

Quand le Service de Santé des Troupes Coloniales sauvait le projet de construction du Chemin de Fer Congo-Océan (CFCO)

Deuxième Partie

Joël Le Bras (Bx 58)

La situation sanitaire du CFCO et son évolution au fil des ans

Mortalité et létalité

Comme nous l'avons déjà évoqué, nul n'est en mesure de donner un chiffre précis du nombre de décès survenus durant les treize années de construction du Chemin de Fer Congo-Océan, et ce malgré un travail de recensement plutôt consciencieux de la part des Services de Santé et de la main-d'œuvre de l'entreprise, à savoir la Société de construction des Batignolles. Échappent à cette comptabilité les décès survenus chez les malades rapatriés mais aussi, en ce qui concerne la section dite de Brazzaville, une partie des décès survenus dans les formations hospitalières de l'AMI, puisqu'aussi bien, à ce niveau, il n'existe pas de Service de Santé spécifique.

Le chiffre de 17 000 décès est celui qui est le plus couramment avancé ; il est forcément sous-estimé mais dans des proportions incon nues, les historiens les plus pessimistes parlant d'au moins trois mille morts surnuméraires. Certains autres, par contre, estiment qu'on n'atteignit jamais les 17 000 morts. C'est ainsi que l'ingénieur Romanot donne un chiffre total de 16 000, en précisant qu'« il y eut 32 morts au kilomètre et un pour cinquante traverses, soit moins qu'au Simplon et au Loetschberg suisse ». La comparaison s'arrête là, puisque l'on sait que les Belges du Matadi-Léopoldville ont malhonnêtement minimisé leurs chiffres, tandis que les Russes du Transsibérien ou les Américains du Sacramento-Omaha, pour ne citer qu'eux, se sont bien gardés d'en fournir.



La ligne de chemin de fer traversant la forêt du Mayombe (Collection Joël Le Bras).

Trop souvent, les chiffres du CFCO ont été lancés au hasard ou sur de simples rumeurs, avec une évidente intention de nuire et, la plupart du temps, sans faire l'effort de distinguer au moins les décès survenus sur la section côtière, trois fois plus courte que la section de Brazzaville, mais pourtant cinq ou six fois plus meurtrière, en raison de l'énorme difficulté des travaux qui y furent accomplis.

Les chiffres les plus fiables, fournis, année par année, par le Service de Santé colonial, sont ceux rapportés par Gilles Sauter (« Note sur la comptabilité du CFCO entre 1921 et 1934 », in « Cahiers d'études africaines 1967 »), mais ils ne concernent que la section côtière et ses 172 kilomètres, englobant bien sûr le Mayombe. Il conviendra de noter dans le tableau établi à ce propos par Sauter que dans les recrutés, effectivement en place, sont également comptés les travailleurs chargés de l'aménagement du port de Pointe-Noire, que les chiffres de 1922 à 1924 ne concernent pas encore le Mayombe, et qu'il manque les chiffres de 1933 et 1934, années où on cessa pratiquement de recruter et où les décès furent inférieurs à trois cents.

Mortalité année par année

Années	Décès	Recrutés sur place	%
1922	26	625	4,20
1923	119	4 800	2,50
1924	237	4 825	4,90
1925	1 341	6 600	20,30
1926	2 556	8 450	30,20
1927	2 892	10 300	28,00
1928	2 635	10 350	25,50
1929	1 300	9 800	13,30
1930	1 051	8 950	11,70
1931	1 038	8 000	13,00
1932	517	5 750	8,90

Ces statistiques montrent clairement :

1. Que les trois grandes années noires du CFCO, section côtière, furent bien les années 1926, 1927 et 1928. Ces chiffres influencèrent indubitablement Albert Londres, venu en AEF en 1928. Près de la moitié des décès totaux survenus lors de la construction du CFCO ont lieu ces trois années-là.

2. Qu'il y a par contre un effondrement de moitié des décès en 1929 par rapport à 1928, alors que le recrutement ne diminue pas significativement. Le rôle joué par le Service de Santé de la section côtière a donc été capital dans ce résultat spectaculaire.

Dans son livre de 1946, « *L'aventure de l'or et du Congo-Océan* », préfacé par le sénateur-médecin du Moyen-Congo Jean-Marie Coupigny (Bx 1931), l'ingénieur Romanot (en littérature R.O. Manot), ingénieur en chef, présent à Mboulou, puis toute l'année 1929, au PK 112 de Pointe-Noire (lieu-dit Pounga, future Gare Girard, entre Mboulou et Mvouti) signale même que cette année-là, s'il a vu un certain nombre de malades dans son poste, il n'a constaté aucun décès par maladie, tant était remarquable le travail du Service de Santé. Les deux seuls décès enregistrés sur un an furent ceux de deux frères, l'un tué dans un éboulement, l'autre qui s'était enivré de désespoir, ayant rejoint sa case dans un état de semi-inconscience. Le lendemain, on l'avait retrouvé dévoré par les fourmis magnans.

Le même Romanot estime par contre à une trentaine le nombre de morts européens sur l'ensemble des chantiers du Mayombe. Parmi les blessés, on comptera même le gouverneur-général de l'AEF Antonetti en personne, tombé d'un viaduc à cause d'une planche posée en porte-à-faux.

D'autre part, un rapport du 27 juin 1927, signé du médecin-major de 1^{re} classe Lefrou, signalait que sur la période 1924-1926, la létalité hospitalière concernant les travailleurs du Congo-Océan dans l'ensemble des formations de l'AMI du Moyen-Congo (le Service de Santé de la main-d'œuvre du CFCO portion côtière n'existe pas encore) était allée croissant :

Année	Hospitalisés	Décès	Taux de létalité
1924	1 224	237	19,30 %
1925	1 480	474	32,00 %
1926 (6 premiers mois)	2 472	951	38,00 %

Dans ses commentaires, Lefrou ne cache pas les inquiétudes qu'il éprouve pour l'avenir, alors même qu'au redoutable Mayombe, on n'en est encore qu'aux travaux préliminaires du tracé.

Morbidité

Les pathologies rencontrées sur les chantiers du Mayombe, qui nous intéressent en priorité, présentent un certain nombre de particularités.

S'agissant des travailleurs recrutés dans le nord de l'AEF (entre le 5° et le 10° parallèles nord), il fut vite constaté qu'ils supportaient mal les pathologies habituelles du 4^e parallèle sud, zone de chaleur humide, comportant de surcroît, du fait de l'altitude, une saison froide accentuée. Outre le fait de contracter des affections locales encore inconnues d'eux, ils continuent, qui plus est, à transporter sur place certaines pathologies de leur région d'origine, non détectées en route, lesquelles peuvent même s'exacerber dangereusement du fait de leur rencontre avec un milieu naturel inattendu, donc hostile, sans parler de nouvelles conditions d'existence et de travail, constituant une fracture avec celles de leur tribu originelle.

