement. André aseptise l'abdomen et place les champs opératoires. Je me badigeonne à nouveau d'alcool. Je vérifie la table.

"On y va. Bistouri!"

L'ouverture de la paroi abdominale est réalisée en moins de 100 secondes. Cela ne saigne guère puisque la tension artérielle est basse. Mais l'incision du péritoine produit un petit geyser de sang, subit et fugace. J'entends un "han" à la fenêtre et crie "silence !". Il nous faut alors récupérer le maximum de sang du ventre avec un des gobelets et le verser à travers une couche de compresses dans un autre contenant l'anticoagulant. Dès que l'on s'y retrouve un peu par la vue et la palpation, une pince hémostatique est placée à l'origine de la trompe utérine délinquante. L'hémorragie interne est arrêtée. Cela a pris près de cinq minutes. Nous nous regardons un instant et une conversation de style télépathique s'établit entre nous; un sourire pointe au fond de nos regards attentifs. Et puis, c'est la routine, comme à l'hôpital : on enlève parcimonieusement l'annexe, on vérifie la propreté du petit bassin et l'on referme classiquement la paroi. Cela demandera une demi-heure de gestes précis et coordonnés.

Avant la fin de l'opération, André s'applique à retransfuser le sang récupéré, seringue après seringue, dans une veine de l'avant-bras de l'opérée. Bonaventure, imperturbablement, a rempli son office d'anesthésiste. N'ayant à prendre aucune initiative et ne souffrant d'aucune inhibition, il fut parfaitement efficace. Je l'ai entendu à chacune de mes injonctions compter jusqu'à dix à mi-voix. André fut techniquement parfait. Il le fut encore davantage, moralement, lorsque, après l'autotransfusion de 240 centimètres cubes, il donna 300 grammes de son sang, du groupe universel, à cette fille inconnue. Et ceci, avec le minimum de "quincaillerie" que nous avions à disposition; cela dura encore une grosse demi-heure. Toute l'intervention allait peut-être bien se montrer quelque peu pyrogène. Mais quelle importance dans l'ordre des priorités ! De toute façon, l'opérée allait recevoir une cure de Pénicilline et son premier million d'unités immédiatement, de même qu'une morphine. Que son ange gardien fasse le reste !

Les indigènes n'ont pas bronché pendant la démonstration de magie blanche. Mais ils ont manifesté leur joyeux étonnement lorsqu'ils ont vu la fille bouger la tête et chercher à se dégager les bras : elle était bien vivante. Celle-ci, le ventre serré dans une cotonnade propre, fut déposée sur mon lit de camp, dans ma

chambre. Joseph, le chauffeur, mais aussi la vieille tante, resteraient à son chevet, avec ordre de lui verser dans la bouche une cuiller d'eau bouillie, toutes les cinq minutes. Joseph reçut mon bracelet-montre, pour minuter sa tâche.

André, le noir, et moi, le blanc, nous sommes en sueur, bruns d'iode et rouges de sang. Il nous faut nous laver et échanger pantalons et chaussettes contre des pagnes bariolés pour être abordables et présentables. Nous demandons à quelques femmes de bien vouloir nettoyer nos vêtements à la rivière. On a le temps de les laver, de les faire sécher et peut-être même de les repasser afin de nous permettre de rentrer à la Fondation sans trop attirer l'attention du personnel de nuit. Tout le monde rit de bon cœur de nos accoutrements et c'est bien ainsi.

Il est midi et le soleil est à la verticale. Nous commençons par nous sustenter : quelques arachides grillées, des bananes et un reste de biscuits font l'affaire. Nous vidons nos gobelets d'eau bouillie et tiède pendant que des femmes, assises à l'écart, entonnent à voix douces une mélodie où je puis discerner le mot "munganga" qui revient en refrain d'une histoire dont je puis vaguement discerner le sens. Mais, braves gens, c'est tous ensemble que nous avons joué le jeu du risque et que nous avons réussi; c'est là le mystère des interactions événementielles et humaines.

On installe la table lavée et les chaises, à l'ombre d'un manguier, avec fichiers, registre, stéthoscope et flacons de remèdes. **Le dispensaire peut recommencer à fonctionner.** Il y a encore pas mal de travail avant le départ. Mélanie s'en tire; son pouls est bon. On l'évente, on lui donne consciencieusement sa cuiller de liquide, on lui rafraîchit le front, on lui parle doucement dans sa demi-conscience.



Mon petit ami André

Vers 17 heures, la plupart des indigènes sont repartis vers les villages. La chaleur commence à tomber. Il est temps de penser à **se remettre en route**. On prépare le pick-up. L'opérée sur le lit de camp occupera le centre de la cabine arrière. André et moi-même, nous nous relayerons auprès d'elle. Nous prendrons aussi la vieille tante, l'homme au phlegmon péri-rénal, l'enfant anémique avec sa mère et le lépreux. C'est à vitesse réduite que nous avançons sur la piste : il nous faut évidemment choisir entre un certain confort de l'opérée, en évitant les secousses du chemin, et la vitesse qui lui permettrait d'être plus rapidement dans un vrai lit, au calme, avec des soins adéquats. Joseph a bien compris la situation et réalise des prouesses de conduite dans le sable ou sur la latérite, évitant ornières et nids de poule.

Il fait nuit lorsque nous arrivons au dispensaire de Ngidinga, où la religieuse-infirmière, distraite de son heure de prière, enregistre sans commentaire notre histoire succincte et s'affaire à nous trouver un flacon de liquide physiologique. Dans l'infirmierie, où l'on s'éclaire à la lampe à pétrole, l'opérée est réveillée et nullement désorientée : elle ne se plaint guère, elle sait que l'on s'occupe de tout. La confiance, c'est pour le moment même; l'émotion, ce sera pour plus tard dans les souvenirs...

En attendant que le goutte à goutte réhydrate le corps de la fille, André et moi, nous allons prendre le frais à l'extérieur : le ciel est d'un bleu sombre où des milliards de lampions scintillent...

Mais les étoiles ne donneront jamais de réponses à nos interrogations sur le jeu complexe de la vie et de la mort, sur l'intrication des causes et des conséquences, sur les hasards et les déterminismes qui roulent et se bousculent de jour en jour et d'âge en âge.

En revenant dans le local, André surprend la vieille occupée à abreuver copieusement sa nièce avec de l'eau trouvée Dieu sait où ! Il ne faut quand même pas tenter le diable et "bousiller" une "post-op" encore très précaire !

"Sors d'ici, Mamma, et attends près de la camionnette. Ta nièce guérira mieux sans toi. Allez, dehors !"

D'ici, il y aura encore trois grosses heures de patience à s'imposer pour arriver à l'hôpital avec notre précieuse bagage. **Nous roulerons entre deux murs d'obscurité** que la nuit construit de chaque côté de la piste; Joseph la scrute attentivement de ses yeux de chat. Pas de rencontre, ni homme, ni camion, ni bête. Seulement seront aperçues ça et là les flammes dansantes de feux de bois entre des paillotes qui sommeillent à distance de la route. Inutile de s'arrêter, vers 22 h 30 au poste de Lemfu, endormi. Nous le traversons en devinant à gauche la mission des Pères Jésuites, avec son église et ses écoles des garçons et à droite, le couvent des Soeurs de Notre-Dame avec leur internat pour filles et le dispensaire.

La route, silence. La route, patience. La route, somnolence.

Vers minuit, l'entrée à l'hôpital se fait sans bruit et sans explication au sujet du retour aussi tardif. L'opérée est installée dans le pavillon de gynécologie. L'infirmier de garde placera une sonde vésicale, mettra un nouveau Baxter et injectera un flacon d'antibiotique. La vieille est autorisée à dormir sur une natte sous le lit de sa nièce. Je salue, en regardant le ciel énigmatique, tous ceux qui veillent activement l'humanité afin que les autres puissent dormir en paix et sans souci.

Le lendemain matin, tôt, je retrouve André Nsangu, déjà au chevet de Mélanie Makonga : tout paraît en ordre et personne ne questionne. Le dossier est rédigé, le personnel a reçu ses instructions. Nous pouvons chacun aller vaquer aux tâches de nos programmes respectifs.

Un peu plus tard dans la matinée, **je croise le médecin-directeur de la Fondation**. Il y est aussi le gynécologue attitré depuis une vingtaine d'années.⁽¹⁾ C'est lui qui déclarait, gentiment mais fermement, aux jeunes confrères fraîchement débarqués :

"Pendant les trois premières années de votre séjour ici, vous travaillez et vous vous taisez lorsqu'il s'agit d'organisation. Les trois années suivantes, on vous demandera peut-être votre avis et ensuite, vous pourrez prendre l'initiative de faire des propositions..."

Je vois à sa tête, abritée par son casque colonial gris, qu'il est au courant... et à ses yeux, qu'il est mécontent.

"Alors ?" dit-il en fronçant les sourcils, "Alors ?"

Moi, qui ne suis que le jeune médecin arrivé depuis six ans à peine, j'arrive à dire respectueusement :

"Bien oui, monsieur, et alors ?"

Avec calme, mais fermeté, le patron ajoute :

"C'est insensé ! Il n'est pas prévu dans notre organisation d'aller opérer au fin fond de la brousse ! Vous vous rendez compte de la responsabilité que vous..."

Mais je lui coupe la parole :

"Oui, c'est évident. Mais devais-je la laisser mourir en la regardant et en me croisant les bras, là devant tous, sans rien risquer... ?"

Après quelques courtes secondes de silence, songeant peut-être à ses jeunes années de praticien consciencieux en Afrique, il conclut :

"Hum, le risque ! Qu'est-ce que le risque ? On risque quoi ? La peau d'un être humain, sa réputation personnelle ou celle de l'institution ? Le risque ! Allez... C'est bon !"

Il passa son chemin. Entre nous, ma frasque chirurgicale ne revint jamais sur le tapis. Lorsque l'on a chacun la tête pleine de préoccupations et les bras pleins d'occupations, on ne s'étend pas sur des détails de faits-divers et l'on ne s'attarde pas à des précisions de badauds.

