



HAL
open science

Maladies sexuellement transmissibles et ordre colonial au Congo de 1909 à 1960

Dreid Miché Kodia-Manckessi Kodia-Manckessi

► **To cite this version:**

Dreid Miché Kodia-Manckessi Kodia-Manckessi. Maladies sexuellement transmissibles et ordre colonial au Congo de 1909 à 1960. Histoire. 2013. hal-01118013

HAL Id: hal-01118013

<https://auf.hal.science/hal-01118013>

Submitted on 18 Feb 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Open licence - etalab

UNIVERSITE MARIEN NGOUABI

Travail * Progrès * Humanité

FACULTE DES LETTRES ET DES

SCIENCES HUMAINES

FORMATION DOCTORALE HISTOIRE

ET CIVILISATIONS AFRICAINES.

**MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET
ORDRE COLONIAL AU CONGO DE 1909 A 1960**

Mémoire

Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Approfondies
(DEA)

Option : Histoire contemporaine

Présenté et soutenu par :

Dreid Miché KODIA-MANCKESSI

Sous la direction de : **Scholastique DIANZINGA**, Pr. ès Lettres, Maître de Conférences (CAMES) d'Histoire et Civilisations Africaines, Université Marien Ngouabi de Brazzaville, République du Congo.

Année Universitaire 2011-2012

**MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET ORDRE
COLONIAL AU CONGO DE 1909 A 1960**

DEDICACE

A :

ma fille Glad Dylane KODIA-MANCKESSI.

REMERCIEMENTS

Nous exprimons toute notre profonde gratitude à Madame la professeur Scholastique DIANZINGA enseignant à l'Université Marien Ngouabi, qui a accepté d'assurer la direction de ce travail.

Nous avons aussi bénéficié des remarques et encouragements des messieurs Joseph ZIDI et Etanislav NGODI. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Nous témoignons notre gratitude aux enseignants de la Formation Doctorale « *Histoire et Civilisations Africaines* » pour les multiples apports et les sages conseils dont ils nous ont fait bénéficier.

Nous n'oublions pas nos parents pour leur soutien multiforme, nos informateurs et toutes les personnes ressources qui, de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail.

SIGLES ET ABREVIATIONS

- ACBEF** : Association Congolaise pour le Bien être Familial
- AEF** : Afrique Equatoriale Française
- AMI** : Assistance Médicale Indigène
- CERC** : Centre d'Etudes et de Recherches Chrétiennes
- CFCO** : Chemin de Fer Congo-Océan
- CFML** : Chemin de Fer Matadi-Léopoldville
- CHUB** : Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville
- E.O** : Enquête Orale
- FLSH** : Faculté des Lettres et des Sciences Humaines
- GG** : Gouvernement Général
- IGRAC** : Interdisciplinaire Groupe de Recherche sur l'Afrique Contemporaine
- IST** : Infections Sexuellement Transmissibles
- JOAEF** : Journal Officiel de l'Afrique Equatoriale Française
- JOCF** : Journal Officiel du Congo Français
- MST** : Maladie Sexuellement Transmissible
- UMNG** : Université Marien Ngouabi
- VIH/SIDA** : Virus d'Immunodéficience Humaine /Syndrome d'Immuno Déficience Acquise.

CONVENTIONS ORTHOGRAPHIQUES

Dans cette étude, les termes empruntés aux différentes langues et appellations ethniques du Congo ne s'accordent pas. Exemple : les *Sundi*, les *Kuni*, les *Kongo*, les *Bembé*.

Pour la transcription phonétique des noms, nous avons adopté la transcription suivante :

U : « U » comme en latin, se lit « **ou** ». Exemple : *Sundi*, *Kuni*.

NG : se lit comme dans le mot anglais « *smoking* » (costume de soirée masculin dont la veste comprend un revers de soie). Exemple : *ngoma*.

e : la voyelle « é » ne se distingue pas au début et à la fin de la prononciation.
Exemple : *Beembé*.

e : la voyelle « é » n'est pas distingué. Exemple : *Bouenza*.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE.....	9
PREMIER AXE : SANTE ET ENTREPRISE COLONIALE AU CONGO.....	16
DEUXIEME AXE : LA LUTTE CONTRE LES MST DANS LA POLITIQUE SANITAIRE COLONIALE AU CONGO.....	23
CONCLUSION GENERALE.....	32

INTRODUCTION GENERALE

I. GENERALITES ET CADRE DE LA RECHERCHE

Le présent travail porte sur « *Maladies sexuellement transmissibles et ordre colonial au Congo de 1909 à 1960* ». Encore appelées maladies vénériennes, les maladies sexuellement transmissibles (MST) sont, de nos jours, classées dans la catégorie des Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Les MST sont des maladies ou infections que l'on peut contracter lors des rapports sexuels¹. Elles englobent les maladies virales, bactériennes et parasitaires comme la gonococcie, la syphilis, etc.

Prendre en compte ces maladies dans l'histoire sociale et culturelle du Congo, précisément pour la période coloniale, c'est faire apparaître le type de rapports entretenus par les populations avec l'administration coloniale dans le domaine de la santé, mais aussi d'examiner les transformations sociales qu'ils ont générées.

L'historiographie africaine révèle encore aujourd'hui une insuffisance de travaux consacrés aux faits de santé. En effet, de manière générale, les historiens ont peu investi les faits de santé. Certes quelques travaux (thèses de doctorat, mémoires, articles) ont été réalisés sur les thèmes de la maladie du sommeil, la fièvre jaune, la lèpre, onchocercose. Hormis le VIH/Sida, les maladies sexuellement transmissibles sont peu investies. Or, avec l'apparition du VIH/Sida, il est important d'étudier les autres infections sexuellement transmissibles, dès lors qu'il est clairement établi aujourd'hui par les résultats des recherches médicales que leur présence favorise la propagation de la pandémie.

L'intérêt de ce travail est de chercher à comprendre comment les maladies sexuellement transmissibles ont sévi au Congo dans le passé et les réponses apportées par les autorités sanitaires pour préserver l'ordre colonial. Il s'agit de porter la réflexion sur leurs modes de transmission, les modalités de prise en charge par le pouvoir colonial, les comportements des populations face à la maladie, l'impact sur les individus et sur le fonctionnement de la société.

¹ J. Bakazolo, 1989, *Place de la syphilis parmi les maladies sexuellement transmises à Brazzaville*, Mémoire pour l'obtention de la Licence en Sciences de la santé, option : Santé publique, Brazzaville, UMNG, p.3.

Nous avons choisi d'inscrire notre travail dans la période allant de 1909 à 1960. C'est en 1909 qu'un arrêté prescrivant la prise en charge médicale des femmes prostituées atteintes de maladies sexuellement transmissibles au Congo Français fut promulgué.² Le *terminus ad quem* de notre étude est l'année 1960, année au cours de laquelle le Congo accède à l'indépendance.

L'implantation coloniale au Congo, à la fin du XIX^{ème} siècle, se heurta à des résistances organisées par les populations autochtones. Avec l'implantation des postes coloniaux, l'instauration de l'impôt, la création des infrastructures sanitaires, on tente de jeter les bases d'un ordre colonial. Mais les maladies qui vont occasionner de nombreux décès d'Européens et de travailleurs africains peuvent être considérées comme des facteurs mettant en cause les objectifs de la colonisation notamment les intérêts économiques.

Lorsqu'en 1960, le territoire du Congo accède à l'indépendance, il disposait d'un certain nombre d'atouts. En effet, abritant la capitale fédérale, Brazzaville, il bénéficia de l'implantation des principales sanitaires, mieux équipées dont l'Institut Pasteur, la Direction des grandes endémies et l'hôpital général. Mais, au regard de l'ampleur des MST notamment dans grandes villes, on peut penser à des désarticulations liées au nouvel environnement politique et socioculturel.

II. PROBLEMATIQUE ET QUESTIONS DE RECHERCHE

Les MST sont connues en Europe depuis des époques très anciennes. En Afrique, c'est sous la colonisation qu'elles sont évoquées dans les documents écrits. Cependant, certaines sources signalaient déjà la syphilis au XVI^{ème}. Du fait de l'ampleur de leur propagation à la fin du XIX^{ème}, au moment de l'implantation coloniale, les maladies sexuellement transmissibles se retrouvent au centre des préoccupations du pouvoir colonial et sont évoquées dans des documents administratifs. C'est surtout dans les années 1920 et 1930 qu'elles nécessitent des pratiques biomédicales, la mise en place des structures de santé. Cela induit inévitablement des changements sociaux.

² Arrêté du 1^{er} juin 1909 sur la police des mœurs et les mesures spéciales d'hygiène publique, réglementant la prostitution en AEF, GG 4, *Archives nationales de Brazzaville*.

Ce travail se propose d'approfondir les connaissances sur les maladies sexuellement transmissibles qui ont sévi au Congo sous la colonisation et sur les interactions entre celles-ci, l'économie coloniale et la démographie. Cet objectif nous semble important dans la perspective de l'écriture de l'histoire du Congo car, mieux cerner les maladies du passé peut éclairer et faire comprendre les problèmes de santé d'aujourd'hui. Cette conception des choses intègre l'approche dialectique de Marc Bloch : « *Comprendre le présent par le passé et le passé par le présent* ». ³

Il convient de chercher à savoir si les MST au Congo sont-elles des « maladies nouvelles » liées à la colonisation. Quelles furent les facteurs de leur propagation ? Comment apprécier leur impact sur la situation démographique du Moyen-Congo et sur le fonctionnement de la société ? Quelle était la place des MST dans la politique sanitaire au Congo à partir de 1909 ? Quels stratégies et moyens furent mis en place pour lutter contre les MST ?

III. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Comme nous l'avons déjà souligné, les MST sont de plus en plus l'objet de recherche depuis l'apparition du VIH/Sida. Mais, les travaux abordant l'histoire de la santé ou de la maladie en Afrique remontent aux années 1970. La première thèse de doctorat d'histoire qui porte sur *Le Service d'hygiène au Sénégal, 1905-1920* fut soutenue en 1974. Les travaux pionniers sont aussi la thèse sur *L'hygiène et la santé publique en Côte d'Ivoire* de François Amichia, le mémoire de maîtrise sur *La Politique sanitaire de la France à Dakar* de Bruno Salleras et la thèse sur *Santé et colonisation de 1895 à 1914* d'Angélique Diop. L'élan s'est poursuivi comme on peut le constater avec les thèses sur *La fièvre jaune et ordre colonial au Sénégal 1850-1960* d'Adama Aly Pam, *La trypanosomiase humaine au Moyen-Congo* d'Albert Koumba-Bayengola, *La peste à Dakar en 1914* de Bruno Salleras, le mémoire de maîtrise sur *Étude socio-historique de la trypanosomiase humaine dans le Niari supérieur 1800-1950* de Paul Mabilia-Bakala, l'ouvrage *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique* de Jean-Paul Bado. Cette liste n'est pas exhaustive.

³ M. Bloch, 1964, *Apologie pour l'histoire ou métier d'historien*, Paris, p.14-15.

Il se dégage de nos investigations sur la documentation, que peu de travaux ont été consacrés aux maladies sexuellement transmissibles, s'agissant précisément de la période coloniale. Ainsi, les quelques travaux essentiels sur les MST en Afrique disponibles sont :

- l'ouvrage collectif *L'épidémie du sida en Afrique subsaharienne. Regards historiques* publié sous la direction de Philippe DENIS et Charles BECKER ;
- la thèse publiée sous le titre *L'expansion du VIH/Sida au Burkina Faso : perspective historique* de Yacouba Banhoro ;
- l'article sur *Le Sida au Congo de 1983 à 2002 : une contribution à l'histoire de la maladie* de Scholastique Dianzinga.

Les historiens travaillant sur le terrain du Congo, hormis la thèse et le mémoire suscités, ont souvent abordées ces pathologies de manière indirecte. C'est le cas de l'ouvrage d'Abraham Constant Ndinga Mbo, *Savorgnan De Brazza, les frères Tréchet et les Ngala du Congo-Brazzaville*, dont un sous chapitre est consacré aux maladies sexuellement transmissibles.

IV. METHODOLOGIE

Pour traiter notre sujet *Maladies sexuellement transmissibles et ordre colonial au Congo de 1909 à 1960*, nous avons utilisé trois principales sources: les sources écrites, les sources orales et les sources numériques.

Les sources écrites peuvent être réparties en trois catégories : les archives écrites, les sources publiées et les documents imprimés ou édités.

Nous avons consulté les archives et sources imprimées (journal officiel du Congo Français, le journal officiel de l'AEF et les annuaires statistiques) à la Direction des Archives Nationales à Brazzaville. Pour les archives, nous avons essentiellement travaillé sur le fonds Gouvernement Général de l'AEF, plus précisément les rapports sanitaires, les rapports annuels. Les fiches de recensement peuvent permettre d'avoir des données intéressantes. Nous ne les avons pas encore consultées.

Au Centre de Documentation de l'Hôtel de ville de Brazzaville, outre les sources publiées nous y avons trouvé des archives de l'administration municipale (textes réglementaires, délibérations du Conseil municipal, etc.).

Les documents écrits sont principalement constituée d'ouvrages, de thèses de doctorat, de mémoires et d'articles. Nous avons pu consulter ces documents à Brazzaville à la bibliothèque de l'Institut Français du Congo, la bibliothèque de la Faculté des Sciences de la Santé, la bibliothèque de la Faculté des Lettres et des Sciences Humaines (FLSH), la bibliothèque du Centre d'Etudes et de Recherches Chrétiennes (CERC) installée dans l'enceinte de l'hebdomadaire catholique *La Semaine Africaine*.

Pour compléter notre documentation, nous avons collecté des informations auprès de quelques personnes ressources. Le but était de recueillir des informations pouvant aider à comprendre les traditions sur les MST, les attitudes des individus, des communautés face à ces maladies, l'appréciation des soins et traitements. Si les témoignages nous ont apporté des informations intéressantes, il faut toutefois relever que la difficulté majeure est qu'ils ne concordent pas toujours avec les données écrites.

Nous avons interrogé trois catégories de personnes : les personnes ayant vécu la période coloniale, les praticiens (tradi-praticiens et personnel soignant) et les gestionnaires de la santé. Les personnes ayant contractées les MST sont difficilement accessibles. Le sujet semble tabou. Aussi peuvent-elles preuve de beaucoup de réserve. Nous n'avons pu, pour l'instant, réaliser notre enquête de terrain qu'à Brazzaville pour des raisons financières. Le tableau de nos informateurs se trouve en annexe. Les interviews ont été menées sur la base d'un guide d'entretien.

Les sources numériques sont des informations que nous avons obtenues sur les sites internet. Ces informations ont été analysées et confrontées aux autres sources pour avoir des données fiables et dignes de confiance.

De manière générale, l'étude des faits de santé nécessite aussi des sources iconographiques. Pour l'instant, nous n'avons pas mis l'accent sur les photographies, par exemple. Il est aussi important de recourir aux statistiques pour mesurer la

fréquence de la pathologie, l'accès aux soins, les moyens déployés pour mettre en œuvre les différentes stratégies de lutte, etc.

C'est en croisant les différentes sources qu'on arrive à une meilleure connaissance des maladies sexuellement transmissibles, leur perception par le colonisateur, par les Congolais et leur place dans la politique sanitaire.

V. AXES DE RECHERCHE

Notre travail se structure autour de trois principaux axes :

- le premier axe est intitulé santé et entreprise coloniale au Congo ;
- le deuxième axe porte sur la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles dans la politique sanitaire coloniale au Congo ;
- le troisième axe évoque l'impact socioculturel de la médicalisation.

Dans ce travail nous ne prenons en compte que les deux premiers axes parce que la documentation est encore insuffisante pour aborder le troisième axe.

PREMIER AXE :

**SANTE ET ENTREPRISE COLONIALE AU
CONGO**

Au début de l'implantation coloniale, certaines zones du Congo avaient une mauvaise réputation auprès des Européens du point de vue sanitaire. En effet, de nombreuses maladies détérioraient la santé des populations. Certaines avaient un caractère endémique comme le paludisme, la trypanosomiase humaine ou maladie du sommeil. C'est surtout à l'époque coloniale qu'elles prirent périodiquement la forme épidémique. Ce fut le cas de la maladie du sommeil.

L'implantation de la médecine de type occidentale au Moyen-Congo a été d'abord l'œuvre des explorateurs, des médecins du corps de la Marine, des missionnaires catholiques et ceux de l'église protestante⁴. Les missionnaires religieux furent les premiers à prendre en charge les malades autochtones.

I. Représentations de la maladie et de la santé

Lorsque les Français arrivent au Congo à la fin du XIX^e, à travers leurs écrits, ils décrivaient un environnement agressif pour l'homme, comme l'a souligné Scholastique Dianzinga :

*Le Congo, au moment de la conquête coloniale, était perçu comme un milieu dangereux sur le plan sanitaire. Les membres des équipes des premières explorations et des missions étaient souvent victimes de diverses affections et nombre d'entre eux succombèrent sur les routes.*⁵

Paludisme, typhoïde, infections pulmonaires, bilharziose, trypanosomiase humaine, etc. étaient fréquemment évoquées. On mettait en exergue le caractère sauvage du milieu : d'abord le climat qui avait des effets négatifs sur le corps humain (la chaleur, la pluie, l'humidité), les animaux vecteurs des maladies. L'absence d'hygiène était aussi perçue comme la cause fréquente de nombreux décès chez les Congolais.⁶ Mais, ce facteur ne suffit pas pour expliquer l'existence et surtout la diffusion des maladies sexuellement

⁴ Eugène Guernier (éd.), 1950, *Afrique Equatoriale Française*, Encyclopédie coloniale et maritime, p.209.

⁵ Scholastique Dianzinga, 2009, « *Santé et maladie en situation coloniale : l'exemple du Moyen-Congo (1908-1958)* », Annales de l'Université Marien Ngouabi, Lettres et Sciences Humaines, vol.10, n°1, p.93.

⁶ Edouard Mbaloula, 1981, *Essai sur l'évolution des hôpitaux congolais de la colonisation à nos jours (1880-1980)*, Thèse de doctorat de 3^e cycle (Droit et Economie de la Santé), Université de Paris-Sud, p.15.

transmissibles (la syphilis, la blennorrhagie...). L'épidémie de la syphilis qui, à la fin du XIX^e siècle, toucha la colonie du Congo Français depuis la côte jusqu'en Oubangui-Chari et même au-delà, suscita des inquiétudes. Selon Abraham Ndinga Mbo, la syphilis s'est propagée le long des routes des trafiquants d'esclaves dans l'Est et le centre de l'Afrique. Ce sont les migrations importantes favorisées par la colonisation belge et française qui intensifièrent son développement.⁷ La présence des militaires lors des guerres, les recrutements des hommes dans les chantiers situés loin de leur famille, constituaient autant de situation favorisant la diffusion des MST. Cet aspect tend à démontrer que les MST au Congo sont des « *nouvelles maladies ou maladies coloniales* », c'est-à-dire liées à la pénétration coloniale.⁸ Certains de nos informateurs pensent que ces maladies existaient dans notre pays bien avant l'arrivée du colonisateur mais elles étaient ignorées par les populations autochtones.⁹ C'est là un point qui mérite d'être creusé dans notre étude.