Les mesures de lutte prises contre telle ou telle affection, à des époques différentes de la construction et, bien entendu, leurs résultats plus ou moins rapides et probants, feront par ailleurs que les maladies présentes en grand nombre au début ne le seront plus du tout ou le seront moins par la suite, rendant majoritaires des affections qui ne l'étaient pas précédemment.

C'est ainsi que les dysenteries, problème initial majeur, cédèrent la place, plus tard, aux affections meurtrières de la sphère respiratoire.

Lefrou donne, en 1926, année où il quitte son intérim, les proportions suivantes des maladies qu'il a pu observer dans les formations hospitalières :

- Dysenteries (sans précision) : 31 %.
- Maladies de l'appareil respiratoire (sans précision) : 18 %.
- Maladies de carence : 15 % (dont 7 % de béri-béri).
- Parasitoses intestinales (dont ankylostomiasse) : 10 %.
- « Paludisme » : 10 %.

Lefrou ajoute que ce sont quand même les maladies respiratoires qui sont les plus graves :

Année	Cas	Décès	Taux de létalité
1924	113	59	52,00 %
1925	81	53	65,00 %
1926 (6 premiers mois)	95	65	68,40 %

On observe déjà que la morbidité comme la mortalité par affections respiratoires augmentent très nettement dès 1926. En 1927 et 1928, elles atteignent 50 % des cas et des décès, notamment en saison froide (rapport Muraz de 1928, lequel y englobe la tuberculose). Dans le même rapport, Muraz signale que les accidents n'excèdent pas 3 % de la morbidité comme de la létalité. C'est dans le même rapport que Muraz dit ne savoir pas bien où placer statistiquement des pathologies comme les « rhumatismes », le surmenage ou la « dysthymie mayombaise » (voir plus loin), pain quotidien des consultations, ayant de surcroît une influence considérable sur le rendement au travail, du fait des exemptions qui en découlent.

Les principales pathologies clairement identifiées

Les dysenteries : Si les dysenteries bacillaires ou shigelloses (confirmées majoritairement par l'Institut Pasteur de Brazzaville) prédominent, les dysenteries amibiennes et le abcès hépatiques nécessitant des actes chirurgicaux souvent d'urgence, sont aussi assez fréquemment observés.

Dans les rapports, les dysenteries englobent régulièrement d'autres pathologies comme les fièvres typhoïdes, dont les décès sont souvent liés à une septicémie ou une perforation intestinale. En 1929, on attribue aux dysenteries, et selon les sections, 15 à 30 % des décès. Un taux particulièrement élevé de 48 % sera même observé de façon localisée, chez des travailleurs de la section côtière, originaires de la cuvette du Moyen-Congo (Mossaka-Alima) alors qu'il n'est alors que de 8 % chez les Bayas et Saras de la même section : on en vint à parler, à ce propos, d'un facteur ethnique, mais, plus sérieusement, on attribua plutôt ce taux élevé au fait que ces travailleurs avaient été affectés sur la portion des marais de la Loémé, entre les PK 65 et 80 depuis Pointe-Noire.

À propos de dysenterie, on signalera l'étonnante « anecdote » de la case « directoriale » de Mboulou (PK 102 de Pointe-Noire dans le Mayombe), belle habitation de briques en pisé où se succédèrent plusieurs directeurs de la main-d'œuvre de la section côtière. Fourassier, Holle et Caron, qui donnèrent plus tard leurs noms à trois gares du CFCO, et qui y résidèrent, y moururent ou décédèrent après évacuation sanitaire, ainsi que l'épouse d'un quatrième, plus deux sous-officiers des Troupes coloniales. C'est l'ingénieur Romanot qui, en 1928, mit la puce à l'oreille de Muraz, lequel en parla à son successeur Jeansotte. Ce dernier fit raser la case, décrétant que la terre qui composait les briques avait sûrement été prélevée sur un site où avaient été enterrés des dysentériques, ce qui avait empoisonné l'air de la case. Muraz laissa accroire dans ses « Satyres illustrées » qu'on avait frôlé à cette occasion une reprise de la « querelle sur les miasmes et sur les microbes »...

Les maladies respiratoires : Lefrou et Muraz ont vite compris que le « poumon noir est très fragile ». Il l'est d'autant plus, comme on l'a vu, qu'il est soumis aux contrastes climatiques du nyctémère mayombais, où l'on observe des températures à la fois caniculaires et frôlant le zéro, avec même de courtes mais denses chutes de neige sur les sommets. Les bronchites aiguës sont légion, mais aussi la redoutable pneumonie et les pleurésies, facteurs de mortalité élevée, jusqu'à 50 % en 1929 et alors même que la mortalité par dysenterie régresse.

Les maladies de carence et le béri-béri : Ce sont surtout les déséquilibres observés dans l'alimentation quotidienne qui posèrent



Femme Sara coiffant son mari – km 112 (extrait livre de R.O. Manot L'aventure de l'or et du Congo-Océan).

d'emblée à Muraz le maximum de problèmes. En acceptant au départ la présence de quelques femmes de travailleurs préparant obstinément pour leurs époux le même type de cuisine que dans leurs villages d'origine, et en négligeant tout conseil diététique, on finit par observer l'explosion de carences graves. L'un des problèmes majeurs en ce domaine était la persistance de la consommation de riz blanchi, cause connue de béri-béri, notamment humide, avec défaillance cardiaque, dyspnée et asthénie prononcées, œdèmes périphériques. Non seulement ce béri-béri peut tuer, mais il est aussi une cause importante d'inaptitude à l'effort, donc au travail. Le phénomène était général sur tous les chantiers de la ligne, puisqu'on l'observait aussi, dès 1926, sur la section de Brazzaville, atteignant 28 % des travailleurs originaires du Pool : on s'aperçut vite, à ce propos, qu'il s'agissait en l'occurrence d'un béri-béri endémique dans l'ensemble de la population.

Nous signalons à propos des œdèmes que Muraz avait tendance à les relier pour la majorité d'entre eux à la maladie de Bright, avec insuffisance rénale liée elle, moins au béri-béri, qu'à un régime hyperchloré, à base de poisson séché ou makata.