(1) Dr A. Dubocage

Mélanie n'a présenté ni péritonite, ni complication pulmonaire, ni problème de sa plaie opératoire. En deux semaines, elle était rétablie. Par prudence, nous l'avons gardée encore dix jours au repos et bien nourrie. Il fallait que le miracle fut complet et définitif.

Entretemps, nous étions retournés à Kindopolo en visite mensuelle. On y demanda à peine des nouvelles de la fille du clan que nous avions emmenée à des kilomètres de chez eux.

En quittant l'hôpital, elle demeura chez un parent au village des infirmiers, avec sa tante, pendant quelques jours. Puis, elle alla s'asseoir au bord de la grand'route en attendant qu'un camionneur la laisse se jucher au-dessus de ballots pour un voyage de 120 km, jusqu'au croisement de la piste secondaire. Et de là, à pied, de village en village jusqu'à retrouver les siens. Courage et résistance qui dépassent nos critères occidentaux habituels !

Ce n'est qu'un an plus tard que j'ai revu Mélanie Makonga au dispensaire de Kindopolo. Me riant au

nez, alors que je faisais un effort de mémoire pour redonner un nom à ce visage enjoué, elle a détaché, coquine, son pagne pour me montrer sa cicatrice abdominale en disant :

"Tu te rappelles ? Ca, c'est toi..."

Manifestement, elle se portait bien ! Elle reprit :

"Je suis enceinte !" et éclata de rire.

"Déjà ?"

"Oui, finalement..."

Constat ! Humilité de la science devant la puissance de la vie !

Elle ajouta :

"L'enfant portera ton nom : je l'appellerai PITELESS".

Elle rit de plus belle et s'en alla en se dandinant comme autrefois.

Dans la région, tout avait été digéré comme une banale affaire de blancs que l'on se racontait peut-être encore à la veillée...

Mélanie de Kindopolo, tu es à jamais souriante dans quelques-unes de mes cellules cérébrales...

Anne-Marie Verwilghen (1920-2003). Une femme chirurgien au Congo.



Anne-Marie Verwilghen recevant la presse après la remise du Prix André Ryckmans (1963).

Anne-Marie Verwilghen a commencé l'étude de la médecine en 1937, comme une vocation, « dans le but de se rendre plus apte à servir la Sainte Eglise. » Pendant ses études, elle a travaillé au laboratoire de physiologie, notamment sur le fonctionnement des ilots de Langerhans du pancréas. Après un stage dans le service d'Oswald van Lantschoot à la clinique Sainte Elisabeth à Namur, elle s'est spécialisée en chirurgie

générale et en gynécologie dans ce même service de 1944 à 1949. Ce fut l'une des toutes premières femmes chirurgiennes sorties de l'UCL.

Peu avant la fin de sa spécialisation, elle obtient une bourse de voyage pour une visite des installations médicales au Congo et au Ruanda-Urundi. C'est au cours de ce voyage qu'elle visite le site du futur hôpital de Yasa-Bunga entre Kikwit et Léopoldville.

Après une formation en médecine tropicale à l'Institut Prince Léopold à Anvers, elle décide de partir à l'hôpital d'Yasa, en construction, à 3 ou 4 heures de voiture de Kikwit. Elle y passera pratiquement toute sa vie.

Arrivée en avril 1950, en tant que médecin d'aide médicale aux missions, elle est nommée médecin directeur avec statut de l'état en 1951. Sa première journée opératoire a lieu le 12 juin. Elle va en outre se consacrer au développement de l'hôpital : création d'une école d'infirmière, d'une pharmacie, d'un dispensaire, d'une station de pompage et d'une piste d'atterrissage, mais aussi d'un élevage et de cultures destinées à rendre autonome cet hôpital de brousse.

Elle restera seul médecin à Yasa pendant les années troublées qui suivent l'indépendance du Congo et notamment lors de la rébellion muléliste. Plusieurs

consœurs médecins ont aidé Anne-Marie Verwilghen, mais particulièrement Cécile Van Geert, de Marcinnelle, avec laquelle elle développera une très amicale collaboration et qui poursuit sur place l'œuvre de sa chère consœur.

Après sa retraite officielle, Anne-Marie poursuivra son travail en devenant médecin bénévole au service de la santé rurale de Yasa-Bonga.

En 1980 le centre médical comprend :

- l'hôpital général de référence de 260 lits
- l'institut technique médical (école d'infirmiers) avec ses 60 élèves répartis en trois années
- la zone de santé rurale, qui s'étend sur plus de 3000 km² et comprend 9 centres de santé et trois postes d'animation.

Anne-Marie Verwilghen est décédée d'une insuffisance cardiaque au Centre Médical d'urgence de Kinshasa en septembre 2003. Comme l'écrit son filleul Michel Verwilghen, professeur émérite de l'UCL, c'était une femme de talent, de tête, de caractère, de devoir, de fidélité, de foi et, surtout, de cœur.

Ce court article est inspiré du livre de Michel Verwilghen :

« *Le docteur Anne-Marie Verwilghen Munganga mbuta de Yasa-Bonga* »
Edition Salix. Louvain-la-Neuve 2007



L'auscultation d'un nourrisson, en décembre 1964.

Depuis un demi-siècle, à l'appel d'une vocation civilisatrice vieille de beaucoup de centaines d'années, sous l'impulsion des gouvernements de la République et sous la conduite d'hommes tels que : Gallieni, Brazza, Dodds, Joffre, Binger, Marchand, Gentil, Foureau, Lamy, Borgnis-Desbordes, Archinard, Lyautey, Gouraud, Mangin, Largeau, les Français ont pénétré, pacifié, ouvert au monde, une grande partie de cette Afrique noire, que son étendue, les rigueurs du climat, la puissance des obstacles naturels, la misère et la diversité de ses populations avaient maintenue, depuis l'aurore de l'Histoire, douloureuse et imperméable. Ce qui a été fait par nous pour le développement des richesses et pour le bien des hommes, à mesure de cette marche en avant, il n'est, pour le reconnaître, que d'avoir du cœur. Mais, de même qu'un rocher lancé sur la pente roule plus vite à chaque instant, ainsi l'œuvre que nous avons entreprise ici nous impose sans cesse de plus larges tâches. Au moment où commençait la présente guerre mondiale, apparaissait déjà la nécessité d'établir sur des bases nouvelles les conditions de la mise en valeur de notre Afrique, du progrès humain de ses habitants et de l'exercice de la souveraineté française.

Charles De Gaulle, Brazzaville

L'éducation est une arme puissante pour faire évoluer les mentalités et transcender les différences, et le sport est

une source d'inspiration, de dépassement, de tolérance et d'apprentissage du respect de la jeunesse. Ces deux éléments participent à créer une société plus juste et fraternelle. **Nelson Mandela**

Quand un africain meurt, c'est une bibliothèque qui brûle. **Léopold Sédar Senghor**

Vous tous, mes amis qui avez lutté sans relâche à nos côtés, je vous demande de faire de ce 30 juin 1960 une date illustre que vous garderez ineffaçablement gravée dans vos cœurs, une date dont vous enseignerez avec fierté la signification à vos enfants, pour que ceux-ci à leur tour fassent connaître à leurs fils et à leurs petits-fils l'histoire glorieuse de notre lutte pour la liberté. Car cette indépendance du Congo, si elle est proclamée aujourd'hui dans l'entente avec la Belgique, pays ami avec qui nous traitons d'égal à égal, nul Congolais digne de ce nom ne pourra jamais oublier cependant que c'est par la lutte qu'elle a été conquise, une lutte de tous les jours, une lutte ardente et idéaliste, une lutte dans laquelle nous n'avons ménagé ni nos forces, ni nos privations, ni nos souffrances, ni notre sang. C'est une lutte qui fut de larmes, de feu et de sang, nous en sommes fiers jusqu'au plus profond de nous-mêmes, car ce fut une lutte noble et juste, une lutte indispensable pour mettre fin à l'humiliant esclavage, qui nous était imposé par la force. **Discours de Lumumba**

Interview de Raphaël Chirimwami, Doyen de la Faculté de médecine de l'Université Catholique de Bukavu

René Fiasse



R. Fiasse, R. Chirimwami et J. Kolanowski, Bukavu 2002.

Raphaël Chirimwami a fait toutes ses études dans notre pays, jusqu'à l'agrégation de l'enseignement supérieur. Il a relevé de nombreux défis, notamment le développement et l'enseignement de l'anatomie pathologique à l'UNIKIN (Ex-Lovanium) et à l'UCBukavu, alors que les guerres et actions des bandes armées s'y succédaient depuis 1996.

René Fiasse. De quelle région du Congo êtes-vous originaire ?

Raphaël Chirimwami. Je suis originaire du Kivu à l'est du Congo, plus précisément de Kasha dans le Sud-Kivu, une collectivité rurale qui fait partie de la ville de Bukavu.

R.F. Où avez-vous fait vos études primaires et secondaires ?

R.C. J'ai fait mes études primaires en partie dans ma commune et en partie à l'école Ste Thérèse de la paroisse du même nom, dans la ville de Bukavu. Quant à l'école secondaire, commencée en 1961, j'ai parcouru le cycle inférieur au Collège St Paul des Pères Barnabites à Bukavu et le cycle supérieur à l'Ecole Normale de Braine-le-Comte en Belgique, où je suis arrivé en 1965 après un concours, non pour aller faire des études de médecine mais plutôt parce qu'à ce moment là, aussitôt après l'indépendance de notre pays, la Belgique, par son Agence de Coopération au développement (AGCD), voulait former rapidement des cadres intermédiaires techniques, instituteurs et militaires pour gérer le pays. Nous avons obtenu l'indépendance en 1960. A ce moment, il n'y avait pas encore de cadres congolais formés pour assurer la relève. Nous l'avons payé très cher car la suite a été très difficile.

R.F. Quand avez-vous commencé vos études de médecine à Louvain ?

