

ISSN 18118-6998



Bibliothèque Nationale du Congo

LES CAHIERS DE L'IGRAC

____**Numéro 16, Vol. 1, juin 2019**____



**Publication annuelle de l'Interdisciplinaire Groupe de
Recherche sur l'Afrique Contemporaine (IGRAC)**

Les opinions exprimées dans les différents articles sont celles de leurs auteurs et nullement des *Cahiers de l'IGRAC*.

LES CAHIERS DE L'IGRAC

____Numéro 16, Vol. 1, juin 2019____



**Publication annuelle de l'Interdisciplinaire Groupe de
Recherche sur l'Afrique Contemporaine (IGRAC)**

**PUBLICATION ANNUELLE DE L'INTERDISCIPLINAIRE GROUPE DE
RECHERCHE SUR L'AFRIQUE CONTEMPORAINE (IGRAC)**

Directeur de publication
Joachim Emmanuel GOMA-THETHET

Rédacteur en chef
Patrice MOUNDZA

Comité de rédaction

Joachim Emmanuel Goma-Thethet, Patrice Moundza, Jean-Félix Yekoka, Joseph Zidi, Marcel Ipari, Etanislav Ngodi, Laurent Gakama, Dieudonné Moukouamou Mouendou.

Comité scientifique

Florence Bernault, Professeur (Université Paris VII), André Patient Bokiba, Professeur (Université Marien Ngouabi), Odile Goerg, Professeur (Université Paris VII), Bruno Lapika Dimonfu, Professeur ordinaire (UNIKIN /CERDAS), Kasongo Lumumba-Tukumbi, Professeur (Cornell University), Bonaventure Maurice Mengho, Professeur (Université Marien Ngouabi), Abraham Constant Ndinga Mbo, Professeur (Université Marien Ngouabi), Dominique Ngoïe-Ngalla, Professeur (Université Marien Ngouabi), Scholastique Dianzinga, Professeur (Université Marien Ngouabi), Charles Zacharie Bowao Professeur (Université Marien Ngouabi), Virginie Waniaka Bonguen Oyongmen, Maître de conférences (Université de Yaoundé I), Emmanuel Banywesize Mukambilwa, Professeur ordinaire (Université de Lubumbashi), Bamba Mamadou, Maître de conférences (Université Alasane Ouattara, Bouaké), Hugues Mouckaga, Professeur (Université Omar Bongo de Libreville), Jean François Owaye, Professeur (Université Omar Bongo de Libreville), Marcel Nguimbi, Professeur (Université Marien Ngouabi), Auguste Nsonssissa, Maître de conférences (Université Marien Ngouabi).

Adresse

Interdisciplinaire Groupe de Recherche sur l'Afrique Contemporaine
IGRAC

B P : 2 642

FLASH/UMNG, Brazzaville (République du Congo)

E-mail : igrac.congo2018@gmail.com

Tél. : + 242 05 526 70 40 / 05 532 30 91 / 05 551 89 42

S O M M A I R E

Volume 1

Éditorial	11
Articles	
<i>Histoire, Sciences politiques, Relations internationales et diplomatie</i>	
Izis Arméline NGANTSIO, L'alimentation traditionnelle des Ngangwel, peuple téké de la République du Congo de 1960 à 1990	15
Brunel B. M. MAKAYA et J. E. GOMA-THETHET, Trajectoire biographique d'un leader politique congolais : Jean Félix-Tchicaya (1903-1961)	35
Serge Rufin KAYA BILALA, La civilisation matérielle de la communauté beembe du Congo des origines à nos jours	53
Lucien NIANGUI GOMA, Le rôle des prêtres catholiques dans le développement des relations politiques et économiques entre le Portugal et le royaume Kongo (XV^e-XVII^e siècles)	83
Aristide F. MASSOUÉMA et J. E. GOMA-THETHET, Impact de l'éducation chrétienne sur les rites et croyances des Lumbu du Congo (1913-1965)	97
Roland Christian MBINDA-NZAOU, Analyse des rapports politiques du royaume du Lwangu avec le Diangala (XVII^e-XIX^e siècles)	115
Jean Félix YEKOKA, Le statut de la femme kongo saisi à travers le contrat juridique de mariage (XVII^e-XIX^e siècles)	143
N'guessan Bernard KOUAMÉ, Le processus d'industrialisation de Bouaké et ses conséquences de 1921 à 1980	165
Clotaire MESSI ME NANG, Les dynamiques historiques de la musique rap au Gabon (1990-2016)	187

Henri YENZAPA, Abraham Constant NDINGA MBO et Joachim E. GOMA-THETHET, **Les turbulences démographiques en Oubangui-Chari : cas du Bas-Mbomou de 1891 à 1960** 219

Vigny Felande MALÉLA Miantama et Joachim E. GOMA-THETHET, **L'application de la Loi n° 5-2011 « portant promotion et protection des peuples autochtones du Congo » chez les Bongo de Sibiti de 2011-2014** 245

Brahima OUATTARA, **Les festivités du 14 juillet et leurs implications dans la société coloniale et postcoloniale ivoirienne : cas de Bouaké 1914-1964** 267

Didié KOUAKOU KOUADIO, **Les Français et la structure du pouvoir politique Ngban de 1893 à 1950** 289

Esther O. KOUALOU et S. DIANZINGA, **Partir aux colonies : cas du voyage de la France au Congo de 1880 à 1939** 315

Marcel IPARI, **Sur les pas du Père Émile Zimmermann : histoire de l'implantation des premières missions catholiques dans le sud-ouest du Congo de 1897 à 1930** 337

Apollinaire SÉLÉZILO, **Enjeux de l'ethnolinguistique synchronique et de l'ethnicité en République centrafricaine** 357

Mohamed ABDOU, **L'État africain face au développement paradoxal : le paradigme de la « double contingence » comme nouvelle voie de recherche** 389

N'dri Laurent KOUAKOU, **La diplomatie sud-coréenne à l'ère de la ruée vers l'Afrique (1961-2016)** 409

Fabrice NFOULÉ MBA, **Le processus de transposition et de différenciation des normes administratives coloniales en Afrique noire francophone (1959-1977)** 435

Joseph ITOUA, **La dimension spirituelle du pouvoir dans le royaume Kongo** 461

Les turbulences démographiques en Oubangui-Chari : cas du Bas-Mbomou de 1891 à 1960

Henri YENZAPA* , Abraham Constant NDINGA MBO** et Joachim
GOMA-THETHET***

Résumé

Cet article présente les facteurs qui ont contribué à la baisse démographique de la société oubanguienne en général, et particulièrement celle du Bas-Mbomou pendant la période coloniale. Nous avons identifié l'exode et les migrations, d'une part ; les maladies comme la trypanosomiase, l'influenza, la syphilis, et la gonococcie qui ont accompagné les explorateurs, les missionnaires, les commerçants européens et les administrateurs coloniaux, d'autre part.

Face à ces dangers, les administrateurs coloniaux ont pris des mesures pour freiner la mobilité des autochtones. Au niveau de la santé, la colonisation française a éradiqué de nombreuses maladies et permis la diminution considérable de la mortalité infantile dans la région du Bas-Mbomou à partir de 1926.

Mots clés

Turbulences démographiques, Oubangui-Chari, Bas-Mbomou.