Les parasitoses intestinales autres que l'amibiase : Muraz estime que l'ankylostomiase joue un rôle très important dans la panoplie des maladies du travailleur du CFCO : elle se manifeste par de l'anémie et souvent une insuffisance cardiaque, rendant le malade rapidement inapte au travail de force. Un moment, la létalité par défaillance cardiaque ankylostomienne s'était élevée à près de 30 % dans certains campements.

Les autres parasitoses : La trypanosomiase posait un problème d'importance relative, car traquée sur tout le parcours d'acheminement du travailleur et du fait que le Mayombe n'était alors qu'un foyer très modéré du mal, n'existant qu'au fond des vallées où vit la mouche tsé-tsé.

De toute façon, depuis la création des Zones Pilotes Prophylactiques et Médicales (ZPPM) en 1919, puis des secteurs de prophylaxie à partir de 1921, des tournées de prospection régulières sont effectuées à partir des bases de Loango (secteur 6 du Kouilou-Niari – Médecin aide-

major de 1^{re} classe Le Saint – Bordeaux 1915) et de Sibiti (secteur 4 – Médecin aide-major de 1^{re} classe Laney – Bordeaux 1915). L'action de ces secteurs sous l'impulsion du médecin-colonel Vassal (Bordeaux 1891), sera à ce propos déterminante entre 1922 et 1924. Les cas importés de maladie du sommeil restent par ailleurs rarissimes du fait de la sévérité des contrôles dès le recrutement.

La loase ou microfilariose est par contre très fréquente, touchant d'abord les populations locales (57 % à l'occasion de l'enquête d'Armand Jacques (Bordeaux 1927) effectuée en 1932 en son secteur de Sibiti). Ce médecin estimait que porteur et parasite « faisaient bon ménage », même si la parasitose participait quand même à l'affaiblissement de tout malade quel qu'il soit. Il valait mieux de toute façon que cette parasitose restât plutôt bénigne dans la mesure où elle résistait aux arsenicaux comme la tryparsamide, l'atoxyl ou le novarsenobenzol. Rares étaient les travailleurs du CFCO qui y échappaient, heureusement sans conséquence majeure sur le rendement. Mais Muraz dit avoir eu toutes les peines du monde à faire admettre à ses médecins du CFCO la benignité du mal depuis que l'un d'entre eux avait pris la décision de rendre inapte tout porteur de plus de 50 microfilières par goutte de sang sous microscope, et qui, malgré le traitement arsenical (et pour cause !) « continuait à en avoir toujours autant » et donc, de ce fait même « pouvait dire adieu au CFCO ! ».

Sauf récurrences d'accès palustres chez les nouveaux arrivants et sauf ceux habituels chez les recrutés du foyer du Kouilou, le paludisme joue un rôle relativement modeste dans la pathologie du CFCO. Muraz limite par ailleurs à « quelques cas » les victimes de cachexie palustre.

La gale posait au début des problèmes importants dans les campements de travailleurs. On décrit notamment des cas de contamination en raison du fait qu'on avait non seulement une densité de lits trop élevée par case mais que, parfois, deux travailleurs devaient partager la même couche !

Les accidents : Inévitables sur de tels chantiers, causés par des chutes depuis des ouvrages d'art, des éboulements, des glissements de terrain, des abattages d'arbres, des outillages mal maîtrisés, des déraillements de draines, les accidents sont rendus plus fréquents et plus graves du fait de l'usage abusif d'alcools frelatés ou de drogues traditionnelles. En fin de compte, la mortalité par accidents n'excédait pas cependant les 500 cas sur 13 ans, dont à peine un douzième d'Européens, tels par exemple le directeur de chantier Girard et son mécanicien Patra, tués sur leur draine le 25 mars 1933 à la sortie du tunnel du PK 102 de Mboulou.

Surmenage et dépassement : Muraz s'attacha prioritairement à tenter de régler deux problèmes pour le moins préoccupants et ne rentrant pas directement dans la nomenclature officielle des pathologies, à savoir ceux du surmenage et du dépassement, lesquels ont d'ailleurs des points communs, en agissant défavorablement sur les autres pathologies.

Le surmenage est évidemment lié à la pénibilité du travail en milieu tropical de montagne forestière mais aussi à la lourdeur des temps de travail.



Le Congo-Océan traverse le Mayombe (Photo Vivant Univers).

Il faut savoir par exemple qu'entre les seuls PK 102 et 127, on construisit 25 ouvrages d'art, et 10 tunnels entre les PK 97 et 143, plus celui, de loin le plus important, le tunnel du mont Bamba (PK 146 à 148), percé entre octobre 1932 et septembre 1933. De tels ouvrages imposèrent trop longtemps le transport du ciment à dos d'homme, aussi longtemps en tout cas que ne furent pas mis en place les fameux « sentiers du rail » ou lignes Decauville à voie étroite. Ne parlons même pas des épuisants travaux de terrassement, suivis de l'édification des remblais puis de la pose des rails et des ballasts.

L'autre cause de surmenage est vite attribuée par le Service de Santé aux horaires de travail trop lourds initialement imposés, notamment aux heures chaudes. La semaine est alors de 6 jours et la journée de 9 heures, soit 6 heures supplémentaires, par rapport aux travailleurs métropolitains.

Le dépaysement quant à lui entraîne des troubles souvent graves du psychisme et du comportement évoqués par Muraz autant dans ses « Satyres illustrées » que, déjà, en 1930, dans son texte sur « La vérité du Congo-Océan ».

Chez des sujets en apparente bonne santé générale, apparaît peu à peu, quelques semaines ou quelques mois après leur arrivée, ce que Muraz appelle la « dysthymie mayombaise », syndrome dépressif ou de détresse psychologique de plus en plus profond, accompagné du refus de s'alimenter, synonyme bientôt de dépérissement. Une complication médicale quelconque peut entraîner rapidement la mort, quand le sujet ne met pas fin lui-même à ses jours.

Quelle que soit la gravité du phénomène, il ne faut cependant pas, toujours selon Muraz, en exagérer non plus l'importance numérique. Si l'on compte environ 10 % de dépressions d'importance variable, la mortalité par ce syndrome est comprise entre 2 et 3 %. S'il a pu exister sur les chantiers, comme l'écrivit Albert Londres, des « candidats-fantômes abattus, hébétés, anorexiques et émaciés », ils furent vraiment l'exception, dans la mesure où, dès la gravité constatée, l'incapacité définitive était prononcée et le rapatriement mis en route. Le retour au village entraînait la guérison dans la plupart des cas.

Pour Muraz, le mal relevait d'une double cause, le déracinement de la famille, du village, de la tribu, et le dépaysement au contact d'un environnement très différent de celui que l'on avait quitté.