Comme les Européens n'étaient pas épargnés et surtout en raison des effets sur la population, c'est-à-dire la main-d'œuvre active et potentielle, on tenta de prendre des mesures pour éradiquer les MST. Du fait de leur ampleur, elles devenaient un problème de santé publique au Moyen-Congo pour lequel il fallait trouver des solutions urgentes et efficaces. Si l'on en croit les chiffres livrés par les rapports politiques du Moyen-Congo, à Mossaka, par exemple, au cours des consultations prénatales, on aurait en 1946 décelé 15% de cas de syphilis chez des femmes enceintes. En 1947, on comptait, toujours dans cette localité, 1,5% nouveaux cas¹⁰. De tels chiffres traduisent une situation sanitaire alarmante. Mais ce n'était pas toujours le cas sur le terrain. Il faut noter ici le problème de fiabilité des chiffres que donnaient les autorités administratives ou sanitaires. Ce fut le cas aussi pour la maladie du sommeil.

C'est au regard des conséquences des MST qu'avait été promulgué au début du XX^{ème} l'arrêté du 1^{er} juin 1909 sur la police des mœurs et les mesures d'hygiène publique. Les Européens avaient une idée négative des mœurs des Africains en matière de sexualité et d'hygiène. On reprochait à ceux-ci leurs coutumes sur le mariage. L'absence d'hygiène,

⁷ Abraham Constant Ndinga Mbo, 2006, *Savorgnan De Brazza, les frères Tréchet et les Ngala du Congo-Brazzaville*, Paris, l'Harmattan, p.231.

⁸ Abraham Constant Ndinga Mbo, 2006, op. cit., pp.220-222.

⁹ H. Ntete-Biamingui, E.O. n°1 du 20 février 2012 à Brazzaville.

¹⁰ Abraham Constant Ndinga Mbo, 2006, op. cit., p.233.

c'était le mode de vie : l'insalubrité des lieux d'habitation, la malpropreté corporelle, les habitudes alimentaires. En ciblant, à l'article 2 « les filles publiques », les « femmes de notoriété publique » qui se livrent à la prostitution et en tirent leurs moyens d'existence »¹¹, ce texte légalisait un phénomène qui était, à cette époque, très marginal. Bien sûr, quelques femmes africaines entretenaient des relations passagères avec des Européens mais les Africains entre eux ne recouraient pas à des relations dans le cadre de la prostitution.

L'administration coloniale avait en réalité transposé un phénomène courant en France (la prostitution) pour attaquer un mal dans une colonie. C'est donc une perception des choses éloignée des réalités locales. La prostitution était en effet considérée comme le principal facteur responsable de la propagation des MST. Par conséquent, la femme devenait le seul agent vecteur de la maladie. Elle devait s'inscrire sur les registres du bureau central de la police, détenir un livret d'identité et se soumettre à des visites médicales hebdomadaires, conformément aux articles 6-7-9-10 de l'arrêté de 1909.

On relève aussi ces confusions dans les représentations des maladies. S'agissant de la syphilis, dans les rapports sanitaires il était fait état indistinctement de cette maladie. Or, il existe deux types : la syphilis vénérienne et la syphilis endémique non vénérienne ou bégel. La syphilis vénérienne est due à une bactérie appelée tréponème.¹² La syphilis non vénérienne est causée aussi par un tréponème mais se transmet en dehors de tout contact sexuel. Cela peut expliquer la difficulté à maîtriser la diffusion de la syphilis, dans la mesure où les MST dans les campagnes de dépistage ou de soins étaient mal ciblées.

Il convient de rappeler que les Français avaient des connaissances scientifiques sur la syphilis puisqu'elle sévissait en Europe depuis bien longtemps. On en parle abondamment notamment à partir du XV^{ème} s'agissant de ses origines et de son mode de transmission. Eu égard aux spéculations sur les effets des MST (dégénérescence de l'Homme, dépopulation », par des mesures d'ordre social et sanitaire, les autorités coloniales cherchèrent à compléter ou renforcer l'application de la politique sanitaire qui reposait sur le dépistage et les soins dans les structures médicales.

¹¹ Arrêté du 1^{er} juin 1909, op. cit.

¹² J. Bakazolo, op. cit., p.7.

II : Santé et entreprise coloniale : vers une politique démographique

Les raisons qui ont motivé le colonisateur à mettre en place une politique sanitaire sont liées essentiellement à la nécessité de disposer d'une main-d'œuvre en vue de l'exploitation économique.

Les maladies constituaient un obstacle à la croissance démographique. Elles détérioraient l'état physique et occasionnaient de nombreux décès. La trypanosomiase, la syphilis, le paludisme ou la fièvre jaune, etc. sont cités comme grands fléaux.¹³ C'est ainsi qu'en 1905, un rapport de la mission d'inspection du chef de colonie mentionne une baisse de taux de natalité et une hausse de la stérilité des femmes provoquée par la négligence et l'absence d'un traitement adéquat certaines maladies contractées soignées tardivement.¹⁴ En fait, déjà à la fin du XIX^e, la diminution de la population se présentait comme un phénomène alarmant, en raison du développement des maladies, selon Abraham Constant Ndinga Mbo :

On constate particulièrement qu'à partir de la fin du XIX^e siècle, commença une diminution souvent brutale et rapide de la population autochtone. De nombreux groupes semblent décimés et de vastes régions complètement dépeuplées. Les causes principales de cette diminution de la population paraissaient être les maladies "nouvelles" et les épidémies.¹⁵

L'épidémie de la trypanosomiase humaine qui a touché le Niari en 1898 fit payer un lourd tribut aux populations : les villages de Mfoumou-Lounda (40 cases), de Lingou (80 cases), de Tsende (20 cases) ont disparu, leurs habitants ayant été décimés par la maladie.¹⁶ L'inquiétude des autorités sanitaires sur les MST, en particulier la syphilis et la blennorragie, se justifiait par le fait qu'elles compromettaient la qualité et la quantité

¹³ Nous n'avons pas pu obtenir des statistiques fiables sur ces maladies. Eugene Guernier évoque très partiellement cette question dans *Afrique Equatoriale Française, Encyclopédie coloniale et maritime*.

¹⁴ Rapport sur la mission d'inspection du chef de la colonie du Moyen-Congo, GG 440, *Archives nationales de Brazzaville*.

¹⁵ Abraham Constant Ndinga-Mbo, op. cit., p.220.

¹⁶ Paul Mabiala-Bakala, 1985, *Etude socio-historique de la trypanosomiase humaine dans le Niari supérieur (1800-1950)*, mémoire de DES, d'Histoire, p.69.

de la main-d'œuvre. Ces maladies étaient à l'origine des lésions cutanées, de l'infertilité, des avortements spontanés et naissances d'enfants malformés et de la mortalité infantile élevée. De nombreux rapports politiques et sanitaires évoquaient ces conséquences par cette formule : « déchéance de la race noire et dépopulation ».¹⁷ D'où la nécessité d'éradiquer les MST.

Outre les maladies, la polygamie, pratique courante dans les sociétés congolaises était aussi tenue responsable de la diminution de la population. C'est ce que démontrent les propos d'un administrateur rapportés par Scholastique Dianzinga :

*Il n'est pas rare de voir, dans certains villages, de vieux chefs avec dix, quinze, vingt femmes (...) alors que les hommes jeunes et vigoureux sont condamnés à un célibat prolongé, faute de moyens pour payer la dot exigée.*¹⁸

Cette citation fait allusion aux spéculations sur la sexualité des Africains. Le chiffre de vingt femmes pour un seul homme paraissait une situation admissible moralement. Mais d'autres observateurs ont vu dans la polygamie un élément favorable à la diffusion des MST. Dès qu'un des conjoints avait contracté la maladie, les autres couraient le risque d'être contaminés à leur tour. Or, la rigueur des coutumes ne permettaient pas facilement des cas d'infidélité.

Les chantiers ont été des milieux qui ont contribué à dégrader la santé des travailleurs par la nature des tâches à accomplir et aussi l'alimentation et l'hygiène. C'est le cas des chantiers de construction du Chemin de fer Congo-Océan (CFCO) de 1921 à 1934. En 1924, à l'arrivée du Gouverneur Général Raphaël Antonetti, pour suppléer à la faiblesse de la participation des riverains à la construction du chemin de fer, celui-ci décida d'étendre le recrutement de la main-d'œuvre aux régions nord du Moyen-Congo

¹⁷Propos rapportés par Abraham Constant Ndinga Mbo dans son ouvrage paru en 2006, *Savorgnan De Brazza, les frères Tréchet et les Ngala du Congo-Brazzaville*, Paris, l'Harmattan, p.232.

¹⁸ Rapport annuel du Moyen-Congo, 1996, 4(2) D20, Archives d'Outre-mer, Aix-en-Provence, p.52, cité par S. Dianzinga, in *Maternité et politique sociale au Moyen-Congo (1934-1960)*, p.6.

notamment les circonscriptions de la Likouala-Mossaka, de l'Alima-Léfini, à l'Oubangui-Chari et au Tchad.¹⁹

Les hommes recrutés venaient au début sans leurs femmes. Les recrues les trouvaient sur place ; ce qui favorisait la propagation des MST. Pour éviter certaines pratiques déviantes comme les actes de pédérasties, pendant les 22 mois que durait la période d'engagement, on autorisa par la suite que des femmes puissent accompagner leurs mari. L'arrivée des femmes apparut comme un élément de stabilisation de la main-d'œuvre masculine à cause des défections enregistrées dans les chantiers. Mais elles n'étaient recrutées qu'à hauteur de 25 à 30% de l'effectif des contingents.²⁰ Donc le nombre de femmes restait insuffisant par rapport à celui des hommes.