Abstract

This article presents the factors that contributed to the demographic decline of the Ubangian society in general, particularly that of Bas-Mbomou during the colonial period. We have identified the exodus and migration on the one hand; diseases such as trypanosomiasis, influenza, syphilis and gonorrhea that accompanied exorcists, missionaries, European traders and colonial administrators.

Faced with these dangers, the colonial administrators had taken measures to curb the mobility of the native people. In terms of health,

* Département d'Histoire, Université de Bangui (RCA), yenzapahenri@yahoo.fr

**Professeur titulaire des universités du CAMES, Faculté des lettres, arts et sciences humaines, Brazzaville.

***Maître de conférences des universités du CAMES, Faculté des lettres, arts et sciences humaines, Brazzaville.

France had eradicated many diseases and mortality had decreased significantly in the region of Bas-Mbomou from 1926.

Keywords

Turbulence-demographic, Ubangi-Chari, Bas-Mbomou

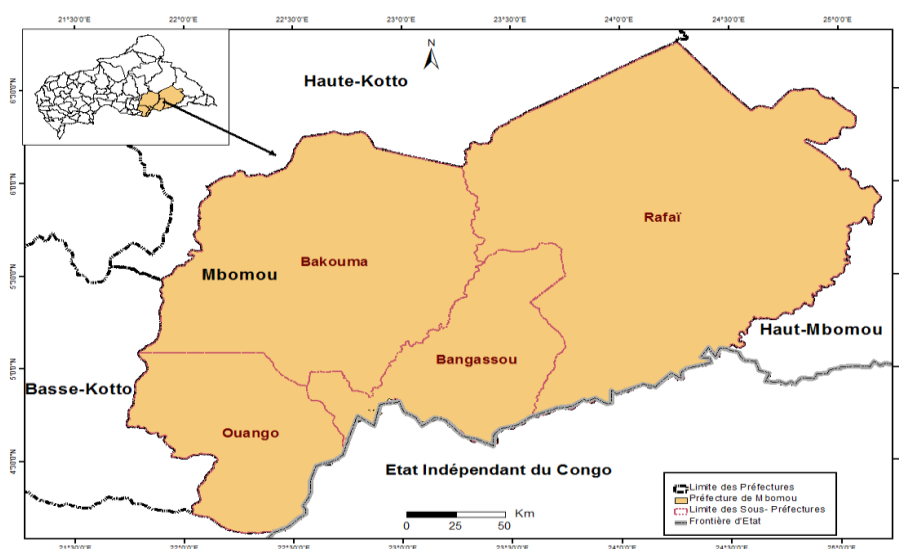
Introduction

Notre étude porte sur les turbulences démographiques de l'Oubangui-Chari à la période coloniale, particulièrement sur la question des mouvements des populations et de la propagation des maladies dans le Bas-Mbomou. Elle a pour fondement la réflexion que nous ont inspirée les documents écrits et les données des sources orales que nous avons collectées sur le terrain lors de nos recherches doctorales sur la région du Bas-Mbomou.

C'est une histoire des faits sociaux qui a pour objectif la recherche des causes de la régression progressive et exagérée des populations des régions d'Afrique occupées par les Européens à la fin du XIX^e. Le cas du Bas-Mbomou nous permet de comprendre, à quelques exceptions, les raisons qui justifient ces perturbations démographiques : déplacements des populations et propagation des maladies « nouvelles » qui ont accompagné la colonisation.

La région du Bas-Mbomou était l'une des circonscriptions administratives coloniales de l'Oubangui-Chari dont le chef-lieu était Bangassou. Elle était limitée à l'est par la circonscription du Haut-Mbomou, à l'ouest par la Basse-Kotto, au nord par la Haute-Kotto et au sud par la rivière Mbomou, sa frontière physique avec le Congo belge (cf. carte ci-dessous).

La carte de la localisation de la région du Bas-Mbomou en 1934



Source : Base de données du LACCEG (Laboratoire de Climatologie, de Cartographie et d'Études géographique) de l'Université de Bangui, octobre 2017.

Elle couvrait une superficie de 61000 km² soit 9,79% du territoire oubanguien. Elle était subdivisée en quatre districts : Bangassou (7 500 km²), Ouango (16500 km²), Bakouma (12 000 km²) et Rafaï (25 000 km²). Ces chiffres sont extraits du recensement officiel de 1926 P. Gamache (1949, p. 46).

En dehors des exactions coloniales dans le Bas-Mbomou, les migrations et les maladies jamais connues se multiplièrent dès l'installation de l'administration coloniale en 1891. Pour la stabilisation de ces populations, un palliatif fut trouvé à partir de 1926 mais, les solutions durables intervinrent avec la création des centres de santé dans le Bas-Mbomou en 1960.

Les causes du taux de la mortalité très élevé et de la fuite de la population du Bas-Mbomou pendant la colonisation française méritent d'être recherchées à travers une série d'interrogations. Quels ont été les facteurs qui ont joué en faveur de cette réduction démographique

progressive et considérable ? Quels ont été les mesures préconisées par la France pour réduire ces phénomènes sociaux ?

L'objectif global de cette étude est la recherche des facteurs qui ont contribué à la baisse démographique de la société oubanguienne en général, et particulièrement celle du Bas-Mbomou pendant la période coloniale. Nous avons identifié l'exode et les migrations, d'une part ; des maladies qui ont accompagnées les explorateurs, missionnaires, administrateurs coloniaux et les commerçants européens, d'autre part.

La politique de l'occupation de l'espace, axée sur l'organisation du territoire et la mise en valeur des ressources disponibles, provoqua des mouvements de migration de masse et contribua à la réduction considérable de la population du Bas-Mbomou.

Nous avons organisé le travail en deux parties. La première partie présente les mouvements de la population du Bas-Mbomou. La deuxième aborde la question des maladies qui ont sévi sur la population de la région du Bas-Mbomou entre 1891 et 1960.

1. Les mouvements de la population du Bas-Mbomou

L'évolution démographique de la région du Bas-Mbomou est exceptionnelle. Elle rejoint celles de nombreuses régions de l'est centrafricain. La croissance de cette population est lente. La région du Bas-Mbomou a une population d'environ 55 181 en 1906. Elle est passée de 48 665 en 1911 à 60 900 en 1926, puis de 68 000 en 1955 à 72 000 habitants en 1958-(données du recensement de 1958). Les statistiques sont imprécises et très aléatoires. Néanmoins, nous avons constaté que le mouvement de la population du Bas-Mbomou a évolué de manière parabolique. Elle est décroissante de 1906 jusqu'à la fin de la Deuxième Guerre mondiale pour reprendre sa croissance à partir de 1926.

Les effectifs de la population du Bas-Mbomou de 1906, 1911, 1926, 1955 et 1958

Districts	Population en 1906	Population en 1911	Population en 1926	Population en 1955	Population en 1958
Bangassou	27 011	25 320	30 120	35 005	39 293
Bakouma	5 570	4 080	5 430	7 200	8 896
Ouango	16 600	15 347	20 799	29 710	16 067
Rafaï	6 000	3 910	4 560	6 550	7 744
Total	55 181	48 665	60 900	68 000	72 000

Source : E. Lalieux, 1895, « La situation économique du Bas-Mbomou », in *Bull. sur l'économie du Mbomou*, Bangui, Archives de l'ENAM, p. 28.