R.C. En 1967, je terminais les humanités scientifiques à l'Ecole normale de Braine-le-Comte. L'AGCD voulait que je fasse d'abord la septième année pour obtenir le diplôme d'instituteur, j'ai refusé et je suis allé à Louvain, car j'avais passé le concours d'homologation et voulais étudier la médecine. L'AGCD a supprimé ma bourse et j'ai bénéficié de la bourse d'études du Gouvernement congolais jusqu'à la fin des candidatures.

A la suite d'une brouille lors de la nationalisation de l'Union Minière du Haut Katanga, le gouvernement a supprimé toutes les bourses et demandé à tous ses étudiants de rentrer au pays. Je ne suis toutefois pas rentré et pour toutes mes études de doctorat à Louvain j'ai obtenu une bourse du Ministère belge de l'Education, aux mêmes conditions que les étudiants belges, et une bourse complémentaire de l'UCL. Je suis très reconnaissant à ces institutions et, à ce titre, je me sens toujours un peu belge. A Louvain, j'ai logé en kot à la Tiensestraat, ensuite aux environs de la Porte de Bruxelles et par après à la Tiensesteenweg.

R.F. Quels sont vos meilleurs souvenirs pendant vos études de médecine ?

R.C. C'était les rencontres lors de conférences-débats ou de soirées dansantes. Il y a eu aussi le jour de la promotion et de la prestation du Serment d'Hippocrate en 1974 ; j'ai gardé aussi un bon souvenir des formules de biochimie dessinées au tableau par le professeur L. Ghosez, en 2e ou 3e candidature.

R.F. Vous avez fréquenté le laboratoire du Pr Jean-Marie Brucher, pour étudier la neuropathologie et préparer une thèse d'agrégation sur la maladie du sommeil, qui était alors en recrudescence au Congo.

R.C. Oui, en 1980 je suis revenu en Belgique à l'UCL mais cette fois à Woluwe, après avoir obtenu le diplôme de spécialiste en anatomie pathologique à l'Université de Kinshasa (Université Nationale du Zaïre, ex Lovanium) en 1979, et le diplôme de médecine tropicale à Anvers en 1975. J'ai suivi une spécialisation en neuropathologie dans le service du professeur Brucher qui était mon ancien professeur d'anatomie pathologique générale.

La maladie du sommeil est endémique chez nous et en recrudescence, c'est pourquoi je m'y suis intéressé. J'ai rencontré le Pr Gigase, alors chef de service d'anatomie pathologique à l'IMT d'Anvers ; avec le Pr Brucher, ils m'ont donné le feu vert pour étudier la neuropathologie expérimentale de cette affection. J'ai défendu ma thèse en décembre 1984, publiée dans le Bulletin de l'Académie belge de médecine néerlandophone et couronnée du prix de l'Académie.

R.F. Quand êtes-vous retourné au Congo, aux Cliniques de l'Université Nationale du Zaïre (Ex-Lovanium) ?

R.C. Je suis rentré au pays en mars 1985 pour travailler aux Cliniques Universitaires de l'Université Nationale du Zaïre, Campus de Kinshasa, qui est aujourd'hui l'Université de Kinshasa (UNIKIN). J'y enseigne depuis vingt-trois ans dans des conditions difficiles.

R.F. Y avait-il déjà un laboratoire développé d'anatomie pathologique aux Cliniques universitaires avec un staff médical ou avez-vous dû le créer ?

R.C. A Lovanium, il y a toujours eu un département d'anatomie pathologique, tenu par le Dr Bastin. Lors de mon premier retour en 1975, les conditions de travail étaient encore acceptables à l'hôpital comme à la Faculté. Les formateurs étaient le Pr Karkos, un polonais, et le Pr Siarov, un Roumain, jusqu'en 1977. A ce moment est arrivé un compatriote qui venait de terminer l'agrégation à la KUL, le Pr R.M. Kalengayi. A mon deuxième retour en 1985, j'ai retrouvé le service dirigé par le Pr R.M. Kalengayi, entouré d'au moins quatre assistants. Plus tard, rentrait un cinquième assistant, agrégé de la KUL. Malheureusement les conditions se sont dégradées très vite avec les premiers

pillages en 1991, puis les guerres. Nous avons formé une quinzaine de pathologistes mais ils sont presque tous partis à l'étranger, y compris le collègue formé à la KUL, qui vit maintenant en France. Actuellement, nous avons dans le service une nouvelle génération de six assistants dont trois spécialistes en plus de trois professeurs.

R.F. Vous avez donc développé ce laboratoire d'anatomie pathologique et assuré l'enseignement de cette branche. Avez-vous eu des assistants à former ?

R.C. J'ai participé au développement du laboratoire et à la formation des assistants, dont trois sont devenus professeurs ; l'un vit aux USA, le deuxième dirige le service d'anatomie pathologique à Lubumbashi et le troisième est resté avec nous à Kinshasa. J'ai accueilli tous les autres compatriotes qui sont venus dans ce service.

R.F. Quand avez-vous été contacté par le regretté Pr Stany Haumont pour créer à Bukavu un laboratoire et un enseignement d'anatomie pathologique ?

R.C. J'ai commencé à enseigner à l'UCB en 1993 lors du démarrage de la 2ème année de candidature. Les premiers contacts à Bukavu avec mon ancien maître datent de cette époque mais surtout en 1995 lorsque nous avons siégé ensemble dans le cadre de la « Commission Cassiers ». Cette Commission était chargée d'examiner la faisabilité et l'opportunité de l'ouverture du 2ième cycle de médecine à l'UCB. L'UCL a beaucoup contribué à la mise en route et à la stabilisation de l'UCB, d'abord de façon informelle grâce à Mgr Gillon et de nombreux professeurs ⁽¹⁾, en plus de Stany Haumont et de son épouse. Une convention de coopération entre les deux Universités a été signée ultérieurement.

Vinrent alors les guerres, en 1996 et 1998. C'est en avril 1999 que le Pr Haumont m'écrivit que la situation de la faculté était préoccupante et que je ne pouvais plus retarder mon retour à Bukavu pour y occuper la poste de doyen.. C'était en pleine guerre, le pays était divisé, sans liaison aérienne d'un côté à l'autre. Venant de Kinshasa, il fallait transiter par le Rwanda. Le Pr Haumont et son groupe m'ont rassuré et même escorté jusqu'à Bukavu via Bruxelles et Kigali ; c'était en avril 2000. A l'Hôpital Général de Référence de Bukavu, le CHU de l'UCB, le Pr Haumont et son épouse avaient déjà monté un laboratoire au sein d'un nouveau pavillon. C'est ce laboratoire que je dirige depuis lors dans un hôpital devenu provincial : j'y ai créé une unité d'anatomie pathologique avec le matériel que le Pr Haumont avait amené. En fouillant dans le reste de l'ancien laboratoire provincial de la Colonie, où tout s'était presque arrêté depuis, j'ai pu récupérer de la paraffine abandonnée probablement depuis 40

ans et l'ai utilisée pendant plusieurs mois.

R.F. Vous avez connu les guerres et les massacres qui ont dévasté le Kivu et malgré cela, avec le soutien du Pr Haumont et de ses collègues, notamment le Pr André Vincent, vous avez continué à développer la Faculté de médecine de Bukavu, tout en retournant pendant certaines périodes à l'Université de Kinshasa où vous restiez chef de service d'anatomie pathologique. Quels ont été les moments les plus difficiles ?

R.C. Je suis devenu chef de service d'anatomie pathologique à Kinshasa en 1997, en pleine crise, lorsque le Pr Kalengayi est devenu Recteur d'une Université de l'intérieur du pays. Tout le monde ou presque cherchait à quitter le pays. Je suis resté chef de service jusqu'en 2005. Etre Doyen à Bukavu pendant la guerre, dans un pays divisé, et rentrer régulièrement à Kinshasa, n'a pas été chose facile.

Un moment particulièrement difficile fut la mutinerie de Mutebusi, aidé par Nkunda au centre de Bukavu en 2004. Le colonel Mutebusi habitait à quelques mètres du guesthouse où je logeais. Nous avons passé plusieurs jours sans sortir pendant les canonnades. Avant cela, en 2002, il y a eu l'assassinat du professeur Adolphe Byamungu à son domicile à Bukavu ; j'étais alors en mission via Kinshasa, à Bruxelles puis Bukavu. Fallait-il repartir vers Bukavu ou rester réfugié politique à Bruxelles ? Finalement j'ai décidé de repartir.

En 2003, en bus sur la route reliant Bujumbura à Bukavu, nous nous sommes retrouvés au centre du combat entre l'armée burundaise et la rébellion FNL. De retour à Kinshasa, revenant du « pays de la rébellion », j'étais généralement bien traité mais en décembre 2000, j'ai réellement eu peur car les services de sécurité m'ont gardé à l'aéroport pendant plus de deux heures, m'ont fouillé et menacé d'être séquestré pendant 48 heures ; heureusement ils ont téléphoné



R. Chirimwami, R. Fiase et Z. Kashongwe photographiés par A. Vincent, à Bujumbura en 2006.

à leur chef qui leur a dit de me laisser partir. Le climat sociopolitique était très tendu à Kinshasa. C'était un mois avant l'assassinat du Président Laurent Désiré Kabila.

Je ne peux parler de tout car il y avait du stress en permanence pendant ce séjour, notamment en octobre 1996, le terrifiant assassinat de Mgr Munzihirwa, Archevêque de Bukavu.

R.F. Après les accords de Sun City (2002) ayant amorcé la transition en RDC, il y a eu une certaine accalmie dans le centre de Bukavu (sauf lors de la mutinerie de 2004) et les constructions du bâtiment de la Faculté de médecine et des nouveaux pavillons hospitaliers ont pu se poursuivre ainsi que l'enseignement à la Faculté de médecine. Comment celle-ci a-t-elle pu se développer et combien de médecins ont pu être diplômés chaque année ?