En fait toutes les pathologies, ou presque, s'imbriquaient les unes dans les autres, à la fois causes et conséquences, au point que Muraz finit par en conclure, non sans lyrisme : « Toutes les étiquettes données aux pathologies ne sont finalement que les sous-titres de l'incertitude »...

Les mesures prises par Muraz et ses successeurs à la tête du Service de Santé de la main-d'œuvre du CFCO

En prenant des mesures énergiques contre les pathologies les plus graves, déjà décrites par son prédécesseur, le médecin-major Lefrou, Muraz apporta des solutions souvent spectaculaires à leur létalité et, par voie de conséquence à la mortalité générale. Jeansotte poursuivit son œuvre avec succès.

Dysenteries et fièvres typhoïdes : Leur réduction spectaculaire fut la conséquence heureuse d'une hygiène collective et individuelle de plus en plus rigoureuse, comme par exemple au niveau des cuisines des camps, confiées à des responsables européens. Les cuisines de cases disparurent peu à peu. L'eau de boisson subit une épuration physique et chimique systématique au permanganate de potassium ou au chlore.

En liaison avec l'Institut Pasteur de Brazzaville (alors dirigé par Adolphe Sicé - Bordeaux 1907), les sources de Mboulou I et de Mboukou Sitou II furent soumises à un contrôle bactérien et désinfectées. Pour désaltérer les travailleurs sur le tas, on imposa la consommation d'eau bouillie parfumée à la citronnelle.

Chaque campement se vit doter d'une équipe d'hygiène (déjà imaginée par Lefrou), chargée de la propreté générale des lieux, de la



Institut Pasteur de Brazzaville (1920) (Photo Kharbine-Tapabor).

désinfection des selles des latrines à la chaux, du contrôle des cuisines de case, de la lutte contre les mouches et prédateurs. Contre les premières, on disposa même des rubans de glu dans les cases. Dans les cuisines collectives, le lavage des mains au savon fut imposé.

La vaccination TAB fut généralisée. La mort du médecin-capitaine Le Roux servit à ce sujet d'électrochoc.

L'amibiase bénéficia d'un traitement encore peu utilisé, l'émétine hypodermique, mais on continua à prescrire le stovarsol, la potion de Guillon (sulfate de soude + laudanum) et les lavements calmants à base de sous-nitrate de bismuth.

L'abcès amibien resta soumis au traitement chirurgical.

Les maladies respiratoires : Elles demeurèrent jusqu'au bout le vrai point noir de la pathologie observée sur le Congo-Océan, même si la vaccination antipneumococcique fut généralisée : malheureusement son efficacité ne fut pas toujours prouvée et elle entraînait des réactions secondaires mal supportées. Muraz imposa par ailleurs qu'on évitât à tout prix les refroidissements nocturnes par doublement des dotations de couvertures et une plus grande régularité dans les approvisionnements en bois de chauffage des âtres des cases que l'on munit par ailleurs de dispositifs pare-feux.

Les maladies de carence : Muraz est à la base de l'établissement de menus destinés à délivrer une nourriture la plus équilibrée et la plus calorique possible. La tâche n'était pas simple en raison d'habitudes alimentaires très différentes selon les ethnies. C'est ainsi, par exemple, que les Bayas refusaient systématiquement le riz et le poisson séché.

Les menus établis hebdomadairement imposèrent désormais :

- de la viande fraîche bovine, importée d'Angola, une à deux fois par semaine,
- du poisson séché salé, le « makaya », une à trois fois selon arrivage (avec dessalement suffisamment prolongé avant cuisson),
- du bœuf salé en daube une à trois fois par semaine.

L'accompagnement fut de riz entier, de haricots, d'arachides, alternant avec des vivres frais achetés sur les marchés bayombés : manioc, patates douces et leurs feuilles, gombo, igname, taro, macabo, bananes, mil.

À titre d'exemple, Muraz donne le type suivant de ration alimentaire quotidienne (4 000 calories) :

- riz : 750 g (950 g pour les équipes de porteurs, réactivés par exemple lors du creusement du tunnel du Bamba ou pour les travailleurs de force affectés aux travaux de nuit),
- viande (ou makaya) : 200 g,
- huile de palme : 60 g,
- arachides : 50 g,
- sel : 20 g.

Le riz sera remplacé périodiquement par les patates douces, dont il faudra alors doubler les quantités.

Pour l'aider dans sa tâche, Muraz peut compter alors sur l'intendant militaire des Troupes coloniales affecté aux magasins du CFCO.

On peut dire par ailleurs qu'à partir de 1930 le système des cuisines centrales de campements s'est généralisé, doublé à midi, et en dépendant, par celui de la « marmite mobile » se déplaçant jusqu'aux chantiers situés à moins d'un quart d'heure de marche des campements. Pour les autres, est adopté le système de la gamelle individuelle. Les cuisines de case ne sont plus utilisées que le soir. Sous Jeansotte, la collation du matin devient obligatoire.

Les parasitoses autres que l'amibiase : Considérée par Muraz comme l'un des fléaux majeurs du CFCO en raison de ses graves complications en cas d'infestation massive, l'ankylostomiase bénéficie périodiquement de cures thérapeutiques et systématiques de masse, dites de « déparasitage intestinal » au tétrachlorure de carbone.

La quinisation ne sera pas systématiquement de masse mais décidée au coup par coup, la malaria n'étant pas considérée, comme on l'a déjà dit, comme un problème majeur de santé publique, les cas observés étant majoritairement des réviviscences d'accès palustres antérieurs au recrutement.

La gale réduite par l'usage généralisée de lits individuels, séparés d'au moins un mètre, est combattue, quand elle survient, par la désinfection systématique des literies et des vêtements et, pour les malades, par un traitement renouvelé plusieurs fois au pétrole et au savon vert.

La dysthymie (1), vite devenue endémique chez les travailleurs transplantés, sera combattue par Muraz d'abord, Jeansotte ensuite, par une « hygiène morale » renforcée consistant en allègement général du travail et en aménagement des horaires en fonction de la variabilité des conditions climatiques, en augmentation des salaires et multiplication des primes, en maintien plus prolongé dans le camp d'acclimatement de Mboulou, tant pour les nouveaux arrivants que pour les travailleurs surmenés, en une nourriture de plus en plus équilibrée. On instituera une véritable politique des loisirs, en agrémentant les dimanches de séances de chants et de danses du pays, de jeux collectifs divers comme les matchs de football, ou individuels comme la lutte et la boxe, avec prix aux vainqueurs. Équipements sportifs et instruments de musique sont fournis par l'entreprise. Des visites d'un camp de même ethnie à un autre sont autorisées ces jours-là. Un BMC (appelé ainsi par Muraz pour « Bocard (2) médicalement contrôlé ») sera même installé à un certain moment, ouvert lui aussi les seuls dimanches et uniquement pour les travailleurs « méritants ». Le contingent de filles venait de Pointe-Noire. Le BMC fut toutefois supprimé en raison d'incidents.