La conséquence de cette situation fut l'émergence de la prostitution car, les femmes présentes sur les chantiers, n'hésitaient pas à monnayer leurs charmes :

*Les maris sont en général très complaisants (...) tant que cela leur rapporte. Dans le courant du mois, la femme accorde ses plaisirs à crédit. A la fin du mois, au moment de la paye, on procède au règlement des comptes.*²¹

On ne peut douter de l'existence de cas de MST dans un tel milieu. C'est un aspect intéressant qu'il est nécessaire de développer si les informations disponibles dans les rapports sanitaires sur la construction du CFCO peuvent le permettre. Evoquer les MST conduit inévitablement à porter la réflexion sur les fonctions de reproductrice des femmes. Dans la politique sanitaire, elles furent donc placées au centre du problème de la baisse démographique. L'ordre colonial passait par la prise en charge des femmes notamment dans les aspects démographiques et sanitaires.

¹⁹ Joseph Gamandzori, 2011, « *les femmes et le travail colonial : l'exemple du travail forcé sur les chantiers du Congo-Océan (1921-1934)*, in les Cahiers de l'IGRAC, n°6, p.164.

²⁰ Article 17 de l'arrêté du 1^{er} février 1925, fixant les conditions de recrutement des femmes dans les chantiers de la main-d'œuvre du CFCO au Moyen-Congo, *JOAEF* de 1925.

²¹ Manot, R.O. 1946, *L'aventure de l'or et le Congo-Océan*, Paris, Secrétan, p.36, cité par J. Gamandzori, op. cit., p.167.

DEUXIEME AXE :

**LUTTE CONTRE LES MST DANS LA
POLITIQUE SANITAIRE COLONIALE AU
CONGO**

Nous avons déjà souligné que les MST sévissaient déjà au Congo bien avant la pénétration coloniale. Mais il reste à mesurer le niveau réel de connaissances de ces pathologies par les populations.²² Depuis l'arrivée du colonisateur et l'imposition de la médecine occidentale, l'on a disposé de plus en plus d'informations soit sur leur nature, soit les traitements et aussi des chiffres plus ou moins crédibles sur le nombre des malades.

I : Savoirs traditionnels et attitudes des populations autochtones face à la médecine coloniale

Les populations locales comme partout ailleurs en Afrique expliquaient les maladies en général et les MST par des causes surnaturelles (la sorcellerie, la punition infligée par les mânes, les génies, etc.). Pour traiter ces maladies, elles avaient souvent recours aux thérapies des devins-guérisseurs, les « *nganga nkisi* ».²³ Selon les informations recueillies au cours des enquêtes orales, seules des personnes bien indiquées étaient dépositaires des savoirs traditionnels en matière de santé. C'étaient généralement les chefs de famille, les chefs détenant un pouvoir sacré, quelques personnes âgées et les devins-guérisseurs.²⁴

Chez les Bembé de la Bouenza et les Kuni du Niari par exemple, les personnes infectées étaient rejetées par la famille après l'échec du traitement donné par le guérisseur de la famille et, ou du village.²⁵ On retrouve ce comportement dicté par la rigueur des coutumes chez les peuples du Burkina Faso, au regard du constat que fait Banhoro Yacouba, lorsqu'il écrit :

*Les limites des médications et des connaissances relatives aux maladies entraînaient des attitudes de rejet des malades dans certaines sociétés d'une part et des abandons de sites d'autre part.*²⁶

²² P. Bayissa. E.O. n° 25 mai 2012 à Brazzaville.

²³ « *Nganga nkisi* » ou guérisseur est une personne qui invoque les esprits surnaturels pour combattre les mauvais esprits, guérir les maladies et protéger les vivants.

²⁴ Dr G. Mpati, E.O. n° 5 du 22 avril 2012 à Brazzaville.

²⁵ Ibid.

²⁶ Yacouba Banhoro, 2005, *L'expansion du VIH/Sida au Burkina Faso : Perspective Historique*, Münster, LIT VERLAG, p.71.

Pour freiner la propagation des MST, la population quittait donc le village après avoir parfois mis le feu aux cases. Pour les traitements, on utilisait les produits de la nature :

Pour lutter contre la syphilis (Tounma), à titre curatif, une lotion à base de champignon, de plantes épineuses, d'un minerai de sable était utilisée. A titre préventif contre la syphilis, un procédé consistait à se maculer le corps avec une préparation à base de termitière, de plantes et de beurre de karité. Cela, à chaque fois qu'on devait se trouver en présence d'un syphilitique.²⁷

Au début de l'implantation coloniale, les populations autochtones, méfiantes cherchaient à échapper aux nouvelles méthodes de la médecine coloniale. L'aspect important à souligner, c'est l'ignorance des MST, précisément leur caractère transmissible par voie sexuelle en ce qui concerne la syphilis vénérienne et la blennorragie précisément. Il manquait des informations susceptibles de réduire l'aversion pour la médecine considérée comme celle du Blanc, de l'étranger donc. Les connaissances ne reposaient sur les mêmes registres culturels.

Les méthodes utilisées par le colonisateur caractérisées par la brutalité ne pouvaient facilement rassurer sur le bien fondé des traitements offerts par les services de santé. Les campagnes de masse pour le dépistage de la maladie du sommeil avaient un caractère obligatoire. Par ailleurs, aller en consultation auprès d'un infirmier c'était livrer des problèmes ayant trait à la vie sexuelle, donc entourée de pudeur. Mais, en tout état de cause, l'administration coloniale restait convaincue qu'il lui fallait imposer ses services par son savoir-faire plutôt que par la force. En effet, il lui fallait d'abord arriver à évincer l'autorité des détenteurs de la médecine traditionnelle, les devins-guérisseurs comme il ressort des propos cités par Scholastique Dianzinga :

Faire disparaître une éruption pianique ou une poussée de syphilis en quelques jours par le moyen de quelques injections ou de quelques comprimés donnés à bon escient,

²⁷ Yacouba Banhor, 2005, p. 64

*voilà qui acquiert à la médecine du « Blanc » de la notoriété ; de la clientèle ;*²⁸

C'est surtout quand se présentaient des complications que l'on recourait aux soins modernes. Le personnel profitait de consultations prénatales ou infantiles pour détecter les maladies sexuellement transmissibles. Les rapports politiques du Moyen-Congo sur le district de Mossaka sont éloquents, comme nous l'avons déjà noté plus haut. Dans bien de ces cas, l'action médicale était retardée. En raison des pesanteurs culturelles, des malades hospitalisés désertaient les hôpitaux. Dans ces conditions, la diffusion des MST pouvaient être difficilement maîtrisée.

II. L'organisation de la médecine « coloniale » et la lutte contre les MST

L'implantation des infrastructures sanitaires et l'imposition des pratiques médicales occidentale introduisirent de nouvelles formes de gestion des maladies. S'agissant des MST, ces pathologies étaient dépistées au cours des consultations des malades. Si celles-ci acceptaient de se faire examiner par un infirmier ou un médecin, c'est parce que la médecine traditionnelle semblait présenter des faiblesses. Les devins-guérisseurs ne pouvaient, par des solutions d'origine métaphysique (sacrifices ou incantations, etc.), venir à bout des bactéries et tréponèmes.

Rappelons que ce sont d'abord les médecins des équipes d'explorateurs qui furent les premiers à constater et traiter les malades. Mais ils ne s'intéressaient qu'aux membres des missions parce que les résultats de celle-ci en dépendaient. Vu le nombre important des cas, il fallait nécessairement agir. On peut mesurer la gravité du mal à travers les propos de docteur Emily décrivant l'état sanitaire des 200 tirailleurs africains de la Mission Marchand (1896-1899) :

A Brazzaville, en janvier 1897, nos hommes avaient contracté le germe de toutes les maladies vénériennes : chaude-pisse et vérole ... A Bangui, en février 1897, les tirailleurs forment un

²⁸ Scholastique Dianzinga, « Santé et maladies au Moyen-Congo... », op. cit., p.99.

*contingent considérable de blennorragies, de cystites et de chancre dus au séjour à Brazzaville.*²⁹

Brazzaville, à l'époque, poste colonial français du Stanley-Pool était un carrefour. Elle faisait face à Kinshasa, un poste colonial belge. Lieu de brassage des populations, les mœurs avaient perdu parfois leur rigueur. D'où des relations faciles avec des étrangers.