R.C. C'est vrai il y a eu une petite accalmie après les accords de Sun City en 2002. La réfection de l'hôpital et les nouvelles constructions se sont poursuivies même pendant les hostilités grâce à l'aide, la ténacité et le charisme du Pr Haumont et de tout le groupe Bukavu. Ils ont cherché les fonds un peu partout en Europe : en Belgique, surtout la Communauté française de Belgique (CGRI), la coopération française, la coopération italienne, Medicus Mundi Italie, Medicus Mundi Extremadura Espagne. L'Université Catholique de Louvain et l'Association Universitaire de la Francophonie (AUF) ont financé surtout des missions d'enseignement. Cette aide nous a permis de tenir, même au moment le plus critique, après le déclenchement de la deuxième guerre. La première promotion de médecins est sortie en 1996, après le début de la première guerre, ce qui a permis de repeupler progressivement les hôpitaux désertés. Avec la dernière promotion 2006-2007, nous sommes actuellement 210 médecins. Ils assurent des fonctions hospitalières dans la province, certains sont à la Faculté et se préparent à la spécialisation et à l'enseignement, quelques-uns sont partis en formation dans le pays ou à l'étranger, surtout en Belgique ; cette année 2008 nous avons eu le premier PhD attribué à une diplômée de notre Faculté, Dr J. Nsimire, dont la thèse en neurophysiologie a été défendue à la KUL.

R.F. Fin 2006 vous m'avez soumis pour avis un projet de livre intitulé « Du Zaïre de Mobutu au Congo de Kabila : une alternative, des moments d'espoir et des moments d'angoisse ». Vous y soulignez que votre pays est profondément sinistré, diagnostic unanimement reconnu, écrivez-vous, mais qui suscite beaucoup de divergences quant au traitement à appliquer. Quelle est l'orientation thérapeutique que vous suggérez actuellement ?

R.C. J'espère que le livre pourra sortir en 2009 ; j'ai

fini les corrections ou améliorations. Quelle est la solution que je propose pour la situation dans la quelle nous sommes ? Il n'y a pas de miracle, encore moins de génération spontanée. Il faudra travailler et pour que cela aboutisse, il faut un bon gouvernement pour orienter et coordonner les efforts de tous avec un préalable qui est la paix. Or la paix se fait toujours attendre au Kivu surtout au nord. De plus, un bon gouvernement c'est un bon président, un bon parlement, de bons ministres, une bonne justice et de bons militaires. Au vu de la situation actuelle, cela fait beaucoup de conditions à réunir ; je crois donc que le processus prendra du temps. Il faudra ensuite sortir du sous-développement ; c'est encore une autre étape. Je crois que pour avoir la paix, il faut que la communauté internationale s'implique plus encore, car le problème fondamental actuel est venu de l'extérieur, à savoir la présence des forces négatives rwandaises «Interhamwé» qui continuent à violer et à tuer. Le Général rebelle Nkunda utilise ce prétexte pour justifier sa présence.

R.F. L'Hôpital Provincial Général de référence de Bukavu (HPGRB), qui abrite en son centre le bâtiment moderne de la Faculté de médecine, s'est fort développé suite à votre action, celle de vos collègues et des professeurs-visiteurs venant des autres universités de RDC, du Rwanda, du Burundi, de l'UCL et de la KUL, et grâce au soutien continu du Groupe Bukavu des Cliniques UCL présidé par le Pr D. Moulin. Souhaitez-vous la poursuite de cette coopération Sud-Sud et Nord-Sud ? Comment pourrait-elle être améliorée ?

R.C. Ces deux types de coopération Sud-Sud et Nord-Sud, sont essentiels et complémentaires : je souhaite ardemment qu'ils se poursuivent : ils ont une base commune, à savoir la nécessité des échanges entre groupes, communautés ou pays, du fait même qu'il y a toujours quelque chose à aller chercher ailleurs et quelque chose à donner. L'histoire montre que les grandes réalisations sont dues aux échanges et contacts entre civilisations. Pour le moment, la demande du Sud adressée au Nord dans ces rapports de coopération est forte et couteuse. Mais ce que j'ai vu dans le projet Bukavu des Cliniques de l'UCL, c'est que l'esprit était autrement orienté : d'abord bâtir ensemble un environnement convivial de développement. C'est seulement maintenant que nous commençons à compter l'argent qui a été dépensé. L'argent est bien sûr indispensable et donc des structures comme la Coopération technique belge (CTB), la Coopération universitaire belge au développement (CUD), le Commissariat général aux relations internationales (CGRI) et leurs équivalents de la Communauté flamande devraient assurer une part importante des subsides. Dans cette coopération Nord-Sud, je crois qu'à l'instar de ce que nous avons fait à Bukavu, il ne faut pas verser l'argent à une superstructure étatique mais l'utiliser pour soutenir des groupes qui ont les

mêmes profils de travail ou travaillent en synergie, à des projets concrets, les dépenses étant limitées à des séminaires de formation. Je souhaite vivement que le partenariat avec l'UCL puisse se poursuivre même s'il n'y a pas de financement officiel disponible.

R.F. Grâce à des bailleurs de fonds internationaux, des nouveaux pavillons ont été construits à l'HPGRB (maladies infectieuses, centre de nutrition, etc.), souvent avec équipement, et des jeunes médecins-spécialistes, dont certains ont fait 1 à 2 ans de stage en Europe et ont été diplômés dans une université africaine, ont été engagés et contribuent à la formation des étudiants en médecine et à l'enseignement continu au Sud-Kivu, ce qui est capital. Mais leur salaire reste très bas, ainsi que celui des candidats-spécialistes, infirmières, laborantins, personnel technique, du fait notamment que l'HPGRB hospitalise une majorité de patients indigents. Que suggérez-vous pour améliorer la situation financière de l'HPGRB ?

R.C. Il faut, idéalement, que l'hôpital ait des clients solvables, et pour cela, qu'il y ait création d'emploi dans la région et moins d'indigents. Ceci c'est à long terme, mais dans l'immédiat il faut que l'Etat donne un salaire à son personnel ; il y a actuellement des revendications syndicales qui commencent à porter leurs fruits. Un nouveau barème salarial pour le personnel médical pourrait être voté l'an prochain : nous venons d'obtenir une petite amélioration. Il faut que l'Etat recommence à accorder des subsides de fonctionnement aux hôpitaux. Enfin, il faut faire payer ceux qui en ont les moyens : la classe moyenne qui paie actuellement des prix dérisoires devrait être dirigée vers les consultations privées. Ce qui permettrait d'étendre le service des mutuelles à tous les salariés et aux chômeurs.

R.F. Il reste donc beaucoup à faire pour réaliser un excellent centre hospitalo-universitaire, qui sera un modèle pour la région et le pays et contribuera à améliorer la santé des populations (espérance de vie actuelle : environ 40 ans en moyenne). Qu'est-ce qui vous manque le plus pour réaliser cet objectif de développement durable hospitalo-universitaire ?

R.C. Il faut encore plus d'hommes compétents et de l'argent.

R.F. Merci, Monsieur le Doyen, pour ces réponses à des problèmes difficiles et bonne continuation dans vos projets de développement.

1. P. Van Brandt, M. Norro, X. Renders., L. Cassiers, P. De Villé, D. Moulin. R. Fiasse, A. Vincent, le regretté A. Hassoun A, J. Kolanowski, D. Latinne., E. Constant, M. Detry-Morel, B. Snyers, B. Chatelain, Ph. Gathy, Brouillard, Cornet, Mme Cl. Guerrieri, plus l'équipe de P. Franquin et Flor Stuyven.

Interview de Tony Shindano, candidat-spécialiste en gastro-entérologie.



T. Shindano, R. Fiasse, J. Kolanowski, Bukavu, 2002.

René Fiasse. De quelle région du Congo es-tu originaire ?

Tony Shindano. Je suis originaire du Maniema, une des trois provinces qui constituent l'ex-grande province du Kivu dans l'Est de la République Démocratique du Congo.

R.F. Où as-tu fait tes études primaires et secondaires ?

T.S. J'ai fait mes études primaires et secondaires à Lubumbashi, la deuxième ville de la République Démocratique du Congo. Il faut dire que le travail de mon père, médecin, a obligé ma famille à se déplacer dans plusieurs lieux de la RDC. Né à Kinshasa, deux ans plus tard je me suis retrouvé à Lubumbashi, au sud du pays, où j'ai passé plus de quinze ans avant que la famille ne s'établisse à Bukavu.

R.F. Comme ton père était déjà médecin, diplômé de Lovanium, est-ce que cela a eu une influence sur l'orientation future de tes études supérieures ?

T.S. Certainement. Depuis mon enfance, j'ai souvent assisté aux consultations de mon père, à la maison ; ses gestes m'ont toujours fasciné. Le stéthoscope est resté pour moi pendant très longtemps un outil énigmatique, dont j'avais décidé de découvrir tôt ou tard le secret.

Tony Shindano est diplômé de l'UCBukavu. Après 2 ans de stage en médecine interne aux Cliniques St-Luc, il achève sa formation à l'UNIKIN avant de retourner à l'UCBukavu pour pratiquer à l'Hôpital Provincial de référence et enseigner à la Faculté. Il nous fait part d'avis intéressants sur la soi-disant acculturation et de suggestions pour améliorer la santé dans son pays.

René Fiasse

R.F. Ton père s'étant spécialisé en pédiatrie et étant devenu chef de service de pédiatrie à l'Hôpital Provincial Général de Référence de Bukavu (HPGRB) au Sud-Kivu, tu as donc entrepris des études de médecine à l'Université Catholique de Bukavu, particulièrement soutenue par le regretté Pr Stany Haumont et son équipe.

T.S. J'ai fait pratiquement toutes mes études universitaires pendant la guerre. Plusieurs conflits armés d'intensité variable se sont succédés dans la région, de 1994 à 2004. Ma province en a été particulièrement victime. Les conséquences directes ont été l'exil d'une grande partie du corps académique permanent et la rareté des professeurs visiteurs qui ne voulaient plus risquer leur vie dans cette zone devenue très instable. Ce fut la base d'une organisation irrégulière des programmes et d'un allongement des années académiques. Les cours étaient constamment perturbés par des affrontements entre groupes armés et des interruptions pour l'une ou l'autre raison liée à l'état de guerre, sans oublier les conséquences socio-économiques inévitables.