Le problème du surmenage

Déjà praticiens « multifonctions » de soins, d'hygiène, de prophylaxie, de prévention, les médecins du CFCO vont se muer aussi en véritables médecins du travail. Jeansotte recevra même le titre d'inspecteur permanent du travail en matière de contrôle des activités ayant des répercussions sur la santé et la résistance des travailleurs du CFCO », et ce après les visites, en 1928, puis en 1929, du médecin-général-inspecteur Lasnet, qui a retrouvé son poste de directeur général des Services sanitaires et médicaux au ministère des Colonies entre le 10 janvier 1928 et le 5 août 1929. Le plan Lasnet fixe les grandes lignes d'un projet dit « d'aménagement, de progressivité et d'allègement du travail », largement inspiré par Muraz, puisqu'il organise à son tour les temps de récupération et de repos tout en rendant plus rigoureuse la réglementation du système dit d'« inaptitudes-rapatriements-indemnités ». Lasnet et Muraz feront adopter ce plan, sans difficulté majeure, par la direction de la SCB.

C'est Jeansotte qui à son arrivée fera appliquer directement ce plan de protection du travailleur. Mais Muraz avait déjà écrit : « Acheminer des hommes pour les voir mourir était aussi stupide et coûtait plus cher qu'assurer les conditions de leur survie » (et « par conditions », il entendait bien sûr un recul de la morbidité comme du surmenage).

La SCB avait certes des exigences de rendement et de délais de livraison. Le Service de Santé était là pour réfréner ses tentations d'aller au-delà des limites physiques et psychologiques du travailleur. Ses personnels surent faire preuve à la fois de diplomatie, de patience, de ténacité, mais aussi de courage pour qu'on fit « bon usage de la main-d'œuvre » (Muraz) et, par exemple, chaque fois que nécessaire, pour prononcer les inaptitudes définitives flagrantes débouchant automatiquement sur les rapatriements. Ceux-ci furent un moment à ce point si nombreux que la SCB dut demander au gouverneur-général de faire doubler ses effectifs ! Ce que d'ailleurs elle n'obtint pas toujours, comme ce fut le cas en 1930.

C'est par un texte du 1^{er} novembre 1930 que le portage sur les chantiers du CFCO fut officiellement supprimé, les lignes « Decauville » ayant permis de lever enfin cette contrainte horriblement pénible. Mais auparavant, Muraz avait déjà obtenu que le port du sac de ciment de 103 kilos qui se faisait à deux à l'aide de bâtons-supports reposant sur le haut du crâne, se fasse d'abord à quatre et même à six si le parcours excédait 15 kilomètres. Muraz avait aussi obtenu, en 1928, que le portage individuel ordinaire passe de 25 kilos à 20 et ce sur 20 kilomètres maximum au lieu des 25 précédents, avant le relais. Muraz, enfin, avait fait disposer sur les chantiers des abris pare-soleil pour la pause de midi, ainsi qu'une trousse à pharmacie, tenue par un capitaine formé aux soins de base.

La mécanisation, qui s'accéléra à partir de 1929 rendit évidemment plus facile aussi la vie des travailleurs, notamment en matière de terrassements.

Suggéré par Muraz, le travail passa sous Jeansotte à 48 heures par semaine. C'est ce dernier qui établit aussi un barème des taux d'invalidité après accident, avec des compensations financières modulées, en cas de responsabilité établie de la Société. Des registres des constatations pour maladies graves et accidents furent institués, avec là aussi possibilités ultérieures d'indemnités et même de pensions.

Le niveau de « surmenage maximum » fut fixé par une note interne, ce qui entraînait une mise au repos systématique de huit jours dans les camps d'acclimatement, avec régime alimentaire renforcé. La visite d'aptitude mensuelle fut imposée à son tour, les sévices corporels éventuels désormais combattus, ce qui valut le licenciement de plusieurs contremaîtres européens et le remplacement de capitaines indigènes, avec pour ces derniers retrait du pécule. L'entreprise du Congo-Océan souffrit en effet, surtout dans le Mayombe, d'un encadrement européen subalterne insuffisant en nombre, très cosmopolite et mal formé à la « gestion des ressources humaines », mais aussi indigène, en l'occurrence des capitaines incultes qui eurent trop souvent à l'égard de leurs congénères des comportements qui se retrouvèrent par exemple plus tard chez les Kapos des camps allemands.

L'organisation du Service de Santé de la section côtière du CFCO

Il fallut attendre 1929, après les deux intérim de Lefrou et Muraz, pour qu'enfin le Service de Santé de la main-d'œuvre du CFCO, section côtière, se voie doté d'un médecin-chef titulaire en la personne du médecin-commandant Bernard Jeansotte (Bx 1913). La décision du 27 décembre 1928 fixait aussi les effectifs (essentiellement des Troupes coloniales) affectés à la structure :

– un médecin-chef,

– cinq médecins et/ou hygiénistes russes, ces derniers en principe en sous-ordre des médecins, leur diplôme n'étant pas reconnu par la France. Parmi eux, citons par exemple Kalitnikof ou encore Jortner, lequel, le 25 novembre 1930, se verra décerner la médaille de bronze du dévouement, assortie d'une récompense de 500 francs. En 1929, Chpilistof assure l'intérim du médecin-capitaine Favre à Mvouti.

(1) Albert Londres l'appelle la « machinite » ou « maladie de la machine »...

(2) « Bocard » est un mot d'argot synonyme de « maison de prostitution » ou de « lupanar » (Queneau et Vercel utilisent ce mot dans leurs ouvrages).

Alors que Muraz venait seulement passer quelques jours par mois dans le Mayombe, Jeansotte s'installe à temps plein à Mboulou, PK 93 de Pointe-Noire, siège du Service de la main-d'œuvre.

Deux infirmeries-ambulances, construites en fibrociment, sont installées dès le début de 1929, respectivement à M'Boukou-Sitou PK 89 et à Mvouti PK 127. À Mvouti, elle prend la place de l'ancien dispensaire (Mvouti avait été un moment poste administratif). C'est là que seront positionnées un peu plus tard les ateliers d'entretien du matériel et le camp de base des équipes de forage du grand tunnel du Mont Bamba.