Les missionnaires religieux furent les premiers à s'occuper à des malades autochtones. A Brazzaville, par exemple, un hôpital était déjà ouvert chez les sœurs de Saint Joseph de Cluny depuis 1892.³⁰ Ces femmes soignaient presque tous les malades et surtout ceux atteints de la maladie du sommeil considérée à cette époque par le pouvoir colonial comme le « fléau du siècle ».³¹

L'organisation médicale coloniale au Moyen-Congo était, comme dans toutes les colonies françaises, était à l'image de ce qui existait en Métropole. Mais les infrastructures sanitaires furent longtemps précaires. De 1900 à 1908, les médecins du corps de santé de la marine ouvrirent les premiers postes médicaux dans toute la colonie du Congo français. A partir de 1906 du premier bâtiment de l'Institut Pasteur³². C'est ce même local qui fut rénové en 1908.³³ Cet établissement fonctionnait comme organe central et unique laboratoire clinique de la fédération de l'AEF. Sa mission était de faire le dépistage des maladies, d'étudier leurs conséquences, d'expérimenter les traitements mais surtout d'assurer les stratégies de prévention. En octobre 1911 un hôpital colonial territorial mixte aux conditions sanitaires peu appréciables ouvre ses portes à Brazzaville.³⁴ S'en suivit en 1913 la construction de deux dispensaires dans les quartiers africains de Poto-Poto et de Bacongo.³⁵

²⁹ Cité par Abraham Constant Ndinga Mbo, op. cit., p.232.

³⁰ D. M. Kodja-Manckessi, 2011, *La politique sanitaire à Brazzaville de 1908 à 1960*, Mémoire de Maîtrise, option : Histoire contemporaine, UMNG, p.22.

³¹ J. Ntarila, E.O. n° 2 du 9 mars 2012 à Brazzaville.

³² E. Guernier, supra

³³ Ibid., p.227.

³⁴ *Livre d'or*, op. cit. p.23.

³⁵ Ibid., p.332.

S'agissant précisément des maladies sexuellement transmissibles, le dispensaire occupa une place importante dans la stratégie de lutte contre les MST conformément à l'arrêté du 1^{er} juin 1909. Ce texte stipule en son article 15 :

Un médecin est spécialement désigné par arrêté du Lieutenant-Gouverneur du Moyen-Congo, sur proposition du Chef du Service de santé, pour assurer le service médical et la direction du dispensaire.

Il recevra à cet effet, une indemnité de 600frs par an.

L'article 16 précise à propos des femmes infectées :

Les filles publiques hospitalisées au dispensaire auront droit à une ration journalière de 0F35.

Les soins médicaux et l'hygiène constituèrent le premier volet dans l'organisation médicale du colonisateur. Les tournées furent la formule utilisée au départ. Elles ont permis de dépister les malades dans les campagnes et donner des soins de manière périodique. L'implantation des dispensaires se heurta au problème de personnel et moyens financiers pour leur bon fonctionnement.

Jusqu'en 1909 les MST n'occupaient pas une place spécifique dans la politique sanitaire. Ainsi, Pour que cette lutte soit effective et efficace, il fallait par conséquent combattre le phénomène de la prostitution qui était une activité consistant à accepter ou obtenir, en échange d'une rémunération, des relations sexuelles.³⁶ Le pouvoir colonial n'était pas indifférent sur le sort réservé aux prostitués. Ce sont les dispositions de l'arrêté de 1909 qui mirent en place le cadre et les stratégies de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles.

En 1923, le pouvoir colonial afin de rendre accessible les structures sanitaires promulgua un arrêté qui fixa les tarifs des soins médicaux donnés aux populations

³⁶ <http://www.sexopedie.com>, consulté le 03 mars 2012 à 21h 03min

locales et permit aux moins nantis « aux indigents et à ceux dont le salaire était inférieur à 80 francs » d'en bénéficier gratuitement.³⁷

En 1934, la mise en place de l'Assistance médicale indigène renforça des dispositions sur la prise en charge gratuite de certaines catégories de la population africaine du Moyen-Congo.³⁸ La circulaire de 1935 imposait d'intensifier une assistance médicale et prophylactique notamment en zones rurales.³⁹

Cela montre que les autorités administratives et sanitaires avaient défini les stratégies de gestion des maladies en général et des MST conformément à la mission civilisatrice. En milieu urbain comme en milieu rural, toutes les catégories de populations locales avaient la possibilité d'être soigné. Convaincus de l'efficacité des soins (que l'on n'hésitait pas à combiner avec les pratiques traditionnelles) les malades allaient de plus en plus vers les structures de santé. Le tableau ci-après donne un aperçu du nombre de syphilitiques traités et de décès enregistrés au Moyen-Congo de 1931 à 1938.

Année	Nbre de consultants	Nbre d'hospitalisations	Nbre de décès
1931	11930	878	32
1932	11970	1036	29
1933	12109	793	16
1934	14105	647	20
1935	17403	1014	19
1936	20275	1187	29
1937	21384	1031	21
1938	21477	1160	68

Source : annuaire statistique des possessions françaises, Ed. provisoire 1944, p.11, cité par E. Mbaloula, op. cit, p.52.

Les chiffres dans ce tableau doivent être pris avec circonspection, en raison notamment du problème d'accessibilité aux formations de santé qui ne se posait pas dans les mêmes

³⁷ Arrêté du 07 août 1923, op. cit.

³⁸ Arrêté du 19 décembre 1934, op. cit.

³⁹ Circulaire du 06 août 1935, fixant les principes du service de l'assistance médicale indigène en profondeur, recommandant de développer l'assistance médicale rurale en AEF, JOAEF du 1^{er} août 1935.

termes partout. La distance trop longue décourageait parfois les malades qui voulaient se rendre dans un dispensaire. Parfois, on s'abstenait d'y aller tant que le mal était supportable.

On observe une augmentation régulière du nombre des malades fréquentant des formations sanitaires. Le tableau ci-dessous fait une comparaison des données sur la prise en charge des syphilitiques du Moyen-Congo par région pour l'année 1938 :⁴⁰

Région	Consultations	Hospitalisés		Total	% de morbidité
		Restants	Entrants		
Kouilou	1.886	5	110	2.001	2,7
Niari	30.516	29	481	4.026	6,4
Pool	5.086	13	104	5.203	3,9
Haut-Ogoué	2.032	-	7	2.039	16
Alima	170	-	49	219	1,7
Likouala-Mossaka	1.156	3	38	1.197	6
Likouala	375	5	49	429	2,3
Sangha	3.593	6	154	3.753	9,4
Haut-Sangha	1.178	12	57	1.247	5,3
Total	18.992	73	1049	20.114	5,1

Source : Rapport médical annuel sur le fonctionnement durant l'année 1938 des services sanitaires et médicaux de l'AEF du médecin Général LEDENTU, Inspecteur général des services sanitaires et médicaux de l'AEF, Partie médicale, p.364.

Il ressort de l'analyse de ce tableau que le nombre le plus élevé de consultations était celui du Niari et celui de la morbidité revient à la Sangha. Le Niari comptait-il beaucoup de malades atteints de MST ? La Sangha, connaissait-elle un problème de prise en charge tardive des malades du fait des coutumes ? Autant de questions auxquelles nous essayerons de donner des réponses dans la suite de nos recherches pour une meilleure connaissance des MST dans ces deux régions.

La blennorragie ou gonococcie qui est une maladie infectieuse, sexuellement transmissible faisait aussi des ravages parmi les populations autochtones. Elle est caractérisée par un écoulement du pus et provoquée par le gonocoque. Chez l'homme, elle se caractérise par une inflammation du conduit de l'urètre par lequel s'écoule l'urine à l'extérieur du corps. La syphilis apparaît cinq à six jours et se traduit par des

⁴⁰ Ibid., p.365.

brûlures à la miction (chaude pisse), l'émission d'urine trouble et la présence d'une goutte de pus du méat. C'est la manifestation la plus courante. Chez la femme, la syphilis est souvent latente. En cas de négligence, elle entraîne une infertilité. Chez l'enfant, elle entraîne la conjonctivite surtout chez les nouveau-nés qui la contractent lors de l'accouchement.⁴¹ Pour le traitement, on préconisait souvent de la Rovamycine ou 8 comprimés en une prise de Bactrim.⁴²

En 1938, 31.943 indigènes avaient été soignés pour la blennorragie. Le pourcentage de morbidité était de 3% ; tandis qu'en 1937, il était de 2,3%.⁴³ Le tableau sur le nombre de malades atteints de blennorragie au Moyen-Congo est placé en annexe.

Il ne faut pas oublier les efforts des équipes mobiles dans la politique sanitaire coloniale en ce qui concerne la lutte contre les MST. Il arrivait que des malades isolés et frustrés ne puissent pas se rendre dans un centre de santé. Des équipes mobiles se déplaçaient jusque dans les bas-fonds de certaines localités où les structures sanitaires étaient absentes.

En 1945, la politique sanitaire prit une nouvelle dimension avec l'application des recommandations de la conférence de Brazzaville de 1944. Alors, l'administration coloniale manifesta la volonté de rénover les principales infrastructures sanitaires existantes et de réorganisé la santé publique. C'est dans ce contexte que l'on construit un nouvel hôpital général aux conditions médicales modernes, inauguré en 1958 et qui améliora les soins donnés aux malades atteints de MST.

Au lendemain de l'indépendance, le besoin d'une médecine décentralisée intégrant à la fois les aspects curatifs et préventifs s'était fait sentir. La politique sanitaire visait essentiellement la médecine curative individuelle caractérisée par une qualité de soins modernes et une faible participation des communautés aussi bien à la gestion qu'au financement des services de santé.⁴⁴

⁴¹ J. Bakazolo, op. cit., p.10.

⁴² Ibid. p.11 ;

⁴³ Rapport médical annuel sur le fonctionnement durant l'année 1938..., op. cit., p.369.

⁴⁴ <http://www.labo-citiyennetes.org>, consulté le 03 mars 2012 à 17h 30min.

CONCLUSION GENERALE

Au terme de cette étude, nous pouvons retenir que les maladies sexuellement transmissibles ont sévi au Congo de 1909 à 1960 de manière permanente. Ces pathologies mal maîtrisées ont connu continuellement des moments de recrudescence.