Comme vous pouvez l'imaginer, j'ai dû passer mes études universitaires dans un état de stress quasi permanent et dans l'incertitude du lendemain. Je profite de l'occasion pour saluer votre courage et bravoure car vous avez été parmi les rares avec qui ont toujours répondu présents aux invitations de notre

université malgré l'état d'insécurité. L'événement le plus sérieux, qui a failli me coûter la vie a eu lieu pratiquement à la veille de la collation des grades académiques à la fin de mes études universitaires. Durant un des affrontements de 2004, une balle tirée presque à bout portant est passée à quelques centimètres de ma tête. Sur le moment, j'ai vu ma vie défilier devant mes yeux ainsi que mes longues études universitaires qui risquaient de ne pas servir, car la mort semblait proche. Jusqu'à ce jour, je n'ai jamais compris comment je m'en suis miraculeusement sorti.

R.F. Quels sont tes meilleurs souvenirs pendant tes études de médecine ?

T.S. Un fait restera à jamais gravé dans ma mémoire ; c'était lors du jury de fin d'études de médecine. Mon père, qui faisait partie du jury de pédiatrie, a demandé à se retirer lorsque ce fut mon tour d'être interrogé. Sur le moment, j'ai été traversé par un sentiment d'abandon, mais ensuite, je me sentis encouragé comme si mon père voulait me dire qu'il avait confiance en moi. C'est ce deuxième sentiment qui a prédominé tout au long de l'examen : on m'a dit que ce fut une très bonne prestation.

R.F. Pourquoi t'es-tu orienté vers la médecine interne et la gastro-entérologie ?

T.S. Pour ce qui est de mon choix, j'y ai pris goût à partir du stage de médecine interne que j'ai apprécié et surtout lorsque j'ai assisté aux séances d'endoscopie digestive.

R.F. Après avoir obtenu avec distinction ton diplôme de docteur en médecine en 2004, tu as été sélectionné pour entreprendre la médecine interne, avec un plan de stage et carrière comportant une première année à l'HPGRB sous la direction du D A. Bulabula, puis 2 années de stage aux Cliniques St-Luc UCL grâce à une bourse du CGRI, puis poursuite de la spécialisation dans une université africaine. Quelles ont été tes premières impressions à ton arrivée en Belgique ?

T.S. C'était la première fois que j'arrivais en Europe. Je ne pouvais pas ne pas être impressionné par la modernité des pays européens. Une deuxième chose qui m'a frappé juste après mon arrivée était l'abondance des formalités administratives. Je ne peux pas dire que ce soit une particularité de la Belgique mais cela a pris pratiquement un mois. J'ai aussi découvert

d'autres particularités belges, amusantes comme « la bise » que se font certains hommes en guise de salutation sans qu'on y attache un sens particulier; d'autres par contre déplaisantes, comme les problèmes communautaires. J'ai découvert que ces derniers étaient plus sérieux que nous ne le pensions au Congo.

R.F. As-tu eu au début des difficultés à t'intégrer à l'équipe de gastro-entérologie d'hospitalisation (Pr. A Geubel) aux Cliniques St-Luc ?

T.S. Il faut avouer que j'ai quitté l'Afrique avec beaucoup d'appréhension et l'inquiétude de rencontrer des difficultés d'intégration au sein de l'équipe. Cela n'a pas été le cas car je suis tombé dans de très bonnes mains. L'équipe du service de gastro-entérologie avec en tête, les Professeurs Geubel et Horsmans, m'a presque adopté du premier coup. Ceux-ci m'ont aussi facilement introduit auprès de l'ensemble du personnel infirmier. Je n'ai jamais remarqué de différence dans le traitement par rapport aux autres assistants. J'ai eu la chance de rencontrer sur place des assistants de diverses origines (Belgique, France, Algérie, Chine, Italie, Suisse, Espagne, Cameroun, Iran). Je crois que ça fut l'un des éléments qui m'a rendu l'intégration rapide et facile.

La dernière chose importante est le fait que l'UCL reste une grande institution qui a une longue expérience d'accueil d'étudiants d'origines diverses. Je l'ai très rapidement remarqué lors de mes premiers contacts. J'ai ainsi eu d'excellentes relations avec le personnel tout au long de mon séjour. Il a été difficile de m'en séparer. Nous avons gardé le contact et nous nous appelons régulièrement.

R.F. Je suppose que tu as constaté une grande différence entre le type de médecine hospitalière que tu avais pratiqué à Bukavu et celle de St-Luc ?

T.S. Bien sûr. La très grande différence reste l'apport des examens para-cliniques. La grande variabilité et surtout la disponibilité de ces examens facilitent énormément le travail de sorte que nous arrivions presque toujours au diagnostic précis. Dans nos pays, il est question, d'abord et parfois presque exclusivement, de se débrouiller avec les renseignements que nous apportent les yeux, les oreilles et les mains pour porter un diagnostic et traiter nos patients. Quand des bilans sont malgré tout prescrits, il faut toujours tenir compte du portefeuille du patient. Un examen peut être faisable mais la pauvreté du malade en limite souvent l'accès. C'est ainsi qu'il nous arrive

assez souvent de prendre en charge nos malades essentiellement sur base d'une suspicion diagnostique à partir des éléments cliniques, le bilan complémentaire étant soit pauvre soit impossible à réaliser. Certains patients s'en sortaient miraculeusement sans qu'on ne soit vraiment certain du diagnostic. Les cas malheureux mouraient avec leur secret.

En outre, le nombre et la diversité du personnel médical à Saint Luc, avec des spécialistes dans presque tous les domaines, font qu'un avis est disponible en permanence.

R.F. Quelles ont été les grandes lignes de ta spécialisation dans le service de gastro-entérologie avec les Pr Y. Horsmans, A. Geubel, P. Deprez et leurs collègues ?

T.S. L'objectif principal de la formation était de me familiariser avec les pathologies digestives les plus fréquentes, leur mise au point et leur prise en charge. C'est ce que j'ai eu à faire pendant pratiquement toute la durée de mon stage.

R.F. En dehors des prestations cliniques, as-tu pu apprendre des techniques ?

T.S. J'ai appris diverses techniques endoscopiques digestives, qu'elles soient diagnostiques ou thérapeutiques. Je peux dire que j'ai eu l'occasion d'acquérir une certaine maîtrise de ces techniques.

R.F. As-tu eu l'occasion d'assister à des colloques et congrès et préparer des publications scientifiques ?

T.S. Sur le plan scientifique, j'ai pu assister à plus d'une vingtaine de congrès et séminaires locaux et internationaux et travailler avec plusieurs membres du service à la réalisation de quatre travaux scientifiques dont deux sont déjà publiés.

R.F. Tu avais été invité par « Louvain Coopération au Développement » à faire un exposé intitulé « cours mémoires » au cours de gastro-entérologie, donné par le Pr A. Geubel, au sujet des problèmes de santé au Sud-Kivu. Est-ce que les étudiants ont été intéressés par ton exposé ?

T.S. J'ai vraiment apprécié cette invitation. La première chose qui m'a frappé est le nombre d'étudiants présents, car la séance était organisée le dernier jour de cours, avant les examens de fin d'année. Les auditeurs étaient nombreux, attentifs et très intéressés.

Certains m'ont cherché après le cours pour discuter; j'ai perçu en eux la soif de mieux connaître l'autre, de mieux comprendre son quotidien. Certains ont même posé plusieurs questions sur la possibilité d'un stage dans mon hôpital.

R.F. Tu es donc retourné à Bukavu en fin septembre 2007, puis tu as poursuivi tes stages dans le département de médecine interne (Pr N. Nzeka) aux Cliniques universitaires de l'Université de Kinshasa (UNIKIN ex-Lovanium). N'as-tu pas eu de grosses difficultés de te réadapter après avoir été en contact avec une culture différente en Belgique (acculturation) ?

T.S. Le phénomène d'«acculturation» reste possible quel que soit le milieu où l'on s'installe mais bien entendu, tout dépend de la durée du séjour. Pour ma part, les deux ans passés en Belgique n'ont pas vraiment eu un tel effet du fait de la présence d'une grande communauté congolaise. Les contacts quasi quotidiens entre Congolais et avec les autres Africains font qu'on peut plus ou moins garder sa culture et vivre un peu comme au pays, bien qu'une imprégnation par le milieu reste inévitable. C'est vrai que les premiers jours de retour au pays ont été un peu difficiles mais très rapidement je me suis réadapté. D'un point de vue personnel, cette crainte d'acculturation devrait de moins en moins exister en raison de la mondialisation qui est une réalité ainsi que de l'existence de moyens de communications de plus en plus faciles. Une anecdote est que même l'église la plus proche de mon habitation proposait un culte dit «international».



Quentin Kabunga, Tony Shindano, Léon Mubenga, candidats-spécialistes de Bukavu à l'UCL 2007.

R.F. Comment sont organisés les stages de médecine interne à l'UNIKIN ?

T.S. Dans mon pays, la spécialisation en médecine interne accorde une grande importance à une formation générale, pour des raisons évidentes de besoins encore importants en spécialistes à compétence plus ou moins large. Ceci fait que sur une durée totale de cinq ans, les quatre premières années se passent en tronc commun et la dernière dans la spécialisation choisie.

Le département de médecine interne propose huit services principaux : le programme de tronc commun prévoit deux passages de trois mois par service.

Le candidat spécialiste est appelé à participer à toutes les activités du département (suivi hospitalier, tours de salles, gardes, séminaires, ...). Il doit présenter un mémoire à la fin des cinq ans.

R.F. Avez-vous des difficultés à faire réaliser des examens complémentaires ?

T.S. Cela reste un très grand problème. Bien que nous soyons une structure de référence, nous restons limités dans nos investigations. Les bilans nécessaires restent le plus souvent indisponibles dans l'institution où nous œuvrons, malgré la présence d'un personnel très qualifié. Les difficultés sont dues à l'absence de matériel et de techniciens ou tout simplement à la vétusté des appareils. Dans le meilleur des cas, ces examens sont réalisables dans des institutions ou laboratoires privés en ville. Malgré tout, le facteur limitant reste la pauvreté de la population qui ne peut pas toujours payer ces examens.