La prévalence de diverses pathologies d'une famille entraîne la population à sa fragilisation hypothéquant son développement socio-économique. Les maladies endo-épidémiologiques comme la rougeole et la méningite sont les indicateurs de cette fragilisation de l'état de santé de cette population. Le taux de mortalité infantile et maternelle demeure inquiétant soit 10% en 1958.

Le Bas-Mbomou a un taux de croissance nettement inférieur à 1% à la veille de l'indépendance de la République centrafricaine. Dans ces conditions, il est fort probable que les populations soient menacées de baisse sensible de pourcentage de natalité si une bonne politique de la santé de reproduction n'était pas mise en place à partir de 1946.

1.1. La migration des populations du Bas-Mbomou au Congo belge

L'un des faits historiques à signaler dans le Bas-Mbomou est la migration de ses populations au Congo belge : conséquence directe de la délimitation conventionnelle des frontières en 1885 (à la Conférence de Berlin). Les peuples ngbandi, zandé et nzakara avaient été divisés en deux communautés distinctes, par la rivière Mbomou :

une au Congo belge et l'autre en Oubangui-Chari. La note circulaire de 1930 explique ce partage en ces termes :

En dépit de ce partage, on continua d'assister à des déplacements incessants des personnes, sur l'une ou l'autre rive du Mbomou, fuyant l'impôt de capitation et les cultures obligatoires. Il faut reconnaître qu'un nombre important de villageois avait fui les champs pour échapper à une contrainte excessive des travaux pénibles qui ne rapportaient rien ou presque rien, à l'exemple du caoutchouc et du coton¹.

Pour eux, les nouvelles expressions nées de la géographie politique et de la politique des frontières des empires européens en Afrique centrale à la fin du XIX^e siècle, définissant les « rive gauche » et « rive droite », sont vides de sens. En réalité, les Français et les Belges réalisèrent un tour de force en les fixant sur chaque rive de l'axe fluvial Oubangui/Mbomou et en leur attribuant le statut de « sujets » belges ou de « sujets » français.

Et sur chaque rive, désormais, on pouvait distinguer les villages suivants : Yakoma français et Yakoma belge, Ngalo français et Ngalo belge, Gbagui français et Gbagui belge, Bira français et Bira belge, Baïnga français et Baïnga belge. Cette fixation des familles se révéla souvent aléatoire : les contraintes dans les méthodes de colonisation belges ou françaises firent souvent basculer les Ngbandi d'une rive à une autre, comme le certifie le commentaire accompagnant les « Rapports périodiques » de recensement de la subdivision du Haut-Oubangui pour la période de 1910 à 1925 :

Lorsqu'un village d'une rive diminue, généralement l'autre augmente. Entre 1908 et 1913, Gbagui français a connu un accroissement considérable, de 7 000 à 8 000 habitants, parce que les Belges ont fait des opérations de police dans toutes les régions de Yakoma et Ndaouéllé².

¹ Circulaire n°33 de mars 1930 pour le District de Ouango.

² Dossier occupation du Haut-Oubangui (Archives d'Outre-mer d'Aix-en-Provence), carton 4 (2) D 10.

Ce phénomène de « fuite sur l'autre rive » prit de telles proportions dans les années 1940 que l'Administrateur Félix Éboué pensa réagir vivement, mais sans parvenir d'ailleurs à l'enrayer.

Les « opérations de police », les réquisitions, l'impôt de capitation et le travail forcé provoquèrent des exodes et migrations. En effet, les populations Yakoma et Déndi parvenaient plus facilement à fuir en pirogue sur le territoire du Congo belge voisin où ils étaient rarement expulsés à cause de leurs liens historiques. Les administrateurs coloniaux du Congo belge n'étaient pas assez nombreux pour contrôler les populations riveraines de l'Oubangui et du Mbomou. Ainsi, malgré la volonté affirmée des deux gouvernements de favoriser la collaboration inter-colonie et la coordination des efforts en vue de lutter contre ces mouvements, ils ne réussirent guère. Au moindre soupçon de réquisition pour les travaux d'intérêt public et autres prestations, ces populations prenaient rapidement le large de la rivière et se réfugiaient chez leurs parents de l'autre rive ou dans les îles frontalières. Ainsi, les exodes et les migrations étaient devenus quotidiens, au point où certains administrateurs étaient obligés de lancer des cris d'alarme :

Si l'autorité supérieure n'intervient pas au plus tôt, il ne restera plus aucun contribuable dans la région de l'est. Les uns au Congo belge, les autres au Soudan anglais. Tout cela est regrettable, l'administration de la subdivision devient de plus en plus difficile, les chefs ne rendent plus compte des fuyards qu'ils ont eu dans le courant du mois³.

En fait, les fuites vers le Congo belge devenaient une préoccupation constante des autorités coloniales françaises au point où Doumergue, Ministre des colonies, recommanda la souplesse, dans l'utilisation de la main-d'œuvre, dans une note circulaire du mois de juillet 1902 :

D'une manière générale, il faut éviter que, sous prétexte de portage ou de payage, les indigènes ne soient recrutés plus ou moins volontairement et peut-être astreints à de véritables

³Émile Gentil, *Note circulaire du 25 mars 1903 à Brazzaville, relative au recouvrement d'impôt par les gardes régionaux Sénégalais*.

corvées hors du territoire qu'ils habitent. J'ai lieu de penser que pour le ravitaillement du Chari, les populations de l'Oubangui ont été parfois détournées des territoires où elles vivaient. Dans ces régions, au contraire, et plus généralement dans toute la zone frontière de l'État indépendant du Congo à ne pas abuser de la main-d'œuvre déjà si limitée et dont-il est difficile de tirer profit, P. Mollion (1984, p.160).

Parallèlement à la migration au Congo belge, la population du Bas-Mbomou exerçait aussi des mouvements internes, l'exode rural.

1.2. Les mouvements internes des populations du Bas-Mbomou

Les mouvements internes étaient fréquents car les terres, les forêts, les rivières qui appartenaient à la communauté profitaient à tous ses membres. Mais, avec la colonisation française, ces mouvements étaient maîtrisés.

Le côté négatif de la colonisation du point de vue social fut la coupure grandissante entre les centres urbains et les zones rurales. L'énorme augmentation de la population urbaine observée plus haut n'était pas la conséquence d'un accroissement naturel de cette population ; mais plutôt le résultat de la poussée continue des jeunes gens et des femmes attirés par les centres urbains de l'Oubangui-Chari pour des possibilités d'éducation, d'emploi et d'avantages sociaux. Ils étaient repoussés des campagnes par la famine, la pauvreté endémique, l'impôt et le manque de commodité. Ce fossé entre ville et campagne n'a toujours pas été comblé jusqu'aujourd'hui.

L'afflux des jeunes vers les centres urbains avait été la conséquence logique de l'avènement du numéraire européen. En effet, les villes (Bangassou, Mobaye, Bambari et Bangui) avaient été peuplées par des gens venant de partout pour servir l'administration coloniale afin d'avoir une rémunération journalière ou mensuelle. Ces mouvements étaient favorisés par les convois en pirogues sur le Mbomou et l'Oubangui et le portage administratif. Une partie de la population du Bas-Mbomou avait abandonné les villages pour s'installer en ville surtout à Bangui ou dans les centres déficitaires (plantations, marchés et chantiers) pour trouver un emploi et rompre avec les champs, la chasse et la pêche. Pourtant, nombreux d'entre eux

étaient désabusés, même si tous ne revenaient pas au bercail, ils restaient en ville.