En raison des intérêts économiques, l'administration coloniale s'est inquiétée très tôt de l'ampleur de la diffusion des MST et de la gravité de leurs conséquences. Il est apparu donc urgent de chercher à les éradiquer pour protéger d'abord les Européens et ensuite la force de travail jugée nécessaire pour la mise en valeur de la colonie. En effet, il fallait concilier le développement humain et rentabilité économique. C'est ainsi que la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles apparaît comme le fondement de la politique démographique. Le colonisateur en matière de santé et population s'était fixé trois objectifs, à savoir : l'accroissement du taux de natalité, la prophylaxie sociale et l'éducation des masses.

Si dans la politique sanitaire la lutte contre la trypanosomiase humaine occupa une place de choix, les MST étaient aussi prises en compte. Il demeure important de mettre en exergue leur importance dans la politique sanitaire à partir de données fiables. C'est ici qu'intervient les aspects sociaux. Le colonisateur a ciblé essentiellement la prostitution. Mais il faut s'interroger sur les causes qui ont favorisé l'émergence de ce phénomène qui n'existait pas dans les sociétés congolaises précoloniales. Les bouleversements économiques avec l'introduction de la monnaie, du salariat, les bouleversements socioculturels avec l'école, l'urbanisation, qui ont eu un impact sur la vie sexuelle, le mariage, la famille, etc.

Les deux Guerres mondiales ont ralenti la réalisation de la politique sanitaire au Moyen-Congo. La priorité étant accordé à l'effort de guerre, cela a eu pour effet de limiter les budgets consacrés à la santé. En revanche ces moments, avec l'arrivée des soldats, ont été aussi des périodes la diffusion des MST s'est intensifiée. Mais dans les années 1930, les efforts de l'administration coloniale pour faciliter l'accès aux soins de santé, en les rendant gratuits pour certaines catégories de la population témoigne de la volonté d'imposer la médecine occidentale de manière durable. Plus qu'une volonté de

résistance, c'est l'ignorance sur les caractéristiques et les modes de transmission qui justifient l'attitude négative des Africains face à la maladie. La médecine traditionnelle s'est souvent révélée inefficace et limitée pour traiter les MST. D'où l'ouverture vers la médecine occidentale qui permettait de recouvrer la santé. L'ordre colonial pouvait ainsi être préservé et permettre à la colonisation d'atteindre ses objectifs. Ils furent quand même atteints puisque imposer la médecine occidentale c'était réaliser l'œuvre de civilisation. Mais, même après l'indépendance les MST ne furent pas totalement éradiquées.

VI. SOURCES CONSULTEES

1. Sources publiées :

Journal Officiel du Congo Français de 1910 : Arrêté du 15 février 1910, promulguant le décret du 15 décembre 1909, portant règlement sur la police sanitaire aux colonies : Rapport du Ministre des Colonies au président de la République Française.

Journal Officiel de l'Afrique Equatoriale Française de 1925 : Arrêté du 1^{er} février 1925, article 17 fixant les conditions de recrutement des femmes dans les chantiers de la main-d'œuvre du Chemin de Fer Congo-Océan au Moyen-Congo.

Journal Officiel de l'Afrique Equatoriale Française du 1^{er} janvier 1935 : Arrêté du 19 décembre 1934, organisant le service de l'Assistance médicale indigène en AEF.

----- : Circulaire du 6 août 1935, fixant les principes du service de l'Assistance médicale indigène en profondeur, recommandant de développer l'Assistance médicale rurale en AEF.

2. Les archives écrites :

GG 4 : Arrêté du 1^{er} juin 1909, sur la police des mœurs et les mesures spéciales d'hygiène publique, réglementant la prostitution en AEF.

----- : Arrêté de 1940 portant modifications de l'arrêté du 1^{er} juin 1909, réglementant la prostitution en AEF.

GG 440 : Rapport sur la mission d'inspection du chef de colonie du Moyen-Congo.

GG 442 : Arrêté du 7 août 1923 relatif aux tarifs des soins médicaux en AEF.

GG 446 : Partie médicale : Rapport médical annuel sur le fonctionnement durant l'année 1938 des services sanitaires et médicaux de l'AEF du médecin Général LEDENTU, Inspecteur général des services sanitaires et médicaux de l'AEF

IGE 9, année 1938 : Note sur la femme et l'enfant indigène en AEF.

3. Sources numériques :

<http://www.labo-citiyennetes.org>

<http://www.sexopedie.com>

4. Sources orales :

Tableau des informateurs

N°	DATES	INFORMATEURS	AGE	STATUTS	LIEUX DE RESIDENCE	SUJETS TRAITES
01	20/02/2012	Ntete Henriette Biamingui	74 ans	Aide infirmière au Moyen-Congo	Brazzaville	Origine et interprétation des MST au Moyen-Congo.
02	09/03/2012	Ntarila Jonas	59 ans	paysan	Brazzaville	Comment le colonisateur percevait-il le problème des maladies au Congo dès son arrivée ?
03	25/03/2012	Ntoumou Bernadette	58 ans	Institutrice à la retraite	Dolisie : de passage à Brazzaville	Interprétation métaphysique des maladies et du malade au niveau des populations autochtones.
04	12/05/2012	Dr Mpati Gérard	60 ans	Chercheur au service de la médecine traditionnelle / Direction Générale de la santé	Brazzaville	Attitudes et interprétations de la maladie dans les différentes ethnies du Congo ; les pratiques utilisées par la médecine traditionnelle pour guérir les malades.
05	25/05/2012	Bayissa Pierre	62 ans	Enseignant du secondaire à la retraite	Loutété : de passage à Brazzaville	Origine de certaines maladies
06	09/12/2012	Dr Bouka François Serge	58 ans	Administrateur de santé/Directeur Général de l'hôpital de base de Mpissa à Baongo	Brazzaville	Rapports entre l'administration coloniale et le corps médical

VII. BIBLIOGRAPHIE ANALYTIQUE

Pour réaliser cette étude, nous nous sommes appuyés sur un certain nombre d'ouvrages et d'article dont voici une analyse sommaire de ceux qui nous ont paru les plus importants par apport à notre thème.

BAKAZOLO, Joachim, 1989, *Place de la syphilis parmi les maladies sexuellement transmises à Brazzaville*, Mémoire pour l'obtention de la Licence en Sciences de la santé, option : Santé publique, UMNG, 71 p.

Dans ce mémoire, Joachim Bakazolo nous présente une étude approfondie sur la place de la syphilis parmi les MST à Brazzaville. Pour réaliser cette étude, l'auteur s'est basé sur deux méthodes : la méthode rétrospective et la méthode prospective. La méthode rétrospective a consisté à une analyse des dossiers qui, dans l'ensemble étaient inexploitable. La méthode prospective s'est effectuée principalement dans des formations sanitaires de Brazzaville où il a recensé un échantillon de 254 sujets : adultes masculins et féminins dont l'âge variait entre 15 ans et 45 ans. Dans ses résultats de recherches et analyses, il finit par conclure que la syphilis était en pleine régression à Brazzaville et, à partir de 1988, elle n'occupait que la cinquième place parmi les MST. Ce mémoire a été un support important pour notre étude, car il nous donne un aperçu sur la syphilis : définition, classification, historique, principales MST et son impact à Brazzaville. Son étude aboutie sur l'éducation de la population et l'interpellation de celle-ci vis-à-vis des MST en particulier la syphilis.

DIANZINGA, Scholastique, 2009, « Santé et maladie en situation coloniale : l'exemple du Moyen-Congo (1908-1958) », Annales de l'Université Marien Ngouabi, Lettres et Sciences Humaines, vol.10, n°1, Année 2009, p.92-107.

Scholastique Dianzinga est enseignante au département d'histoire de la Faculté des Lettres et des Sciences Humaines de l'Université Marien Ngouabi. Nous avons porté un grand intérêt pour son article. A travers ce travail, l'auteure fait une analyse des principales pathologies de l'époque coloniale notamment leurs conséquences sur la population européenne du Moyen-Congo. Ce qui obligea le pouvoir colonial à organiser une assistance médicale des populations indigènes d'où, la prise en charge des malades

était indispensable. Elle nous situe également sur l'importance accordée à la question de santé dans la politique coloniale.

GAMANDZORI, Joseph, 2011, « les femmes et le travail colonial : l'exemple du travail forcé sur les chantiers du Congo-Océan (1921-1934) », in les Cahiers de l'IGRAC, n°6, p. 145-173.

Enseignant au département d'histoire de la Faculté des Lettres et des Sciences Humaines de l'Université Marien Ngouabi, Joseph Gamandzori dans cet article nous présente un résumé critique, historique et social sur l'aspect d'utilisation forcée par le pouvoir colonial des femmes comme main-d'œuvre dans les travaux de construction du CFCO. En plus loin, l'auteur aborde aussi la question des problèmes démographiques au Moyen-Congo, engendrée par la vie de ces recrues dans les camps des travailleurs du CFCO liée aux pratiques sexuelles « prostitution » qui occasionnait la propagation des MST préjudiciable aux bon déroulement de la mise en valeur de la colonie. Son intérêt particulier c'est de nous avoir le pourcentage à base duquel devra s'effectuer l'incorporation des femmes comme main-d'œuvre.

GAMBEG, Yvon Norbert, 2008, « Environnement et Pathologies Humaines au Congo du XVI^e au XX^e siècle », Brazzaville, Document 3 : Les Conférences du Mémorial Pierre Savorgnan De Brazza, 34p.