R.F. Avez-vous un accès facile à des livres et des revues en vue de vos travaux scientifiques ?

T.S. L'accès aux ouvrages et articles scientifiques reste un autre grand problème car nos bibliothèques sont encore insuffisamment fournies. L'accès à Internet pose aussi problème, car le site universitaire n'est pas suffisamment couvert. Depuis quelque temps, nous remarquons, de la part des autorités, des efforts pour améliorer la situation.

R.F. Quand pourras-tu retourner à Bukavu dans le service de médecine interne de l'HPGRB pour y développer la gastro-entérologie, l'endoscopie digestive et l'enseignements selon ton plan de carrière ?

T.S. Si mon plan de carrière est respecté, je serai de retour à Bukavu en 2010.

R.F. Tu sais que le problème majeur est le manque d'argent pour le développement de la médecine au Congo, en particulier au niveau des hôpitaux publics. Comme me l'avait dit en 2007 le Pr Z. Kashongwe, ancien ministre de la santé : « Docteur, vous rêvez, il n'y a pas d'argent ». Mais il faut rêver (cf. Martin Luther King), surtout à ton âge. Dès lors que proposerais-tu pour améliorer l'accès aux soins de santé primaires, secondaires et même tertiaires ?

T.S. Vous avez totalement raison. Le plus grand problème reste le manque de moyens. Le personnel médical est généralement bien qualifié ; malgré les difficultés économiques, nous continuons à produire des médecins de qualité qui restent appréciés et recherchés dans tous les pays d'Afrique Australe. Pour moi, une des solutions pour soutenir notre médecine se trouverait dans la généralisation du système mutualiste. Des projets pilotes ont déjà montré de bons résultats, notamment dans certains districts sanitaires de la région de Bukavu. Les mutuelles pourraient résoudre une série de problèmes comme l'accessibilité aux soins et ne peuvent que compléter le travail des pouvoirs publics. Ceux-ci ont l'obligation de les soutenir.

R.F. Merci Tony. Je te souhaite une fructueuse carrière au service des populations de ton beau pays où règne encore l'optimisme

Réponses au concours paru dans le numéro 55

1. Gunter Grass. Le tambour.
2. Sophocle. Œdipe Roi.
3. Cervantès. Don Quichotte.
4. J-K Huysmans. A rebours.
5. Denis Diderot. Les bijoux indiscrets.
6. Alphonse Daudet. Les trois messes basses.
7. Casanova. Histoire de ma vie.
8. Chateaubriand. Mémoires d'outre-tombe.
9. Aldous Huxley. Brave new world.
10. Montesquieu. Lettres persanes.

Interview du docteur Roger Ngoulla. Gastro-entérologue au Cameroun

Nous sommes toujours très heureux de rencontrer des anciens de notre université, de savoir quelle carrière ils ont suivie et comment ils ont apprécié l'enseignement qu'ils ont reçu chez nous, surtout s'ils viennent de pays lointains et sont retournés exercer dans leur pays. C'est pourquoi nous avons profité du passage de Roger Ngoulla en Belgique, pour réaliser ce court interview.

René Krémer

René Krémer. Vous êtes né au Cameroun ?

Roger Ngoulla. Non, à Paris où mes parents étaient étudiants en droit.

R.K. Mais vous avez vécu votre enfance au Cameroun. Déjà à l'époque où il était fédéré ? Le Cameroun a évolué un peu à l'inverse de la Belgique ?

R.N. Tout à fait. Après la colonisation allemande, après la guerre 14-18, notre pays a été divisé et partagé entre mandats français et britannique. Après l'indépendance, les deux zones se sont fédérées, puis réunies en un seul état.

R.K. Les Camerounais ont donc pu faire la comparaison entre les colonisations française et britannique.

R.N. Je n'ai pas connu la période coloniale. Mais il persiste au Cameroun deux zones culturelles, l'une française, l'autre anglaise ; il n'y a pas de frontière linguistique, le pays est entièrement bilingue. Dans la zone anglophone, on parle surtout l'anglais, l'enseignement se fait en anglais et les jeunes complètent leur formation dans les universités anglaises ou américaines.

R.K. Quelle est l'importance numérique de ces deux populations ?

R.N. Il y a environ deux tiers de francophones.

R.K. Comment se fait-il que vous soyez venu en Belgique, dans notre petit pays, heureux et dynamique, mais compliqué et surréaliste ?

R.N. Ma mère a été très malade en 1969 : une pancréatite chronique calcifiante, maladie très rare. Il y avait à cette époque au Cameroun, un médecin zairois – le docteur Bisizi à qui je rends hommage ici – qui travaillait dans le cadre d'une Fondation Médicale. C'est lui qui a posé le diagnostic. Ma mère a été transférée à l'hôpital Beaujon à Paris : elle y a subi une pancréatectomie



corporéo-caudale avec splénectomie. Ce docteur zairois est devenu un grand ami de la famille. J'admire la façon dont il pratiquait la médecine et nous avions tous une grande confiance en sa compétence. Quand j'ai terminé mon baccalauréat, il m'a dit : « Je connais une bonne université au Zaïre. Elle s'appelle Lovanium, mais maintenant c'est en Belgique qu'il faut aller. » Ce conseil a été confirmé par un prêtre néerlandais, Mgr Vanhegen. Voilà comment nous avons choisi Louvain.

R.K. Et vous n'avez donc pas été à Lovanium ?

R.N. En 1979, ce n'était plus Lovanium. J'ai été inscrit dès mon arrivée à la faculté de médecine de l'UCL à Louvain en Woluwe.

R.K. Vous avez bénéficié d'une bourse ?

R.N. Au début mes parents payaient mes études. Puis j'ai eu un complément de bourse.

R.K. Avec le recul du temps comment jugez-vous vos études à Louvain ?

R.N. Au Cameroun on ne connaissait pas la Belgique. Quand je remplissais les papiers, je confondais Louvain en Woluwe et Louvain-la-Neuve. Je suis arrivé en Belgique le 14 septembre 1979. C'était assez triste ; on se sent seul quand on a 18 ans, loin de sa famille. A l'UCL, il fallait se mettre rapidement au travail. Vous êtes seul à Noël, c'est l'hiver, la neige, le blocus, vous pensez à l'Afrique où c'est la fête familiale et pourtant il faut étudier.

Les études à Louvain sont dures, mais complètes. Aujourd'hui sur le terrain, on est fier d'avoir fait ces efforts et la compétence des médecins formés à l'UCL et même en Belgique est reconnue de tous.

R.K. Après avoir obtenu votre diplôme en 1987, vous avez opté pour la spécialisation en gastro-entérologie. Comment avez-vous été amené à ce choix ?

R.N. Dès le premier cours de pathologie digestive, c'est un grand monsieur, avec de grandes mains qui nous a parlé : « Je m'appelle Charles Dive. Je suis le professeur de gastro-entérologie. Nous allons commencer par l'œsophage » J'ai été fasciné par l'aisance et la clarté avec laquelle il nous donnait des explications. C'est le seul motif pour lequel j'ai choisi la gastro-entérologie.

R.K. Vous avez suivi ensuite la formation à l'UCL avec la partie tronc commun médecine interne et ensuite la formation en pathologie digestive ?

R.N. En accord avec le professeur Coche, j'ai commencé la formation de spécialiste aussitôt après avoir obtenu mon diplôme de docteur en médecine. Le tronc commun de médecine interne s'est réparti entre Saint-Pierre à Ottignies et Notre-Dame de Grâce à Gosselies, le service des maladies infectieuses, unité 44, des professeurs F. Zech et B. Vandercam, puis enfin le service de gastro-entérologie du professeur Dive à Woluwe.

R.K. Charles Dive était proche de l'éméritat à cette époque ?

R.N. Oui, il a accédé à l'éméritat en 1992, l'année où j'ai eu mon diplôme de spécialiste. A cette occasion, je lui ai offert une canne de chef africain, toute perlée. C'était lors d'une cérémonie d'au revoir très émouvante organisée par ses anciens assistants.

R.K. Et après cette formation ?

R.N. Je suis retourné dans mon pays, le 9 novembre 1992. Je n'ai plus eu l'occasion de revoir le professeur Dive depuis lors. Mes parents vivent à Douala, la capitale économique du Cameroun, ce ne fut pas difficile pour moi de débiter ma carrière médicale en vivant d'abord pendant un an chez eux, tout en installant un cabinet de gastro-entérologie dans une clinique avec possibilité d'hospitalisation. Au bout de 5 ans, j'ai ouvert à Douala une petite structure d'une quinzaine de lits (la clinique Marie-O) : j'y faisais de la gastro, mais on y hospitalisait aussi des cas de médecine générale, de pathologie infectieuse et des enfants. En 2000, avec d'autres médecins camerounais spécialistes formés en Europe eux-aussi (un pédiatre, un chirurgien, un anesthésiste, un pneumologue, un gynécologue, un réanimateur et mon épouse qui est dentiste), j'ai coordonné la création d'une structure médicale de 45 à 50 lits avec un service de réanimation : la Polyclinique Le Maimonide. Cela marche relativement bien.

R.K. Et au point de vue de l'équipement ?

R.N. Le coût de l'équipement neuf est très lourd. On est obligé d'acheter du matériel de seconde main, grâce à des contacts avec des firmes comme Olympus et d'autres, qui nous revendent à très bon prix du matériel que des cliniques échangent pour acheter les machines de dernière génération. Les hôpitaux publics du Cameroun achètent du matériel neuf. Il y a une grande coopération avec la Belgique dans le domaine médical.

R.K. Il y a combien de lits de gastro-entérologie dans votre Polyclinique ?

R.N. Ce n'est pas organisé comme en Belgique. En dehors des lits de chirurgie, pédiatrie et gynécologie, il y a 13 lits de médecine adulte, parmi lesquels il y a beaucoup de maladies infectieuses : paludisme, typhoïde....