En plus des migrations croisées et de l'exode rural, la population du Bas-Mbomou, pendant la colonisation, croulait sous différentes maladies jamais connues avant l'arrivée des Européens.

2. Les maladies découvertes dans le Bas-Mbomou pendant la colonisation

Nous disposons sur l'évolution démographique du Bas-Mbomou, à l'époque coloniale, de nombreux rapports politiques qui nous donnent quelques chiffres de recensements de sa population. On y constate particulièrement qu'à partir de la fin du XIX^{ème} siècle une diminution souvent brutale et rapide de la population du Bas-Mbomou. De nombreux groupes semblent décimés et de vastes régions complètement dépeuplées à cause des maladies « nouvelles », supposées accompagner la colonisation française.

2.1. Le facteur de la propagation des maladies « nouvelles »

Le facteur essentiel qui serait à la base de la propagation de ces maladies « nouvelles » et épidémiques dans le Bas-Mbomou est, naturellement, l'interaction entre le milieu et les hommes. Les maladies « importées » que nous présenterons sont dépendantes des éléments bioclimatiques : les longues pluies, les vents secs ou humides se font sentir sur l'organisme et influencent la santé humaine. L'humidité souvent élevée est un élément important. La chaleur est un paramètre notable du milieu, puisque la température moyenne, de la région du Bas-Mbomou, est toujours supérieure à 25° C. Ces éléments géographiques agissent sur la pathologie humaine. Ils suscitent aussi la réaction des agents zoologiques, vecteurs de différentes maladies dans la zone humide.

L'être humain est également un facteur de transmission des maladies. La santé humaine, au sens large, est tributaire de facteurs endogènes ou exogènes au milieu. Un agent pathogène (virus, microbe, bacille, champignons, nématodes) contamine le corps humain après ingestion au contact. Des vecteurs (simulies ; anophèles, mouches...) servent d'éléments intermédiaires entre l'individu et son

agent pathogène. Ils véhiculent les parasites qui évoluent dans le corps, les transmettent à autrui par simple piqure (maladie du sommeil, filariose, paludisme).

Une interdépendance existe entre tous les termes engagés dans la production d'une maladie. L'être humain, les associations végétales qui servent de support perturbent l'existence des vecteurs tels que les plantes, les arthropodes, les animaux hébergeant l'agent de la maladie. L'agencement du complexe est en relation avec l'environnement. Ce complexe évolue en fonction des contacts de l'homme ; tel est le cas de la maladie du sommeil, en secteurs boisés, transmise par des vecteurs boisés.

C'est par ces différents facteurs que l'homme participe à la chaîne de transmission des maladies. En tant que réservoir, il véhicule le parasite ou fait fonction de vecteur. D'ailleurs partout dans le monde, nous pouvons constater que le développement des voies de communication a facilité l'expansion des maladies. Dans le cas de la région du Bas-Mbomou, nous avons identifié les maladies comme la trypanosomiase ou la maladie du sommeil, l'influenza ou la grippe et les maladies sexuellement transmissibles telles que la syphilis et la gonococcie qui se sont manifestées, dans le Bas-Mbomou, à travers des voies de communication développées par la colonisation.

2.2. La trypanosomiase ou maladie du sommeil

La trypanosomiase ou maladie du sommeil, localement appelée « *Ngalango* » ou « *Zourouyara* », est la première maladie qui accompagna la colonisation et la principale cause de la baisse de la population dans le Bas-Mbomou pendant plus d'un demi-siècle. Elle a fait de nombreux ravages dans l'ensemble du territoire de l'Oubangui-Chari.

Des épidémies avaient frappé le pays dès 1900 et les villages étaient souvent atteints à 70 %, pour les uns et 80 %, pour les autres. Selon Éric de Dampierre (1967, p.70), « En 1905, le Bas-Mbomou aurait, perdu environ un cinquième de sa population : À la variole, a succédé la maladie du sommeil qui est apparue sur les rivières [...] et sur les pistes ».

Le Bas-Mbomou avait été, pendant plus d'un demi-siècle, un des hauts lieux de la maladie du sommeil qui s'était propagée le long du

Mbomou. Or, selon certains observateurs, voyageurs et médecins des troupes coloniales, la région ne présentait aucune situation alarmante sur le plan de l'endémie tyranique avant la pénétration européenne. Dans son rapport de tournée de constatation en 1908, le Dr Kerandel imputa à la colonisation l'apparition de cette maladie comme dit P. Kalck (1973, p. 202) : « L'Européen demeure le principal agent de la propagation du fléau par les transports qu'il ne cesse d'effectuer pour ses divers besoins : guerre, police, exploration, main-d'œuvre ».

De même, *la Revue indigène* n° 61 de mai 1911, affirmait dans son rapport que la date de l'apparition de la maladie coïncide, dans bien des cas, avec l'arrivée des Européens dans le pays, les transactions commerciales devenant chaque jour plus considérables et les relations entre les différentes régions de plus en plus fréquentes. L'extension progressive de la maladie paraissait en être le résultat, les voies de communication surtout, semble avoir été les routes suivies par la maladie.

Quant au Docteur Heckenroth, il souligne que dans les villages où les habitants étaient astreints au payage sur l'Oubangui et le Mbomou, à la récolte du caoutchouc, des palmistes et au travail forcé, la trypanosomiose avait sévi avec intensité. L'administration coloniale faisait remarquer que les membres de l'équipage de navigation sur l'Oubangui étaient à remplacer tous les trois mois du fait du fort taux de contamination de la maladie du sommeil⁴.

Force est de constater que de 1900 à 1925, les villages riverains de l'Oubangui et du Mbomou étaient frappés par ce fléau, dont certains s'étaient étiolés peu à peu. Le ravage était terrible à tel point que les rapports des autorités administratives et médicales du Bas-Mbomou étaient tristement concordants. Des populations toutes entières, des populations industrielles et commerçantes avaient disparu de manière sensible comme le révèlent certains rapports politiques :

Les tribus Banziris, Bourakas, Sango, Yakomas, races vigoureuses qui fournissent tous les payeurs aux commerçants, diminuent de jour en jour. Et, il semble bien que

⁴Rapports sanitaires des circonscriptions adressés au Chef de service de santé de l'Oubangui-Chari sur la trypanosomiose (prophylaxie générale), 1921-1922, Archives Nationales du Congo-Brazzaville, Côte GG441.

si nous n'intervenons pas efficacement et énergiquement, ces diverses populations auront dans un avenir rapproché, cessé de compter dans l'Oubangui où elles représentent cependant un capital d'énergie qu'il importe d'entretenir précieusement, P. Kalck (1973, p.68).

Dans la région du Bas-Mbomou, certaines maladies qui existaient déjà, à l'état latent, s'étaient réveillées à partir de 1910. Soumis aux travaux forcés par les agents de la Compagnie des Sultanats du Haut-Oubangui (CSHO) installée dans le Bas-Mbomou, hommes, femmes et enfants avaient été contraints de fréquenter, contre leur gré, d'immenses gîtes à glossines (mouches tsé-tsé). Au bout de quelques jours, les payeurs et les récolteurs de caoutchouc furent sévèrement atteints.