Enseignant au département d'histoire de la Faculté des Lettres et des Sciences Humaines de l'Université Marien Ngouabi, cet article d'Yvon Norbert Gambeg est consacré à l'étude de l'histoire anthropologique sinon, biologique et culturelle où il évoque les types de rapports qui existaient entre l'homme et son environnement. Il dresse un bilan sur les maladies environnementales, écologiques et géographiques en explorant l'espace congolais depuis le XVI^e siècle avec l'implantation coloniale. Partant des études sur les populations congolaises et leur environnement depuis le XVI^e siècle, il définit à travers cette étude comment le pouvoir colonial s'était organisé face aux maladies au début du XX^e siècle. L'auteur nous donne un aperçu sur l'architecture et l'organisation des formations de santé de l'époque coloniale et, surtout dans la qualité des soins donnés aux populations autochtones. En étudiant le cas du royaume Kongo, il nous dresse également un tableau des maladies les plus répandues et les types de techniques et plantes utilisées

pour la guérison. Enfin, cet article mentionne les processus aléatoires qui peuvent nous permettre d'étudier l'histoire de la maladie.

GUERNIER, Eugène, 1950, *Afrique Equatoriale Française*, Encyclopédie Coloniale et Maritime, Garnier Flammarion, 580 p.

Publié il y a de cela 62 ans, ce livre est une collection, rédigée sous la direction d'Eugène Guernier. Comme l'indique son titre, ce livre est une encyclopédie qui retrace l'histoire du Congo, en dressant un tableau de l'histoire générale du Congo et de l'AEF dans les domaines essentiels : politique, économique, socio-sanitaire et culturel. Il présente sur tous les plans, de façon générale et détaillée l'Afrique Equatoriale Française. Ce livre est un support important et inévitable pour tous ceux qui étudient l'histoire du Congo plus particulièrement ceux qui travaillent sur l'AEF. Nous avons accordé un grand intérêt à ce livre, il nous a permis par exemple de comprendre l'historiographie du début de la médecine coloniale en AEF, d'expliquer l'origine des premiers postes médicaux, de dégager les différentes pathologies de l'époque et de cerner les décisions sanitaires prises à la conférence de Brazzaville en 1944.

***Livre d'or du Centenaire de Brazzaville, 1880-1980*, Brazzaville, Editions Publi-Congo, 356p.**

Ce livre de 356 pages est une encyclopédie qui retrace l'histoire du Congo en général et en particulier, celle des cent ans (100 ans) de Brazzaville tout en ayant comme repère historique le 03 octobre 1883 avec la création de cette ville. Nous avons accordé une attention soutenue pour ce livre ; car il donne de façon détaillée un aperçu de l'évolution de Brazzaville et du Congo sur des domaines particulier : éducation, sanitaire, économique et socioculturels. Ce livre, publié il y a aujourd'hui 32 ans est un support essentiel pour toutes personnes qui souhaitent travailler sur le Congo et Brazzaville.

MBALOULA, Edouard, 1981, *Essai sur l'évolution des hôpitaux congolais de la colonisation à nos jours (1880-1980)*, Thèse pour le Doctorat de 3^e cycles (Droit et Economie de la santé), Université de Paris-sud, 369p.

Actuel coordonateur de l'ACBEF, Edouard Mbaloula dans sa thèse nous présente la genèse des infrastructures sanitaires au Congo, de la colonisation à nos jours. Ce travail a l'avantage de montrer comment, d'abord prise en charge par les missionnaires dans le cadre de l'évangélisation, la question de la santé a pris une dimension politique gérée par les pouvoirs publics, notamment dans le cadre des objectifs de la politique sanitaire appliquée au Congo durant toute la période coloniale. L'urgence de la création de ce type d'infrastructures était dictée par l'ampleur des maladies endémo-épidémiques et le besoin croissant de la main-d'œuvre. Dans ce travail, l'auteur dresse un bilan de toutes ces réalisations de l'administration coloniale. Il analyse et examine ensuite l'évolution des infrastructures hospitalières : de simples huttes à la construction des centres de recherche après la Deuxième Guerre mondiale on montrant l'effort important fourni par le Congo en infrastructures sanitaires depuis la colonisation pour atteindre la paroxysme des normes définies et préconisées par l'OMS.

NDINGA MBO, Abraham Constant, 2006, *Savorgnan De Brazza, les frères Tréchet et les Ngala du Congo-Brazzaville*, Paris, l'Harmattan, 281p.

Professeur titulaire en histoire, Abraham Constant Ndinga Mbo est actuellement le Coordonnateur de la formation Doctorale « *Histoire et Civilisations Africaines* » à la Faculté des Lettres et des Sciences Humaines de l'Université Marien Ngouabi de Brazzaville. Il nous a aidé à aborder la question de l'existence des MST et celle liée à l'organisation médicale coloniale des MST au Congo particulièrement dans la cuvette. Dans cet ouvrage, il nous présente les données essentielles sur les motivations de la politique sanitaire coloniale de la France et les modalités des décisions prises pour sa mise en valeur à la fin du XIX^{ème} siècle. Il nous montre également comment les frères Tréchet mettent en valeur la zone de la cuvette congolaise avec un objectif majeur celui de faire connaître les Ngala dans l'histoire de la colonisation française au Congo en ayant comme point de départ 1878 l'année qui marque le contact des Ngala avec les français tout en acceptant l'installation de ces derniers avec lesquels ils vont nouer des traités d'amitiés symbolisées par des échanges de sang. L'année 1960, marque la fin de la période coloniale : l'indépendance.

VIII. ANNEXES

Annexe 1 : GG 4 : Arrêté du 1^{er} juin 1909 sur la police des mœurs et les mesures spéciales d'hygiène publique, portant réglementation de la prostitution en AEF.

ARRÊTE sur la police des mœurs et les mesures spéciales d'hygiène publique.

Le Lieutenant-Gouverneur du Moyen-Congo
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Vu les décrets des 11 février 1906 et 26 juin 1908, portant réorganisation du Congo français;

Sur la proposition du Comité d'Hygiène de Brazzaville;

Après avis du Chef du Service de Santé et du Commissaire Central de Police,

ARRÊTE :

ART. 1^{er}.- Le présent arrêté s'applique à tous les indigènes d'Afrique et résidant dans la Colonie du Moyen-Congo.

Chapitre Premier
Filles Publiques.

ART. 2.- Sont réputées filles publiques les filles ou femmes qui sont reconnues, de notoriété publique, comme se livrant habituellement à la prostitution et qui en tirent leurs moyens d'existence.

La prostitution est avouée ou clandestine.

ART. 3.- La prostitution est avouée quand la femme déclare ouvertement son intention de se livrer à la débauche. Les agents autorisés de l'Administration feront tout le possible pour l'en détourner, soit par des conseils, soit par des secours, soit en lui procurant un travail licite, etc.

Si la femme persiste dans son dessein, elle sera soumise aux formalités prescrites aux articles 4 et suivants.

ART. 4.- La prostitution clandestine sera recherchée avec activité et discrétion par la police. Toute fille ou femme notoirement convaincue d'habitudes de débauche sera classée d'office comme fille publique.

ART. 5.- Toute fille ou femme rentrant notoirement dans un des cas prévus aux articles 2, 3 et 4, fera l'objet d'un rapport du Commissaire central de police, relatant les faits qui justifient qualification de fille publique et adressés à l'Administrateur Maire.

Celui-ci prendra une décision ordonnant l'inscription conformément à l'article 6

ART. 6.- La fille publique sera inscrite sur un registre matricule tenu au bureau central de police, et mentionnant les noms, prénoms, âge, lieu de naissance, race, domicile de la fille publique, ainsi que la date de l'inscription et celle de la radiation éventuelle pour cause de départ, de décès, de renonciation à la débauche ou tout autre motif.

Il sera délivré à la fille publique un livret d'identité portant le numéro matricule, ainsi que les divers renseignements inscrits au registre.

ART. 7.- Dans les vingt-quatre heures qui suivront l'inscription, la fille publique sera soumise à la visite médicale.

ART. 8.- La fille publique devra conserver dans la rue, une attitude une mise et un langage décents, le stationnement, l'attroupement, l'interpellation et le raccolage des passants lui sont interdits.

L'infraction à ces prescriptions sera punie d'une peine de 1 à 5 jours de prison, prononcée par le Commissaire central de police, et qui pourra être portée jusqu'à 10 jours en cas de récidive, sur approbation de l'Administrateur Maire.

ART. 9.- Toute fille publique est astreinte à la visite médicale hebdomadaire. Elle devra s'y présenter au jour et à l'heure fixés par ordonnance de police, sur avis du Chef du Service de santé, médecin du dispensaire.

ART. 10.- Au jour fixé pour la visite hebdomadaire, le Commissaire central fera remettre au médecin de service un cahier de visite comprenant les noms et numéros matricules de toutes les filles publiques inscrites au registre. Le médecin y consignera la présence ou l'absence de la fille publique, avec les observations qu'il jugera utiles.

ART. 11.- Sauf cas de force majeure, l'absence de la fille publique à la visite hebdomadaire sera passible d'une peine graduée de 1 à 5 jours de prison, prononcée par le Commissaire central de police et qui pourra être portée jusqu'à 10 jours, en cas de récidive, sur approbation de l'Administrateur Maire. Cette pénalité est appliquée sans préjudice et à la suite de l'internement éventuel au dispensaire pour cause d'affectation vénérienne ou syphilitique, confor-

mément

conformément à l'article 12.

ART.12.- Toute fille publique, reconnue par le médecin comme atteinte d'affection vénérienne ou syphilitique, sera immédiatement admise au dispensaire (art. 15 et suivants).