Ces infirmeries-ambulances sont de petits hôpitaux avec un médecin, un hygiéniste russe et deux sous-officiers infirmiers des Troupes coloniales. Ils comportent une salle de consultations, une salle chirurgicale, une pharmacie, une salle des pansements, une hospitalisation à secteurs séparés (10 lits pour Européens, 100 à 150 pour indigènes), un laboratoire, un magasin.

Des formations sanitaires « de l'avant », en pisé « blanchi » (sauf celle de Mboulou en fibrociment) sont réparties dans les grands campements : on y trouve en général un infirmier des Troupes coloniales (européen ou indigène). Ces formations ont une salle de consultation et un magasin-pharmacie, une petite case d'hospitalisation pour Européens, à 2 à 4 lits, et un grand pavillon pour 10 ou 15 indigènes.

Enfin des postes de secours sont mis en place sur les grands chantiers, avec un infirmier indigène (ou un capita dûment formé), sa trousse de secours et des moyens d'évacuation, type brancards couverts ou poussettes à deux roues.

Là où le Decauville est en place, un wagonnet est prévu et aménagé en tant que moyen d'évacuation rapide.

Fin 1932, on compte, sur l'ensemble du CFCO section côtière, 20 formations sanitaires d'importance variable.

Le ravitaillement en médicaments et matériel médico-chirurgical, organisé par un pharmacien des Troupes coloniales, est assuré par voie routière à l'est du Mayombe et par Decauville à l'ouest, au fur et à mesure de l'installation de ce dernier.

À Pointe-Noire, un hôpital fonctionne depuis 1928 avec des médecins des Troupes coloniales, non inclus dans le dispositif du CFCO. Pointe-Noire est devenu rapidement une ville et un port, comptant des dizaines d'Européens et des centaines d'ouvriers assurant la construction des immeubles, des quais, des docks, du phare et du wharf, même si celui-ci est peu utilisé, la barre océane modérée permettant un va-et-

vient de pinasses depuis les navires de la rade foraine et, pour les passagers, l'occasion de se faire prendre en charge à l'accostage par des porteurs qui, comme par hasard, les font malencontreusement tomber à l'eau, « en guise d'intronisation »...

Les médecins du CFCO

On ne retrouve nulle part un état complet des médecins qui sont passés au Service de Santé du CFCO de la fin de 1928 à 1934. Il faut savoir que lorsqu'il quitte la France, aucun médecin (à l'exception des rares spécialistes de l'hôpital colonial fédéral ou de l'Institut Pasteur) ne connaît son affectation précise. Ce sont les directeurs des Services sanitaires et médicaux des Fédérations qui décident de faire diriger untel ou untel vers un poste de telle ou telle colonie, en fonction des besoins exprimés par les directeurs du Service de Santé de chacune d'entre elles. Un médecin peut se retrouver dans une circonscription médicale de l'AMI, un secteur de prophylaxie, un Corps de troupe et donc, pour l'AEF, le CFCO (à l'exception du médecin-chef, désigné par Paris). Pour diverses raisons (santé, discipline, urgence), il peut être muté à tout moment, y compris dans une autre colonie.

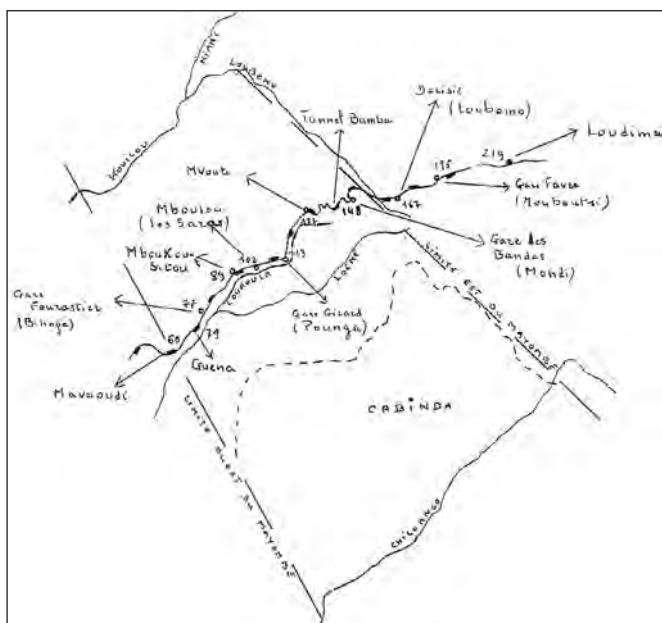
Parmi les conflits qui s'ensuivent, les plus virulents furent, de loin, ceux qui opposèrent alors le directeur fédéral de la Santé et le général commandant les Troupes, ce dernier reprochant au premier de ne lui affecter que les médecins les moins performants ou les plus indisciplinés. Il est par exemple avéré, en AEF, qu'un directeur comme Boyé (1920-1922, puis 1924-1926) privilégiait dans ce domaine l'AMI, alors que J. Vassal (1922-1924) plaçait dans les secteurs les médecins au caractère le plus trempé, aucun des deux ne privilégiant dès lors d'affectation dans les Corps de Troupe.

C'est le médecin-général Condé (1927-1929) qui eut la primauté de désigner les premiers médecins en sous-ordre du CFCO, sous la conduite de son premier chef du Service de Santé officiel, Bernard Jeansotte. Ce dernier fit en sorte de poursuivre l'œuvre de ses deux prédécesseurs intérimaires, si bien qu'on peut parler d'une véritable continuité de service.

Si Lefrou avait eu l'idée de la chaîne des contrôles médicaux successifs et sélectifs depuis le recrutement initial jusqu'à l'incorporation, avec, comme on le sait, les centres de repos, de triage et d'acclimatement, il avait aussi initié les registres de statistiques médicales qui permirent par la suite d'établir des comparaisons essentielles sur l'évolution des pathologies et ce dans le sens positif que l'on sait. Muraz, lui, fut celui qui mit en place le dispositif sanitaire de la section côtière qui déboucha sur la création d'un Service de Santé de la main-d'œuvre spécifique, jouissant d'une véritable autonomie technique. Parlant l'arabe, après ses sept années de secteur à Fort-Archambault, (il avait même rédigé un lexique arabo « tchadien » – français), Muraz était très populaire notamment parmi les travailleurs saras. Il était accueilli avec respect par ces derniers quand il se rendait à Mboulou, réservant néanmoins ses saucissons de chez Potin ou Damoy à son ami catholique, l'ingénieur en chef Romanot, directeur d'études du tracé du chemin de fer...