R.K. Vous avez eu une formation en médecine tropicale

R.N. Non. Mais comme c'est la première pathologie dans notre pays, pendant ma formation j'ai passé six mois en pathologie infectieuse à Saint Luc, chez les professeurs Zech et Vandercam.

R.K. Quelles sont les techniques dont vous disposez ?

R.N. Nous faisons de l'endoscopie digestive haute et basse, la proctologie et l'échographie abdominale. J'avais demandé au professeur Coche de pouvoir me former en écho abdominal, car en Belgique, l'échographie abdominale est confiée aux radiologues, comme au Cameroun actuellement. Mais à l'époque, il y avait peu de radiologues au Cameroun en 1992 et j'ai voulu me former en écho abdominal. J'ai passé 6 mois dans

le service de radiologie à Saint Luc chez le professeur Dardenne. J'ai obtenu un certificat de compétence en écho abdominal. Et j'avoue que cela me sert énormément. Nous faisons aussi de l'endoscopie thérapeutique (polypes et hémorragies digestives).

R.K. En hépatologie ?

R.N. Les hépatites B et C, les cirrhoses, les hépatomes constituent pour nous un énorme problème de santé publique :

- Difficultés de diagnostic (coûts des examens)
- Suivi des patients difficiles (pouvoir d'achat)
- Prise en charge thérapeutique très rare (coût des nouvelles molécules, coût des traitements)

R.K. L'endoscopie biliaire ?

R.N. Non. Les indications sont limitées et l'investissement en matériel est très lourd. Nous avons un chirurgien général qui est très compétent en chirurgie digestive.

R.K. Y a-t-il une sécurité sociale au Cameroun ?

R.N. Pas comme chez vous. Les fonctionnaires sont couverts par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale. Les sociétés privées, nombreuses à Douala, ont un système d'assurance maladie pour leurs employés, qui viennent à l'hôpital avec un bon de prise en charge. Pour les non-assurés, les explorations endoscopiques sont chères : par exemple, une fibroscopie digestive coûte 40000 francs CFA soit 75 €. Chez nous, c'est une somme importante.

R.K. Avez-vous des possibilités de formation post graduate ?

R.N. Oui, à titre personnel, ou alors organisé par des firmes pharmaceutiques.

R.K. Ce congrès à Paris, d'où vous venez, vous a-t-il appris des choses nouvelles ?

R.N. Enormément. C'est utile et important d'être au courant des avancées scientifiques et dans cette optique, les journées francophones de pathologie digestive sont très bien du point de vue pratique et théorique.

Beaucoup de nouvelles choses : les antiTNF dans les maladies inflammatoires de l'intestin, la capsule endoscopique et ses indications, la prise en charge évolutive de l'hépatite B et C, des carcinomes hépatocellulaires, les techniques de diagnostic.

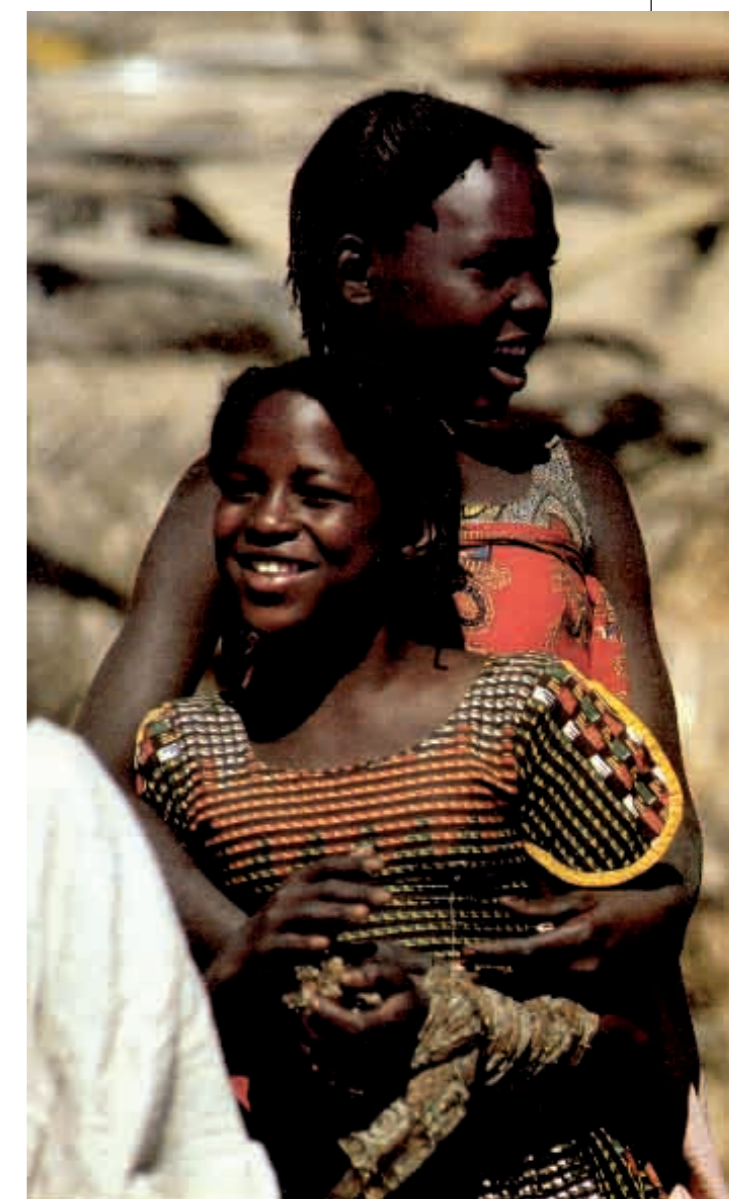
J'ai beaucoup apprécié l'atelier consacré aux troubles fonctionnels du tube digestif.

R.K. Chez vous l'amibiase reste-t-elle fréquente ?

R.N. Oui, et je peux vous assurer que le diagnostic est aussi facile à faire et le traitement est à la portée de toutes les poches. Il y a une quinzaine d'années toutes les douleurs abdominales avec selles glairo-hémorragiques étaient d'abord considérées comme une amibiase. Aujourd'hui, avec l'investigation endoscopique on met en évidence des colites ulcéro-hémorragiques et d'autres pathologies.

R.K. Vous avez une grande famille ?

R.N. Mon épouse Sylvie a fait ses études à l'ULB, elle est chirurgien dentiste et est installée à Douala. J'ai quatre enfants. Ma fille aînée, Anne-Catherine, est née en Belgique : elle va probablement faire des études de commerce à l'ICHEC, ma seconde fille, Marcelle-Olivia, a l'intention de faire le droit et mon fils de 9





ans, Pierre-Adley, voudrait devenir médecin ; le tout dernier, Hoky-Jonh : on verra !

R.K. La famille est programmée à long terme. Ce que j'admire chez vous, c'est d'être rentré au pays après vos études et de ne pas avoir choisi la facilité de rester en Europe comme beaucoup de boursiers notamment camerounais.

R.N. Vous savez, j'ai passé 13 ans en Belgique, j'y ai beaucoup appris, et j'ai de solides attaches amicales en Belgique. Mais retourner travailler au Cameroun a toujours été une évidence. J'y suis beaucoup plus utile. A Douala où je travaille, nous sommes 7 gastro-entérologues pour 4 millions d'habitants. Ce qui est important, c'est de garder des contacts professionnels avec la Belgique et l'Europe, à travers les congrès et stages pratiques.

R.K. Une petite digression. Le régime camerounais est-il démocratique ?

R.N. . Oui, oui. Il y des élections libres et transparentes. Un parti au pouvoir, le RDPC, et des partis d'op-

position représentés à l'assemblée nationale et qui participent à la gestion des mairies. Mais nous nous améliorons tous les jours, c'est vrai nous ne sommes pas arrivés à votre niveau de transparence.

R.K. Et de complications !

R.N. C'est vrai aussi, car entre la Flandre, la Wallonie, la région Bruxelles capitale on est perdu.

R.K. Je pense que le colonialisme a commis deux erreurs majeures ; la première est ne pas avoir tenu compte des structures existantes en Afrique centrale.

R.N. Ce n'est pas une erreur. C'était voulu. Il fallait supprimer les structures en place pour imposer l'organisation du colonisateur, lui permettre d'exister, de durer et de pouvoir exploiter les richesses des pays colonisés, un but inavoué.

R.K. La seconde grande erreur, à mon sens, est d'avoir divisé l'Afrique et établi des frontières sans tenir compte des ethnies, mais uniquement d'une répartition équitable aux yeux des différents pays européens.

R.N. Les frontières. C'est dramatique, cette histoire de frontières. Mais le sentiment d'appartenir à un peuple est plus fort que les frontières. Et les peuples tendent toujours à se regrouper. On l'a vu avec la chute du mur de Berlin et la réunification immédiate de l'Allemagne.

R.K. La même chose au Cameroun après la décolonisation.

R.N. Oui, bien sûr. Même en Afrique, avec la mondialisation et l'ouverture des frontières, les choses évoluent. Il existe une frontière commune entre le Cameroun, la Guinée Equatoriale et le Gabon et ces populations parlent toutes la même langue : un jour elles vont s'unir.

R.K. Merci, Docteur Ngoulla. Je pense que beaucoup de nos anciens de l'UCL seront heureux d'avoir de vos nouvelles. J'ai téléphoné à Charles Dive qui veut absolument reprendre contact avec vous. Bonne chance à vous, à votre famille et à votre pays. Un dernier mot ?

R.N. J'ai passé treize ans en Belgique. J'y reviens toujours avec émotion. Ce ne fut pas facile. Les études de médecine à l'UCL ne sont pas faciles. Le système est hautement compétitif, que se soient les candidatures, les doctorats et la spécialisation avec le système des staffs hebdomadaires. C'est à ce prix qu'on est très bien formé. Je dois insister sur le niveau supérieur des études à l'UCL par rapport à bien d'autres universités européennes : nous avons des points de comparaison ici au Cameroun. Par contre, ce qui m'attriste, c'est le problème du numerus clausus...