En 1902, le Dr Ouzilleau réussit à examiner 6 264 malades, sans compter les non dépistés. Ainsi, le Gouverneur devait s'inquiéter de l'état désastreux des populations : « Les rescapés du redoutable fléau sont en plein désarroi ». Certains traversaient la rivière Mbomou pour se fixer sur la rive gauche, en territoire belge jugé indemne. Or, de part et d'autre de la rivière, la trypanosomiose avait frappé simultanément, si bien que les populations s'étaient mises à nomadiser de la rive gauche à la rive droite et inversement.

En 1906, Mgr Le Roy, Supérieur de la Congrégation des Pères du Saint Esprit, écrivait que « la maladie du sommeil, confinée autrefois dans " certaines régions restreintes", a été très largement propagée par le portage » (Mgr Le Roy, 1922, p. 30).

En 1907, un rapport du Docteur Martin insiste sur le fait que la maladie du sommeil s'était répandue le long des voies de communication fluviales et terrestres empruntées par les Européens. Le rapport annuel d'ensemble pour l'Oubangui-Chari, mentionne, en 1916, la régression des populations riveraines de l'Oubangui et de celles vivant le long de la route d'étapes (distance entre deux arrêts). En effet, la trypanosomiose avait affecté, en 1913, près de la moitié de la population dans certains villages du Bas-Mbomou. Un tableau sanitaire offre, pour la région du Bas-Mbomou, des pourcentages inquiétants : 44% des Ngbandi, 30 % des Nzakara, 16% des Zandé et 10% d'autres ethnies (J. Kokidé, 2004, p. 409).

Si les villages riverains du Bas-Mbomou furent infectés par de multiples maladies, cela se justifie par la migration des populations

riveraines pour la cueillette, les fuites devant les exactions coloniales, les convoys et les colonies de pêche. La trypanosomiase n'était pas seule à sévir la population du Bas-Mbomou. Elle était suivie d'autres maladies telles que la grippe.

2.3. *L'influenza ou grippe*

L'épidémie d'influenza ou de la grippe, localement appelée « la maladie du caoutchouc », mérite également d'être signalée dans l'histoire démographique contemporaine du Bas-Mbomou. C'est une maladie qui se présente d'abord sous la forme cérébro-spinale, avec un certain nombre d'affections des voies respiratoires où la pneumonie et la grippe paraissent avoir joué les premiers signes, enfin, une affection bizarre, telle était la description de cette maladie. La « maladie du caoutchouc » fit des ravages effroyables dans la région du Bas-Mbomou. Les autochtones estimèrent à plus de la moitié des habitants, le nombre de décès et 1/3 des survivants étaient restés malades.

En 1917, à la fin de la Première Guerre mondiale, une épidémie de grippe se propagea dans le monde. Le rapatriement des troupes et les voies de communication en firent un « cataclysme mondial ». Dans le cadre de la colonisation de la région du Bas-Mbomou, elle offrit un exemple typique de dynamisme de contamination (Anonyme, 1921, p. 264).

En Afrique centrale, cette grippe pénétra par différentes voies : de la côte atlantique, en passant par le Congo et l'Oubangui ; par le Cameroun, le Nigéria et le Tchad ; par le Soudan, le Mbomou et l'Ouélé.

Le vapeur *Le Linarens* était descendu du Haut Congo en novembre 1918 où sévissait l'épidémie venue du Cap. Elle fit des ravages sur le bateau, que le Capitaine ne déclara pas. Léopoldville et Brazzaville furent contaminées en deux jours. Le bateau remonta l'Oubangui ; cinq passagers contaminés descendirent à Bangui le 15 novembre. Deux autochtones partirent dans un village voisin, un autre dans la même région, un Belge accompagné d'une Africaine resta à Bangui dans la maison d'une Société commerciale. Pendant six jours, les symptômes passèrent inaperçus. Les autorités sanitaires se mirent en éveil quand le Capitaine du vapeur se trouva malade à Brazzaville.

Elles enquêtèrent sur les débarqués. Malgré l'établissement immédiat de mesures prophylactiques et collectives, l'épidémie se déclara. À la mi-décembre, la grippe flamba sur les deux rives de l'Oubangui et du Mbomou, accompagnée d'un exode des populations.

En 1919, un tiers des habitants du Bas-Mbomou était contaminé. Les payeurs, les porteurs et le personnel des services administratifs véhiculèrent l'infection le long de la rivière Mbomou, la propagèrent rapidement. Les travailleurs, payeurs et les commerçants furent particulièrement éprouvés : environ 75% des payeurs et commerçants du Bas-Mbomou furent malades.

Les mesures théoriques de lutte préconisées demeurèrent insuffisantes, comme pour les autres épidémies (la maladie du sommeil, la syphilis, etc.) qui avaient cours dans l'espace fluvial. Au niveau individuel, la propreté et l'isolement des cases furent recommandés. Au niveau de la collectivité, les cordons sanitaires furent mis en place, les convois de pirogues furent supprimés, les rassemblements aussi.

Les moyens de traitement donnèrent des résultats différents. Chez les Européens, la chimiothérapie à base de quinine et laxatifs réduisit la mortalité. Alors que les autochtones qui eurent recours à la médecine traditionnelle à base de scarifications, de tisanes, n'échappèrent pas au risque mortel de la forme pulmonaire.

Cette épidémie fut caractérisée par le développement qu'elle eut dans l'espace fluvial. Les signes cliniques étaient évidents après quelques jours de latence. L'évolution spatiale de l'infection se fit ici par les voies de communication fluviales, à la faveur des intenses migrations humaines. Ces populations ne pouvaient pas aussi éviter les maladies qui se transmettent par la voie sexuelle.

2.4. Les maladies sexuellement transmissibles

La régression rapide de la population du Bas-Mbomou, au sud-est de l'Oubangui-Chari, fut aussi renforcée par la propagation des maladies vénériennes : syphilis et gonococcie. Ces maladies n'étaient pas des affections spécifiques du milieu géographique mais plutôt des maladies sociales, transmises par voie sexuelle. Elles étaient d'incubation rapide, de quelques jours à quelques semaines. En 1927,

l'Administrateur du territoire de Nouvelle-Anvers (Congo belge) écrivit ce qui suit à propos de ces maladies :

À la maladie du sommeil s'ajoutent d'autres maladies qui contribuent tout aussi puissamment à la disparition d'une population. Rien qu'au point de vue maladies vénériennes, le territoire de Nouvelle-Anvers en semble être aussi infecté qu'il le fut par le passé par la trypanosomiase. Rien n'a été fait jusqu'ici pour enrayer ce mal social qui empoisonne de plus en plus la vitalité indigène⁵.

L'histoire de l'évolution de ces deux maladies dans le Bas-Mbomou peut être écrite à partir de nombreux rapports sanitaires des Français et Belges. Le cas de la Nouvelle-Anvers au Congo belge est similaire à la situation du Bas-Mbomou en Oubangui-Chari. Examinons le cas de la syphilis.

2.4.1. *La syphilis*

Propagée au Bahr-el-Gazal depuis le XVIème siècle, d'après les indications bibliographiques du Docteur Retel-Laurentin, la syphilis s'est répandue dans l'espace fluvial à la fin du XIXème siècle en trois grands flux, faisant entrer dans le jeu l'axe Congo-Oubangui-Mbomou. De l'embouchure du Congo, aire de contacts avec les commerçants portugais depuis le XVIème siècle, la syphilis remonta le fleuve et ses affluents. Au sud-est, elle provint de l'Ouganda et de Zanzibar par l'intermédiaire du commerce de l'ivoire et des caravanes de Tippo-Tip. Au nord-est, elle arriva du Bahr-el-Gazal et du Nil avec les traitants esclavagistes arabes. Dès 1820, le trafic égyptien des esclaves commença à disséminer la syphilis. À partir de 1875, les razzias esclavagistes la véhiculèrent chez les Nzakaras. Les Zandé attribuent, dans leurs traditions orales, l'introduction de la syphilis chez eux aux Arabes.