Nous avons également vu comment, suite à la double inspection du MGI Lasnet et au rapport critique de l'inspecteur général des Colonies Pigournier, envoyé sur place après les écrits d'Albert Londres, Muraz, plutôt que de s'attaquer vainement à certaines pathologies par trop inaccessibles à la prévention ou au traitement, s'attacha à mettre un accent prioritaire sur l'hygiène des eaux et des aliments, l'équilibre nutritionnel et l'adaptation de l'homme au travail, en vue d'un meilleur confort et d'un meilleur rendement. « Jusqu'ici, écrit-il d'ailleurs, les médecins avaient tendu leur esprit vers telle ou telle pathologie, plus menaçante que toute autre. Désormais, ils seront davantage des hygiénistes, des nutritionnistes, des médecins du travail. »

Jeansotte prit les rênes du Service le 14 janvier 1929 : il resta entièrement dans la ligne de Muraz, appliquant ses directives à la lettre. N'était-il pas déjà, d'ailleurs, un ancien du Mayombe ayant tenu le poste médical de Mvouti depuis 1927 avant d'y installer l'infirmerie-



Le Congo-Océan dans le Mayombe : les principales gares (Croquis J. Le Bras).

ambulance ? Après sa nomination, il vint s'installer à Mboulou avec son épouse, tandis que le médecin-lieutenant Favre (Bx 1922) le relevait à Mvouti.

Muraz avait peaufiné jusque dans ses moindres détails l'organisation sanitaire du dispositif (visites médicales régulières des campements, visites d'aptitude et contre-visites des inaptes, déclarés par les médecins-adjoints et hygiénistes russes, amélioration des fiches médicales individuelles, registres des constatations, obligation d'un infirmier accompagnateur sur les parcours d'acheminement comme de rapatriement, établissement de barèmes d'invalidité temporaire comme permanente, pouvant donner droit à des indemnisations ou des pensions).

Jeansotte généralisa les prélèvements réguliers d'eau de consommation, avec envois à l'Institut Pasteur de Brazzaville, ainsi que d'aliments en cas d'intoxications alimentaires collectives. Il créa des salles d'isolement pour pneumococciques et dysentériques. Il s'attacha à améliorer le vêtement de travail et à faire fabriquer des jambières de chaussures pour lutter contre les ulcères tropicaux phagédéniques.

Jeansotte eut aussi le souci majeur de l'homme noir, même si, à cette époque, comme chacun sait, on en était prioritairement à l'application de la fameuse formule du gouverneur-général Carde, à savoir « faire du Noir », ou à celle, plus précise encore du ministre des Colonies Périer quand il proclamait : « *Nous parlerons de civilisation et de développement intellectuel ensuite. Primum, vivere ! Sinon le nègre est condamné à rester au bas de l'échelle !* ». Jeansotte pensait sincèrement qu'en plus d'assurer la protection du travailleur, il fallait aussi le faire « entrer dans la civilisation ». Cela ne coûtait pas plus cher que de voir en lui une simple machine...

À Jeansotte succéderont comme chefs du Service de Santé les médecins-commandants Paul Roussel (Bx 1911), Léon Le Vilain (Bx 1911), Bourgeon (issu de l'École de Lyon), ce dernier dirigeant le Service à partir de 1932. A. Borgomano évoque la cinglante réflexion de ce dernier à un parlementaire de passage à Mvouti, s'indignant que la formation médicale locale ne soit propre qu'à « y loger des bœufs ». Bourgeon avait rétorqué que l'essentiel était qu'on puisse y soigner des sommeilleux, dont le visiteur serait bien content qu'on l'y soigne si par malheur, il se retrouvait atteint de maladie du sommeil...

Parmi les médecins ayant tenu les infirmeries-ambulances, on citera Jacques Fournier (Bx 1923), en 1928, ou encore Jean-Louis Bernet (Bx 1921), qui dirigea la formation de Mboukou-Sitou, à partir de 1926, et qui y fut relevé en 1928 par le médecin-lieutenant Le Roux (Bx 1921). Franck Guimard (Bx 1922) et Jean La Balme (Bx 1925) remplirent des fonctions identiques.

On retrouve par exemple Guimard, accompagné du pharmacien-lieutenant Marcel Kerbirou (Bx 1925), lors du percement du tunnel du Bamba (1932-1933), intervenant selon A. Borgomano, à l'occasion d'une grave intoxication collective à l'oxyde de carbone.

Pour mémoire, rappelons que ce sont des médecins de l'AMI (donc hors CFCO) qui assuraient le Service médical des travailleurs de la section de Brazzaville. Ainsi, doit-on signaler par exemple la présence à Mindouli, du médecin-major Boyer de Choisy (déjà cité), ou encore à Mandougou, en 1930, de Jean-Hugues Carel (Bx 1925).

Les médecins des Troupes coloniales du Service de Santé du CFCO victimes du devoir dans le Mayombe

Ils sont au nombre de trois :

– Le médecin-lieutenant André Le Roux (Bx 1921). Muraz signale qu'il servit sous ses ordres en 1928, à l'infirmerie-ambulance de Mboutou-Sikou (PK 89), venant d'un secteur de prophylaxie d'AEF. Victime de typhoïde probable, il avait été évacué sur Pointe-Noire où il décédait. Le médecin-général Condé le proposa pour la Légion d'honneur, estimant lors de ses obsèques que « *nulle croix ne sera mieux placée que sur ce nom, que sur cette tombe* ». C'est sa mort qui amènera Jeansotte à intensifier les prélèvements d'eau de boisson sur toutes les sources

attendant aux campements, avec examen à l'Institut Pasteur, ainsi qu'à généraliser la vaccination TAB dès l'incorporation.

– Le médecin-commandant Paul Roussel (Bx 1911), remplaçant de Jeansotte. Évacué de Mboulou (diagnostic non précisé), il s'en vint mourir lui aussi à Pointe-Noire, le 16 janvier 1930. Le médecin-général Lecomte, remplaçant de Condé, assista à ses obsèques ainsi que le médecin-colonel Jojob (issu de l'École de Lyon), chef du Service de Santé du Moyen-Congo. Détail consternant : l'épouse et les enfants de Roussel étaient en voie d'embarquement en France pour rejoindre le chef de famille.