Ils étaient médecins.

David Livingstone (1813-1873).

Le médecin bon pasteur.

David Livingstone, médecin et pasteur, était un grand idéaliste, sans prosélytisme excessif, respectant la riche culture africaine et « ne convoitant pas les richesses du pays, voulant apporter la paix et la santé. »

René Krémer



Rencontre de l'éléphant et du «Ma Robert» de Livingstone, tableau onirique de Thomas Baines. Consterné par l'ampleur du commerce des défenses d'éléphants à partir de Zanzibar, Livingstone considérait déjà ces «nobles animaux» comme une espèce en péril. Royal Geographical Society, Londres. © Bridgeman Art Library. Dans « Exploration de l'Afrique noire », par Jean de la Guérvrière.

Dès l'âge de dix ans, le jeune David travaille dans une usine de coton, en suivant des cours du soir dans sa ville natale de Glasgow. Travail épuisant qui consiste à se faufiler entre les machines et rechercher les fils sur le point de se briser.

Plus tard, il mène simultanément des études de médecine et de théologie, dans le but de devenir à la fois missionnaire et médecin. Il combinera dans sa vie le travail du missionnaire anglican, du médecin, de l'explorateur et d'un activiste combattant l'esclavage organisé par les portugais depuis le 16^{ème} siècle.

« I am a missionary art and soul » écrit-il, dans le journal qu'il rédige au jour le jour.

En 1841, il obtient un poste sur les bords du désert de Kalahan, en Afrique du Sud. Il épouse en 1845 Mary

Moffat, fille d'un confrère missionnaire.

Dès 1849, il traverse le Kalahari et suit le Zambèze à la recherche d'une route entre le Zambèze supérieur et la côte. En 1855, il découvre les Victoria Falls et atteint l'embouchure du Zambèze, après avoir traversé l'Afrique dans sa largeur, à la recherche des sources du Nil, les fameuses quatre fontaines mythiques citées par Hérodote.

Son but principal est d'entrer en contact avec les populations du centre de l'Afrique, d'améliorer le sort des indigènes, de les christianiser bien évidemment, de les soigner tant bien que mal, mais surtout de tenter de les libérer de l'esclavage. « Quand on travaille pour Dieu, la sueur qui coule sur le front n'est plus un châtiment..., malgré les obstacles et la fatigue,

des indigènes, de les christianiser bien évidemment, de les soigner tant bien que mal, mais surtout de tenter de les libérer de l'esclavage. « Quand on travaille pour Dieu, la sueur qui coule sur le front n'est plus un châtiment..., malgré les obstacles et la fatigue, dont les voyageurs en climat tempéré, ne peuvent se faire qu'une faible idée. »

A cette époque, l'esclavage n'existait plus que dans l'est africain. Livingstone pensait que des communications plus faciles vers l'est, y amènerait des commerçants honnêtes, qui contribueraient à la suppression de l'esclavage.

Ses parcours peuvent être suivis au jour le jour dans son journal très détaillé, minutieusement écrit, une mine de renseignements dans tous les domaines, des paysages aux coutumes, des maladies aux croyances, de la faune et de la flore.

Sa médecine est évidemment simple, car il dispose de peu de moyens et la médecine de son époque est encore assez rudimentaire, surtout dans le domaine des maladies tropicales.

Il paraissait avoir une idée assez vague de l'origine et du traitement des accès de fièvre, dont il était la victime, au même titre que les Africains qui l'accompagnaient. Il dit notamment qu'il faut s'éloigner du point « où l'attaque a eu lieu » et que « l'exercice est un bon moyen de la guérir ». Il parle de la fréquence des fièvres au mois de mars, lors des plus grands intervalles entre les jours de pluie, du danger des terrains fangeux couverts de plantes et de cadavres en décomposition, du rôle des vents du Nord. La quinine était souvent sans action. Les fièvres faisaient des ravages lorsque les populations se déplaçaient ou lorsque les blancs débarquaient sur la côte.

Il décrit la mouche tsé-tsé, qui suit les caravanes et se pose très doucement sur le corps des animaux et des hommes. Il soigne les éléphants, les bœufs, les chevaux et les chameaux piqués par la mouche, mais croit que la maladie épargne les chèvres, l'âne et l'homme !!

Il décrit la lèpre qu'il considère comme héréditaire et qu'il traite par l'hydriodate de potasse et une mystérieuse pierre infernale.

Il s'efforce de lutter contre les préjugés comme cet axiome selon lequel c'est Dieu qui a créé les blancs

et les noirs, mais que c'est le diable qui fait les métis. Certains Africains sont persuadés que les blancs sont cannibales : leurs croquemitaines sont représentés avec la peau blanche.

Il a toutes sortes d'idées utiles comme de faire construire des estacades au bord des rivières pour éviter que les femmes soient happées par des crocodiles lorsqu'elles puisent l'eau.

Les noirs fument le chanvre. Livingstone en décrit les effets qui augmentent la force physique, mais le chanvre affaiblit le moral et « les rend idiots. Ils délirant et débitent un flot de mots sans suite. »

Madame Livingstone mourra de la malaria en 1862, les médicaments n'étant pas actifs en raison de vomissements opiniâtres.

Livingstone s'intéresse aux mœurs, coutumes, et croyances des différentes peuplades et s'efforce de les changer lorsqu'elles lui paraissent contraires à la morale chrétienne et au bon sens. Telles la peine de mort, la médecine des sorciers et des amulettes, mais il comprend la psychologie des noirs et les manipule adroitement pour éviter les conflits et tenter de les convaincre de la notion du bien et du mal.

Pour lui, la bigamie ne favorise pas la natalité, car ce sont « les vieux fortunés qui achètent les plus belles femmes. »

Il ne repousse pas systématiquement les habitudes locales, même dans le domaine médical. Il s'intéresse notamment aux traitements locaux des fièvres et expérimente les « fumigations de ses confrères locaux », tout en rejetant les purgatifs et les saignées toujours en cours en Europe à l'époque ()

C'est ainsi qu'il raconte le cas d'une femme blessée, avec une flèche enfoncée dans le thorax et qui traversait le diaphragme : « de l'air s'échappait par la plaie » Livingstone n'ose pas retirer la flèche. Un parent de la blessée ouvre plus largement la plaie et extrait la flèche avec un morceau de poumon. La jeune femme guérira.

A la lecture de ses carnets, on ne peut qu'admirer Livingstone, qui soignait au mieux les Africains, mais selon les connaissances encore très limitées de l'époque. S'il tentait d'évangéliser les noirs, c'était en douceur, en tenant compte des coutumes et croyances locales. Il prenait des risques en combattant l'esclavage et ne négligeait pas la découverte du pays, de la faune et de la flore.

Convoi de captifs rencontré par Livingstone. L'illustration des livres de l'explorateur mettait toujours l'accent sur la persistance de l'esclavage. Musée des Arts d'Afrique et d'Océanie, Paris. © G. dagli Orti. Dans « Exploration de l'Afrique noire », par Jean de la Guérivière.



Il ne convoitait pas les richesses du pays et voulait apporter la paix et la santé, sans ambition personnelle, sans se préoccuper des critiques.

Livingstone est mort le 1^{er} mai 1873, seul blanc parmi les Africains, qui enterrent son cœur et ses viscères au pied d'un arbre et envoient son corps embaumé et ses carnets de voyage en Grande-Bretagne où il sera inhumé en grande pompe à Westminster.

Ouvrages consultés :

Daniel Livingstone. Carnets de voyage.

<http://gallica.bnf.fr>

Charlie Buffet. Hommage à Livingstone. Le Monde. Juillet 2005

André Vleurinck: Réponse au « Monde ». Novembre 2006 <http://www.herodote.net>

<http://atschool.eduweb.co.uk>

<http://agora.qc.ca>

Citations

On nous reproche, n'est-ce pas, de vouloir garder les richesses pour nous. Nous, nous voulons aussi partager avec les États qui sont pauvres mais, quant aux affaires intérieures, nous voulons les diriger nous-même. **Tshombe**

Le drame de l'Afrique, c'est que l'homme africain n'est pas assez entré dans l'histoire. Le paysan africain, qui depuis des millénaires, vit avec les saisons, dont l'idéal de vie est d'être en harmonie avec la nature, ne connaît que l'éternel recommencement du temps rythmé par la répétition sans fin des mêmes gestes et des mêmes paroles. Dans cet imaginaire où tout recommence toujours, il n'y a de place ni pour l'aventure humaine, ni pour l'idée de progrès. Dans cet univers où la nature commande tout, l'homme échappe à l'angoisse de

l'histoire qui tenaille l'homme moderne mais l'homme reste immobile au milieu d'un ordre immuable où tout semble être écrit d'avance. Jamais l'homme ne s'élance vers l'avenir. Jamais il ne lui vient à l'idée de sortir de la répétition pour s'inventer un destin. Le problème de l'Afrique et permettez à un ami de l'Afrique de le dire, il est là. Le défi de l'Afrique, c'est d'entrer davantage dans l'histoire. C'est de puiser en elle l'énergie, la force, l'envie, la volonté d'écouter et d'épouser sa propre histoire. Le problème de l'Afrique, c'est de cesser de toujours répéter, de toujours ressasser, de se libérer du mythe de l'éternel retour, c'est de prendre conscience que l'âge d'or qu'elle ne cesse de regretter, ne reviendra pas pour la raison qu'il n'a jamais existé. **Nicolas Sarkozy** (26 juillet 2007, Dakar, dans allocution, paru 26 juillet 2007)

COMITÉ DE RÉDACTION :
Martin Buysschaert, René Krémer, Dominique Lamy, Dominique Pestiaux, Christine Reynaert et Jean-Louis Scholtes

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
secretariat-ama@uclouvain.be
<http://www.md.ucl.ac.be/ama-ucl/>

Les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

GRAPHISME :
A.M. Couvreur

COUVERTURE :
Raphaël Chirimwami dans son village natal, en 2004.