La syphilis s'était en réalité propagée à la fin du XIXème siècle le long des routes de trafiquants d'esclaves, dans l'est et le centre, puis sur le système fluvial emprunté par les Belges et Français. Les

⁵ Registre des rapports politiques du territoire de Nouvelle-Anvers (1917-1931).

migrations de grande envergure suscitées par la colonisation européenne intensifièrent son développement. Celui-ci se cantonna intensivement chez les sociétés à forte mobilité conjugale.

Les 200 tirailleurs africains de la Mission Marchand (1896-1899) qui avaient traversé l'Afrique centrale d'ouest en est, empruntant l'axe fluvial Congo/Oubangui/Mbomou apparaissent dans les comptes rendus de cette mission comme des agents contaminateurs. Comme l'indique le Docteur Émily : « À Bangui, en février 1897, les tirailleurs formèrent un contingent considérable de blennorragies, de cystites et de chancres, dus au séjour à Brazzaville ». Docteur Émily (1900, p. 83).

Le Docteur É constate que la syphilis aurait pénétré le centre de l'Afrique avec l'influence belge et française. Il mentionne qu'en 1897, « la syphilis abonde chez les groupes européens et africains ».

Ainsi, comme on peut le constater, ce sont les colonisateurs et leurs troupes qui contribuèrent intensément à la diffusion de la syphilis à partir du XIX^{ème} siècle dans le Bas-Mbomou. Certains « rapports » parlent de « recrudescence après le passage de certaines caravanes, surtout après celui des détachements de Sénégalais ». Le nombre des villageois du Bas-Mbomou atteint était prodigieusement élevé et défiait toute évaluation, même approximative.

À partir des années 1950, les campagnes des antibiotiques se développèrent. Ces traitements de masse administrés par les groupes sanitaires mobiles réduisirent le nombre de tréponémateux. En 1957, après ces campagnes massives, 1% seulement de la population du district de Bangassou avait été atteinte de syphilis.

2.4.2. *Les blennorragies et les gonococcies*

Les blennorragies et les gonococcies sont les autres maladies vénériennes importantes qui avaient eu un impact sur l'évolution démographique du Bas-Mbomou entre 1900 à 1950. La dissémination de « *Neisseria gonorrhée* » dans le Bas-Mbomou était associée à celle de la syphilis.

De 1897 à 1907 environ, la blennorragie avait été signalée par les médecins vigilants tels que les Docteurs Émily et Ouilleau qui découvraient alors l'Afrique centrale. Malheureusement, de 1900 à 1920, les médecins militaires engagés pour soigner les troupes

d'occupation et de pacification de l'Oubangui-Chari, étaient en nombre trop insuffisant pour intervenir efficacement. C'est à partir de 1930 que les médecins, devenus plus nombreux, commencèrent à s'occuper davantage des habitants et à diagnostiquer les cas de maladies sexuellement transmissibles en plus grand nombre. De 1940 à 1960, le nombre de médecins et l'accroissement des effectifs sanitaires facilitèrent les découpages.

Les Ngbandi attribuent aux Européens l'introduction de la blennorragie chez eux. Elle a été introduite, prétendent-ils, par les Blancs et les hommes des Blancs, tels que les « *boys* », les soldats et les commerçants. D'ailleurs, on ne lui trouve pas dans les langues ngbandi et nzakara un nom spécifique ; il est dénommé « *sopissi* », une déformation du terme français « chaude-pisse ».

En 1917, la fréquence des gonococcies est signalée dans l'espace fluvial du Mbomou. Pendant les années 1920 et 1922, la maladie comme la syphilis se diffusa massivement. À partir de 1929, les troupes sanitaires mobiles signalèrent, dans le district de Ouango, l'extrême fréquence des blennorragies. Vraisemblablement, l'augmentation des effectifs de médecins, à partir de cette période, contribua à dépister davantage des cas. Dès 1945, les médecins, dont les effectifs ne vont cesser de s'accroître jusqu'à l'indépendance, constatèrent dans tout le Bas-Mbomou une reprise générale de la blennorragie. Les médecins de l'Oubangui-Chari estimaient que tout autochtone adulte avait été contaminé au moins une fois dans sa vie, et que la blennorragie comptait pour 5% de la morbidité générale. Dans les années 1950, tous les « Rapports politiques » du Haut-Oubangui signalèrent que la blennorragie, comme la syphilis, pullulait dans tous les postes de l'administration coloniale, les factoreries et les camps de travail. Le Rapport du Bas-Mbomou de 1953 signale plus précisément que « dès que des manœuvres sont rassemblés en un lieu, on voit se multiplier les cas de syphilis et de blennorragie ». Le « Rapport annuel » des services de santé de l'Oubangui-Chari de l'année 1954 fait remarquer que « la gonococcie entraînait la stérilité de nombreuses femmes, se compliquait de conjonctivites chez l'adulte comme chez l'enfant, d'orchite évoluant vers la fistulisation, et

nombreux étaient les malades porteurs de fistules urétrales et « pissant par leurs bourses »⁶.

L'évolution dans le Bas-Mbomou de la syphilis et de la gonococcie de 1900 à 1950 permet de dégager des conclusions suivantes : les voies fluviales Congo, Oubangui et Mbomou avaient fonctionné pendant plus de cinquante ans, de la fin du XIX^{ème} siècle (arrivée des Européens) dans les années 1940, en tant qu'axe de passage, plus ou moins intense pour les nécessités d'exploitation, de conquête et de mise valeur coloniale. Le Bas-Mbomou était devenu un lieu où les maladies étaient véhiculées à plusieurs reprises. Or, les maladies sexuellement transmissibles ne sont pas des maladies à variations saisonnières, dépendantes du milieu bioclimatique. Une fois disséminées, elles ne disparaissent pas, surtout si aucun traitement ne les a éradiquées. Chaque nouvelle vague de contamination les réimplante.

Le contexte historique de la fin du XIX^{ème} siècle avait ouvert l'espace fluvial à des influences extérieures. La traite des esclaves à l'est et la colonisation européenne venue du sud-ouest avaient engendré des mouvements de population. Ces mouvements furent propices à la diffusion des maladies. Ce fait est reconnu par de nombreux observateurs, les premiers médecins européens en visite ou implantés dans le Bas-Mbomou. Les maladies vénériennes signalées au début du XIX^{ème} siècle furent alors en extension. Elles subsistèrent en l'absence de traitement. Dans un premier temps, le phénomène de propagation des maladies sexuellement transmissibles se localisa aux postes militaires le long du Mbomou et ses affluents. À partir des années 1920, ces maladies se généralisèrent dans le Bas-Mbomou : c'est une période de brassages humains. Toutes les ethnies semblaient contaminées. Le développement de la couverture sanitaire permit, aux cours des années 1950, de réaliser de vastes campagnes de pénicilline. Ce qui réduisit fortement le nombre de cas de maladies sexuellement transmissibles.