ART.13.- Sur avis favorable du Commissaire central et certificat du médecin du dispensaire constatant que l'état de santé de la fille publique n'offre point danger de contagion, ladite fille publique, pourra sur sa demande, être rayée provisoirement du registre matricule, moyennant déclaration, formulée par elle devant l'Administrateur-maire, de renoncer à la prostitution.

ART.14.- La radiation définitive sera prononcée par l'Administrateur maire, après une période d'épreuve de trois mois, durant laquelle les obligations du présent règlement seront suspendues à l'égard de ladite fille, mais durant laquelle aussi ladite fille devra justifier la bienveillance de la mesure en pourvoyant à son existence par un métier ou occupation licites, en contractant une union régulière conforme aux mœurs indigènes où la loi, en témoignant, en un mot, par sa conduite, qu'elle a tout à fait renoncé à la débauche.

Chapitre II du Dispensaire

ART.15.- Un médecin est spécialement désigné par arrêté du Lieutenant-Gouverneur du Moyen-Congo, sur la proposition du Chef du Service de santé, pour assurer le service médical et la direction du dispensaire.

Il recevra à cet effet, une indemnité de 600 francs par an.

ART.16.- Les filles publiques hospitalisées au dispensaire, auront droit à une ration journalière de 0 fr 35.

ART.17.- Elles assureront la propreté des locaux du dispensaire, le lavage de leur linge, la préparation de leur cuisine.

Elles pourront, en outre, être assujetties à divers travaux tels que couture et lavage pour l'hôpital principal ou d'autres services, confections de nattes, culture et entretien de jardins pour leur propre usage etc.

Elles...

Elles ne pourront, sous aucun prétexte, être employées à de corvées en ville.

ART.18.- La discipline intérieure est sous l'autorité immédiate du médecin chargé de ce service.

ART.19.- L'exéant de la fille publique, après guérison temporaire ou définitive, sera notifié, après la visite du matin, au Commissaire central par le médecin du dispensaire avec les observations que celui-ci jugera utiles.

ART.20.- Le Chef du Service de santé exercera, chaque fois qu'il le jugera bon, le contrôle du dispensaire, au point de vue technique et au point de vue de l'organisation et de la discipline. Ses observations techniques figureront dans le rapport médical périodique adressé au Lieutenant-Gouverneur. Les observations concernant le reste du service feront, s'il y a lieu, l'objet de rapports spéciaux.

Chapitre III Maisons de débauche ou de passe.

ART.21.- Sont considérées comme maisons de débauche ou de passe toutes habitations, et, en général, tous lieux quelconque où les filles publiques reçoivent habituellement des hommes pour se livrer à la débauche.

ART.22.- La tenue des maisons de passe est interdite. Ces maisons seront fermées. Procès-verbal sera dressé par le Commissaire central contre les tenanciers, qui pourront être poursuivis en vertu des articles 334 et 335 du Code pénal, modifiés par la loi du 3 avril 1903.

Chapitre IV Filles mineures

ART.23.- Les filles non encore nubiles, qui, après enquête, seront reconnues se livrer habituellement à la prostitution seront remises à leur parents ou tuteurs naturels ou légaux, qui auront charge d'en surveiller la conduite.

Si les parents ou tuteurs favorisent la débauche de leur fille ou pupille, non encore nubile, celle-ci pourra, sur rapport.....

sur rapport motivé du Commissaire central de police, visé et approuvé par le Procureur de la République, et sur décision du Lieutenant-Gouverneur, être retirée à ses parents ou tuteurs et être confiée à une personne de moralité reconnue, sous la surveillance du Commissaire central et le contrôle de l'Administrateur Maire.

Cette mesure n'exclura pas, contre lesdits parents ou tuteurs l'application s'il y a lieu des pénalités rappelées à l'article 23.

Chapitre V
dispositions Générales

ART. 24.- toutes les dépenses du dispensaire et autres entraînées par l'application du présent arrêté, sont à la charge du Moyen-Congo qui, par contre, bénéficiera des recettes, telles que celles provenant du travail des filles soumises, en traitement au dispensaire, et de la cession des objets fabriqués par elles.

ART. 25.- L'Administrateur maire, le Chef du Service de santé et le Commissaire central de police de Brazzaville, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera enregistré et communiqué partout où besoin sera, publié et inséré au Journal officiel de la Colonie.

Brazzaville, le 1^{er} Juin 1909

signé : Ad. CUREAU.-

Annexe 2: GG 4 : Archives nationales de Brazzaville

Projet de l'arrêté concernant les propositions de modifications de l'arrêté du 1^{er} juin 1909, portant réglementation de la prostitution en AEF.

M/G.

GOUVERNEMENT GÉNÉRAL
de
L'AFRIQUE ÉQUATORIALE
FRANÇAISE
INSPECTION GÉNÉRALE
des
SERVICES SANITAIRES
et
MÉDICAUX
4^e Bureau
No 1.248

Brazzaville, le 23 Juillet 1940

Le Médecin Général SICE
Inspecteur général des Services Sanitaires
et Médicaux de l'Afrique Équatoriale Française,
à Monsieur le Directeur des Affaires Politiques,
Administratives et de la Sécurité
à BRAZZAVILLE

Référence; votre 418 du 12 Juillet 1940

Objet :
Pièces Jointes

J'ai l'honneur en vous retournant le projet d'arrêté concernant la prostitution de vous proposer les modifications suivantes:

« Article 3

Deuxième alinéa - une carte matriculée, portant les mêmes renseignements que ci-dessus et la photographie de l'intéressée, est remise à chaque fille soumise - Le même matricule est porté sur le registre d'inscription, la carte personnelle et le dossier médical tenu par le Médecin chargé du service.

Troisième alinéa - Supprimé.

Article 6 - à remplacer par le texte suivant :

Dans les 24 heures suivant son inscription sur le registre des filles soumises, l'intéressée doit être examinée par le Médecin chargé du service qui établit à son nom un dossier médical.

Chaque semaine, à un jour fixé après entente entre le Commissaire de Police, le Médecin chargé du service et le Médecin-Chef du Dispensaire, les filles soumises sont astreintes à une visite médicale. Les résultats de cette visite sont consignés au dossier médical de la femme.

Le service de la Police pointe, sur un cahier établi pour chaque village, les absentes et les présentes à la visite réglementaire. Sur ce cahier sont consignés, le cas échéant, les annotations jugées nécessaires par le Médecin visiteur - après la visite, ce cahier est présenté au Commissaire central et visé par lui. >>

Ces modifications de détail effectuées, je ne puis que donner mon approbation au projet ./-

Pour le Médecin Général en mission,
Le Médecin-Lieutenant-Colonel JEANSOTTE, chargé de
l'expédition des affaires courantes et urgentes,

Annexe 3 : Tableau sur le nombre de malades atteints de blennorrhagie au Moyen-Congo reçus dans les formations de santé en 1938

Région	Consultations	Hospitalisés		Total	% de morbidité
		Restants	Entrants		
Kouilou	2.407	9	853	3.269	4,4
Niari	1.654	-	126	1.780	2,8
Pool	5.255	3	681	5.939	4,5
Haut-Ogoué	134	-	20	154	1,2
Alima	127	3	15	145	1,2
Likouala-Mossaka	811	41	525	1.377	6,7
Likouala	319	1	86	406	2,2
Sangha	1.431	-	108	1.539	3,9
Haut-Sangha	324	12	8	344	1,6
Total	12.462	69	2.422	14.953	3,8

Source : Rapport médical annuel sur le fonctionnement durant l'année 1938 des services sanitaires et médicaux de l'AEF du médecin Général LEDENTU, Inspecteur général des services sanitaires et médicaux de l'AEF, Partie médicale, p.364

IX. TABLE DES MATIERES

Introduction générale	9
Généralité et cadre de la recherche.....	10
Problématique et questions de recherche.....	11
Revue de la littérature.....	12
Méthodologie de recherche.....	13
Axes de recherche.....	14
Premier axe : Santé et entreprise coloniale au Congo	16
I. Représentation de la maladie et de la santé.....	17
II. Santé et entreprise coloniale au Congo : vers une politique démographique.....	20
Deuxième axe : Lutte contre les maladies sexuellement transmissibles dans la politique sanitaire coloniale au Congo	23
I. Savoirs traditionnels et attitudes des populations autochtones face à la médecine coloniale.....	24
II. L'organisation de la médecine « coloniale » et la lutte contre les MST.....	26
Conclusion générale	32
Sources consultées	34
Bibliographie analytique	37
Annexe	40
Table des matières	48
Chronologie de travail de la Thèse	49

X. CHRONOGRAMME DE TRAVAIL DE LA THESE

Périodes	Activités
2012-2013	<ul style="list-style-type: none">• Collecte d'informations dans les bibliothèques et centres de documentation du Congo ;• Dépouillement des données collectées ;• Etablissement d'une bibliographie critique ;• Dépôt au directeur de la thèse du rapport sur l'état des lieux provisoires de la littérature sur le sujet ;• Plan provisoire de la thèse.
2013-2014	<ul style="list-style-type: none">• Poursuite de la collecte et du dépouillement d'informations recueillies sur place et à l'étranger : dans les centres de documentations spécialisés ;• Dépouillement des données collectées ;• Enquêtes sur le terrain ;• Etat des lieux définitif de la littérature ;• Plan définitif de la thèse.
2014-2015	<ul style="list-style-type: none">• Rédaction et mise en place du matériel de la thèse ;• Dépôt de la première version de la thèse au directeur ;• Corrections ;• Soutenance.