– Le médecin-lieutenant Paul Émile Favre (Bx 1922). Il avait remplacé Jeansotte à Mvouti quand celui-ci était devenu chef du Service de Santé de la section côtière. Il en assurait l'intérim à Mboulou quand celui-ci prit ses congés en 1929. Lui-même était d'ailleurs prévu à son tour pour prendre les siens quand Jeansotte rentrerait de France. Parallèlement, Favre assurait aussi la servitude de la formation médicale de Mboulou. C'est dans celle-ci qu'il fut tué d'un coup de couteau en plein cœur, par un patient Sara Banana, originaire de Laï, récemment arrivé avec le contingent destiné au percement du tunnel de Bamba, et victime, semble-t-il, d'une crise de folie. L'infirmier bayombé du poste, originaire de N'Sitou, avait tenté de détourner l'arme. Il avait été gravement blessé à la main. Favre fut cité à l'Ordre de la Nation et élevé au grade de médecin-capitaine. Il se vit décerner la Légion d'honneur à titre posthume (JO du 9 novembre 1929), avec la citation suivante : « *Tombé le 18 août 1929 au milieu de ses malades, sous le poignard d'un de ces primitifs en faveur desquels il déployait journellement une douceur et une bonté inaltérable* ». Le nom de Favre fut donné à la gare de Louvila (PK 190 de Pointe-Noire), là où eut lieu en 1934, la jonction des deux sections. Le meurtrier de Favre fut incarcéré à Brazzaville. Des Européens de la capitale de l'AEF se débrouillèrent pour le faire évader : au cours de son évasion, il fut abattu d'une balle dans le dos...

Conclusion

Il a bien souvent été exigé de la France, pays des droits de l'Homme, l'exemplarité. Aussi se montre-t-on aujourd'hui particulièrement sévère à propos de son passé colonial (et même post-colonial). Et il est vrai que celui-ci a péché assez souvent à la fois dans ses doctrines, ses objectifs et les méthodes utilisées. Et ses contempteurs chroniques continuent, aujourd'hui encore, de le lui reprocher.

La construction du CFCO est un exemple flagrant des accusations portées contre notre pays pour ses faiblesses, ses erreurs, et, pourquoi pas, ses turpitudes. Et il est vrai qu'assez naïvement, la France a cherché, comme on dit vulgairement, des bâtons pour se faire battre, ne cachant pas le bilan humain, plutôt sombre, reconnaissons-le, de l'entreprise, même si 90 % des décès sont imputables à la maladie. Pourtant, nul n'a cherché à faire remarquer à l'opinion publique comment, au bout de six années, de soumission impuissante à des phénomènes pathologiques souvent incontrôlables, la situation sanitaire fut redressée spectaculairement grâce au travail exceptionnel – un vrai cas d'école – du Service de Santé colonial, en particulier dans le secteur le plus hostile du tracé du CFCO, le Mayombe.

Il est difficilement admissible aujourd'hui que nul parmi les grands « informateurs » de l'époque n'ait daigné faire l'effort de considérer la morbidité comme la mortalité enregistrées dans les formations sanitaires du CFCO sur l'ensemble de la période de sa construction, mettant seulement en avant, avec une morbide délectation, les résultats des seules années 1926, 1927 et 1928.

Si, au bout du compte, cette entreprise, considérée dans sa globalité, a fait moins de victimes que la plupart des entreprises du même genre opérant à même époque dans le monde, y compris en Europe (les États-Unis massacrèrent des milliers d'Indiens s'opposant à la construction de ses voies ferrées du Middle-West et la « pudeur » interdit toujours aux Russes de fournir le chiffre, à plus de cinq zéros, des ouvriers morts sur le Transsibérien), si le bilan sanitaire du CFCO fut en définitive ce

qu'il fut, il le doit vraiment aux efforts conjugués d'une poignée d'hommes. Outre les inspecteurs des Services sanitaires et médicaux des échelons central et fédéral du Service de Santé coloniale (Lasnet, Condé, Lecomte), on citera aussi les directeurs de l'Institut Pasteur de Brazzaville, notamment Sicé et Vaucel, enfin les personnels, européens et indigènes, du Service de Santé de la main-d'œuvre du CFCO, emmenés par les médecins-majors puis commandants Lefrou, Muraz, Jeansotte et leurs successeurs, sans oublier les personnels, restés anonymes pour la plupart, des formations de l'AMI et du Service de prophylaxie de l'AEF.

Toute la seconde période de travaux du CFCO (1929-1934) fut menée tambour battant, sans pertes humaines supérieures à celles enregistrées dans les populations de même tranche d'âge de la Fédération d'AEF prise comme élément de référence systématique.

Déjà, le 15 octobre 1930, le médecin-général Boyé, alors directeur des Services sanitaires et médicaux du ministère des Colonies, mais aussi délégué pour l'Afrique équatoriale à l'Office International d'Hygiène Publique de Paris, ancêtre de l'OMS, pouvait proclamer devant les responsables de cet Office l'« excellent acclimatement des travailleurs du Mayombe, avec une mortalité inférieure à 10 % chez les Africains et 4 % chez les Chinois ».

L'Office, dont une mission avait confirmé les dires de Boyé, votera ses vives félicitations au Service de Santé d'AEF en général et à son chef d'alors, le médecin-général Lecomte.

Le 6 août 1931, Muraz enfonçait un peu plus le clou, lors de l'*Exposition Coloniale de Paris*, en présentant, lors d'une conférence remarquée, les courbes régressives spectaculaires de la morbidité et de la mortalité, « résultats en tous points éclatants obtenus par le Service de Santé du CFCO, là où, effectivement, avant son instauration, la situation avait pu paraître à certains fortement compromise ».

Le 29 mai 1933, les plateformes des deux sections du CFCO se rejoignaient à la gare Favre (PK 191). Le 13 avril 1934, c'était, au même endroit, le tour des rails, avec le « serrage du dernier boulon ». L'inauguration officielle eut lieu le 17 juillet 1934, mais déjà, un premier convoi avait effectué d'une traite les 508,89 kilomètres du trajet Brazzaville-Pointe-Noire, sauf encore les deux kilomètres du tunnel du Bamba où l'on procédait aux ultimes finitions. Dans le train, alors tracté par une locomotive Godweven au charbon, on notait parmi les passagers « enthousiastes » la présence du médecin-capitaine Gaétan Salaün (Bx 1921), sous-directeur de l'Institut Pasteur de Brazzaville, dont le directeur était alors le médecin-commandant René Boileau (Bx 1915).

Le 10 septembre 1934, le gouverneur-général de l'AEF Antonetti quittait définitivement Brazzaville, mission en quelque sorte accomplie.

Si 17 000 indigènes (et 50 Européens, parmi lesquels trois médecins des Troupes coloniales) étaient morts sur cet immense chantier entre 1921 et 1934, 110 000 avaient survécu. Tous, solidaires dans ce formidable défi humain lancé contre une nature extraordinairement hostile, méritent le titre, nous semble-t-il, de héros du Congo-Océan.



Le Congo-Océan dans le Mayombe (Grande encyclopédie Larousse-Tome 6).