Des « Rapports politiques » que nous avons consultés, il ressort que, bien que la dissémination des maladies sexuellement transmissibles ait été un mouvement général de 1900 à 1950, ces

⁶Rapports d'inspection sanitaire dans la Likouala-Mossaka et le Bas-Oubangui. Archives Nationales du Congo- Brazzaville, carton GG444.

maladies avaient prédominé, particulièrement chez des ethnies matrimonialement instables comme les Nzakaras et les Ngbandi du Bas-Mbomou. Cette liberté était favorisée par l'espoir qu'une fille qui prouve sa fécondité, ce qui valorisait alors son mariage, souvent tardif, après même plusieurs années de vie conjugale. Les groupes les plus contaminés étant des groupes où les règles matrimoniales favorisaient la liberté « préconjugale » ; c'est donc un phénomène sociologique, et non géographique, qui avait prévalu dans la dissémination des maladies sexuellement transmissibles, qui représentèrent un véritable danger pour la santé publique et constituèrent un facteur important d'infécondité constatée dans le Bas-Mbomou entre 1900 et 1950.

Les autres maladies comme la filariose et l'éléphantiasis, le pian et la lèpre avaient des prophylaxies difficiles à réaliser. Et R. Goutalier (1985, p. 111) écrit à ce propos :

On cohabite avec la maladie et la mort avec une étonnante familiarité et une parfaite indifférence, surtout lorsqu'il s'agit du personnel noir. Il faut une négligence extrême pour arracher quelques reproches à Ponel : lorsque deux Sénégalais évacués de Mobaye sur Bangui viennent y mourir sans avoir reçu le moindre soin.

D'une manière générale, toutes les maladies trouvent souvent des conditions historiques favorables pour exploser. Selon Monique Rieutord que cite D. Bazambo,

Le Docteur Émily, médecin de la Mission Marchand (1896-1899) débarqua à Bangui en 1897 avec un contingent de tirailleurs sénégalais atteint du "germe de toutes les maladies vénériennes" contractées à Brazzaville avant de traverser le pays d'ouest en est, en longeant l'Oubangui et le Mbomou. À Bangassou, les tirailleurs contractèrent la syphilis apportée là d'ailleurs par leurs camarades sénégalais, D. Bazambo (1982, p. 19).

À ce propos Anne Retel Laurentin, qui emboîta le pas au Dr Ouzilleau, écrit :

Malgré les richesses qu'ils tirent du commerce, ils vivent misérablement. La maladie décime les villages entiers...c'est

alors qu'ils prirent cet aspect si impressionnant de misère et de ruine en face duquel nous nous trouvions en 1912, Anne Retel Laurentin (1979, p. 90),

En plus de multiples villages disparus à la suite de diverses épidémies devenues plus vives à cause de l'accélération des déplacements favorisés par la colonisation, un bon nombre de villageois abandonnèrent leurs lieux d'habitation habituels pour des campements dans les îles et en pleine forêt où ils espéraient échapper à l'action des recruteurs de main-d'œuvre et des gardes transformés en agents du fisc. La vie rurale qui avait atteint un certain stade d'évolution appréciable, par rapport à celles des périodes ultérieures, connut une régression réelle.

La multiplication des calamités réelles, des pressions et répressions coloniales semèrent plusieurs cas de mortalité partout dans les familles. Beaucoup de personnes avaient disparu. Point n'était besoin de rappeler que pendant la période précoloniale, chaque famille nombreuse construisait une case pour chaque femme, une case pour les enfants de même sexe et de même âge, une autre pour le chef de famille, sans parler des cases réservées aux voyageurs, aux réserves agricoles, au culte des ancêtres et aux animaux domestiques.

Sous le poids de l'impôt imposé par l'administration coloniale, les maisons furent réduites en nombre et en dimension. Par contre dans les familles nombreuses, hommes, femmes, enfants, bêtes et animaux domestiques partagèrent désormais la même case, ce qui ne manqua d'accroître le taux de contagion des maladies.

La population du Bas-Mbomou avait cruellement souffert des vicissitudes de la colonisation, car les épreuves dues aux servitudes du portage et du payage, et les excès des concessionnaires avaient gravement marqué cette population au cours du premier quart du XIX^e siècle. À cela s'était ajoutée une épidémie de la maladie du sommeil, particulièrement meurtrière qui avait dévasté de gros villages et avait rendu désertes des zones jadis prospères. Le potentiel humain avait été gravement atteint si bien que la France était tenue de mettre en place un système de santé.

2.4.3 *Le système colonial de santé*

Au niveau de la santé, la colonisation française avait éradiqué de nombreuses maladies et la mortalité infantile avait considérablement diminué dans le Bas-Mbomou colonisé.

Avant la période coloniale, les voyageurs arabes qui parcouraient l'est de l'Oubangui-Chari rencontraient de nombreux villages prospères, avec des greniers bien pourvus, des marchés bien achalandés et une population nombreuse, en bonne santé. Mais, le travail forcé à l'ère colonial fit régresser la population dans de nombreuses localités du Bas-Mbomou et aussi dans de nombreuses autres régions de l'Oubangui-Chari. Or, sans population saine et en accroissement, il ne peut y avoir de main d'œuvre et de consommateurs des produits manufacturés. On comprend alors le cri d'alarme d'Albert Sarraut vers les années 1920, quand il demandait de « conserver et augmenter le capital humain pour pouvoir faire travailler et fructifier le capital argent »⁷.

Les initiatives de santé publique n'avaient donc pas un caractère totalement philanthropique ; elles visaient également à enrayer la décroissance démographique provoquée, entre autres, par les campagnes de pacification, avec leurs cortèges d'incendies d'agglomérations et de récoltes. La bonne santé relative des colonisés était une condition favorable à l'exploitation optimale du réservoir de main-d'œuvre obligatoire ou gratuite qu'ils représentaient pour les compagnies privées et l'administration coloniale. C'est après la guerre de 1914-1918 que se manifesta un progrès sensible dans le domaine de l'assistance sociale et de la lutte contre les épidémies.

Dans la région du Bas-Mbomou, sur le plan sanitaire, des rapports médicaux étaient régulièrement dressés. Des médecins militaires parcouraient les différentes circonscriptions, au moins une fois dans l'année. Des campagnes de vaccinations étaient organisées, et les principales maladies mieux identifiées comme « la maladie du sommeil, la grippe, la variole, la rougeole, la syphilis, l'hémorragie, la lèpre » étaient combattues.

Dans tous les centres importants de la région du Bas-Mbomou, le service d'hygiène était installé, particulièrement dans la région de

⁷ Rapport sur la situation politique en 1916, Aix-en-Provence, Archives d'Aix-en-Provence (France), carton 4(3) D 27.

Bangassou où il existait un service d'assainissement et d'éducation sanitaire comme le témoigne le rapport général de 1917 : « L'éducation sanitaire gagne du terrain grâce aux agents de développement communautaire qui dispensaient des notions élémentaires d'hygiène »⁸.

Le domaine de la santé était resté, fort longtemps, même de nos jours, la chasse gardée des seuls guérisseurs, féticheurs où la médecine traditionnelle était aussi appréciée de tous. Ainsi, pour renforcer la politique nationale, des efforts furent entrepris par les agents coloniaux afin d'enrayer les maladies qui ne cessaient de décimer les paysans.

La formation sanitaire du Bas-Mbomou avait été créée à partir de 1922. À cette époque, on ne pouvait parler des hôpitaux, sinon des dispensaires de consultation permanente, si on se réfère aux archives sanitaires de la Préfecture du Mbomou.

La circonscription du Bas-Mbomou possédait quatre dispensaires, un dans chaque chef-lieu de subdivision. À Bangassou, il y avait, en 1922, un médecin-lieutenant, un médecin chef du département, un agent sanitaire et huit infirmiers dont deux stagiaires et un auxiliaire. À Ouango, on trouvait un médecin-capitaine, un agent sanitaire et cinq infirmiers. À Rafaï, il y avait deux infirmiers.

En ce qui concerne les maladies, les données collectées nous affirment que les maladies qui prévalaient à l'époque c'est-à-dire de 1937 à 1956, sont surtout des maladies vénériennes telles que la syphilis et la blennorragie. Pour éradiquer ces maladies, le service sanitaire organisait des tournées systématiques. Ces tournées étaient constituées des groupes sanitaires mobiles qui sensibilisaient d'abord les populations cibles pour soin. C'était des grandes opérations de prophylaxie (vaccination obligatoire contre la variole et la fièvre jaune, la chimio-prophylaxie de la trypanosomiase, etc.). Il s'agissait de les traiter, à la fois pour leur guérison individuelle et pour la suppression du danger de contagion qu'elles constituaient pour la population en général.

⁸ Rapport sur la situation sanitaire de la préfecture du Mbomou, 1922, Archives d'Aix-en-Provence (France), carton 4(3) D 28.

À ces menaces de santé publique s'ajoute l'influence de la Compagnie des Sultanats du Haut-Oubangui sur la population du Bas-Mbomou.

Conclusion

Le Bas-Mbomou, à l'instar des autres régions de l'Oubangui-Chari, avait connu des turbulences qui ont eu comme conséquence la régression démographique de 1891 à 1960 : les migrations croisées des peuples oubanguiens et congolais, les maladies endémiques et sexuellement transmissibles qui accompagnèrent la colonisation avaient eu un impact négatif sur la population autochtone. Les peuples nzakaras, Zandé et ngbandi avaient été divisés en deux communautés distinctes par la rivière Mbomou : une au Congo belge et l'autre en Oubangui-Chari.

Les différents rapports politiques sur le Bas-Mbomou, à l'époque coloniale, qui nous ont fourni quelques chiffres sur les populations, nous font constater, à partir de la fin du XIX^{ème} siècle, une diminution rapide de la population du Bas-Mbomou. De nombreux groupes semblent être décimés et de vastes régions complètement dépeuplées à cause des maladies « nouvelles », supposées accompagner la colonisation.

Face à ces maladies, la France était tenue de mettre en place un système de santé pour les éradiquer afin de réduire le taux de mortalité infantile. C'est ainsi que les médecins européens sont intervenus et l'équipe mobile de santé publique et d'hygiène était mise en place pour l'éradication des maladies et son corollaire, la réduction du taux de mortalité et stabilisation de la population du Bas-Mbomou.

Cette recherche a établi les rapports entre le milieu naturel, les vecteurs des maladies et la population. Nous avons compris que la population du Bas-Mbomou, à travers son climat et son environnement pouvait bien attraper des maladies du genre de trypanosomiase, de l'influenza et celles sexuellement transmissibles à cause des relations de l'homme avec son environnement, des rapports sexuels non contrôlés à l'époque coloniale mais, les documents que nous avons consultés témoignent qu'elles s'étaient propagées le long des cours d'eau et sur les pistes d'étape grâce à la colonisation française.

Même si le système de santé avait été mis en place, il n'avait pas les moyens pour contrôler sanitaire les frontières entre les différentes colonies et des laboratoires d'analyse pour découvrir à temps et traiter ces différentes maladies. Aussi, la médecine traditionnelle avait montré ses limites même si la population autochtone a témoigné certaines satisfactions. La médecine moderne proposa le traitement de ces maladies avec des antibiotiques et une forte sensibilisation de la population sur le danger que représentent ces différentes maladies et sur les mesures de prévention.

Sources et références bibliographiques

Sources d'archives

- Circulaire n°33 de mars 1930 pour le District de Ouango.
Dossier occupation du Haut-Oubangui (Archives d'Outre-mer d'Aix-en-Provence), carton 4 (2) D 10.
Émile Gentil, *Note circulaire du 25 mars 1903 à Brazzaville, relative au recouvrement d'impôt par les gardes régionaux Sénégalais*.
Rapport sur la situation politique en 1916, Aix-en-Provence, Archives d'Aix-en-Provence (France), carton 4(3) D 27.
Rapport sur la situation sanitaire de la préfecture du Mbomou, 1922, Archives d'Aix-en-Provence (France), carton 4(3) D 28.
Rapports d'inspection sanitaire dans la Likouala-Mossaka et le Bas-Oubangui. Archives Nationales de Congo Brazzaville, carton GG444.
Rapports sanitaires des circonscriptions adressés au Chef de service de santé de l'Oubangui-Chari sur la trypanosomiase (prophylaxie générale), 1921-1922, Archives Nationales du Congo-Brazzaville, Côte GG441.
Registre des rapports politiques du territoire de Nouvelle-Anvers (1917-1931), Archives de l'ENAM de Bangui.

Références bibliographiques

- ANONYME, 1921, « Épidémie d'influenza de 1918 à 1919 dans les colonies françaises », in *Annales de médecine et de pharmacie coloniale*, p.33-120.

- BAZAMBO Dieudonné, 1982, *La peur en Oubangui-Chari, de la société traditionnelle à l'arrivée des étrangers*, Mémoire de DEA en Histoire, Université de Bangui.
- BOUVERT Yves, 1985, *Le problème de l'Oubangui-Ouélé. Comment fut exploré et constitué un réseau hydrographique au XIX^e siècle*, Paris, ORSTOM, p.389-411.
- DAMPIERRE Éric (de), 1967, *Des ennemis, des Arabes, des histoires*, Paris, Imprimerie Paillard Abbeville.
- GAMACHE Pierre, 1949, *Géographie et histoire de l'Afrique Équatoriale Française*, Paris, Éditions Nathan.
- KALCK Pierre. 1973, *Histoire de la République Centrafricaine des origines à nos jours*, Thèse de Doctorat d'État, Université de Lille III.
- KOKIDÉ Jean, 2004, *Évolution économique et sociale de l'Afrique centrale entre les deux Guerres : études comparées du Moyen-Congo et de l'Oubangui 1928-1938*. Thèse de Doctorat Ph/D, Université Aix-Marseille.
- LALIEUX Étienne, 1895, « La situation économique du Bas-Mbomou », in *Bull. sur l'économie du Mbomou*, Bangui, Archives de l'ENAM, p.5-16.
- MOLLION Pierre, 1984, *Étude d'une mentalité coloniale : image des Noirs chez les Blancs en Oubangui-Chari à la fin du XIX^eme siècle et le début du XX^eme siècle*, Acte II, table ronde du 29-30 septembre - 1^{er} octobre.
- RETEL LAURENTIN Anne, 1979, *Un pays à la dérive, une société en régression démographique à l'est : les Nzakara de l'est centrafricain*, Paris, Bibliothèque universitaire Jean-Pierre Delarge.