

# Médecine et santé en temps de guerre. Les campagnes militaires belges en Afrique orientale allemande, 1915-1918

par

Anne CORNET\*

– =

**Mots-clés.** – Première Guerre mondiale ; Afrique orientale ; Troupes coloniales belges ; Porteurs ; Santé.

**Résumé.** – Le bilan humain de la Première Guerre mondiale en Afrique a été très lourd. Des dizaines de milliers de soldats et de porteurs sont morts ou ont disparu, et des centaines de milliers d'autres ont souffert de blessures et de maladies. Pourtant l'historiographie concernant la thématique sanitaire est peu développée, tout particulièrement en ce qui concerne les troupes coloniales belges. Cet article, conçu comme une première exploration, se focalise sur la gestion médicale militaire belge lors des campagnes en Afrique orientale allemande. Après un panorama général des sources occidentales et des spécificités sanitaires de la guerre en Afrique, il présente l'organisation médicale des troupes et son personnel. Il examine les conséquences de la guerre sur la santé des soldats et des porteurs. Il liste les causes de la surmorbidity et de la surmortalité touchant les porteurs et tente d'esquisser une première balance des responsabilités.

**Keywords.** – First World War; East Africa; Belgian colonial troops; Carriers; Health.

**Summary.** – The human toll of World War I in Africa was very heavy. Tens of thousands of soldiers and porters died or disappeared, and hundreds of thousands more suffered from injuries and diseases. However, the historiography concerning the health theme is underdeveloped, especially with regard to the Belgian colonial troops. This article, conceived as a first exploration of the subject, focuses on the medical management of Belgian colonial troops during the campaigns in German East Africa. After a general overview of Western sources and the specific health aspects of the war in Africa, it presents the medical organization of Belgian troops and its staff. It examines the impact of war on the health of soldiers and carriers. It lists most of the causes of excess morbidity and excess mortality affecting porters and attempts to outline an initial balance of responsibilities.

---

Communication présentée à la séance extraordinaire de la Classe des sciences humaines tenue le 19 septembre 2023.

\* Musée royal de l'Afrique centrale, Tervuren, Leuvensesteenweg, 13, B-3080 Tervuren (Belgique), [anne.cornet@africamuseum.be](mailto:anne.cornet@africamuseum.be)

## Introduction [≡]

Importée sur le continent africain par les puissances coloniales, la Première Guerre mondiale a mobilisé des milliers de soldats et des centaines de milliers de porteurs africains, sans compter les millions d'hommes et de femmes impactés dans leur vie quotidienne, leur cadre de vie et leur travail (notamment en raison de l'effort de guerre imposé aux populations). Le fait est peu connu du grand public et assez peu traité spécifiquement par les historiens, mais au sein des troupes et des porteurs, le conflit a engendré un bilan humain énorme se chiffrant en dizaines de milliers de morts.

Dans le camp belge, le bilan final des campagnes de l'Est-Africain se monte à 1895 décès de soldats congolais (Les campagnes coloniales, 1932, p.438). La campagne de 1916 fut la plus meurtrière, avec 1235 soldats décédés selon le général Tombeur, soit « 10% de l'effectif total et (...) 18 ou 20% des effectifs réellement engagés » (Après la victoire, 1917, p.14). Ce chiffre fut revu à la hausse (1334 décès) après la guerre (Les campagnes coloniales, 1932, p.438). Lors de la seconde campagne, 561 décès de soldats sont répertoriés (Les campagnes coloniales, 1932, p.438). Les États-majors belges recensent par ailleurs 7.124 décès de porteurs sur les 16.000 enrégimentés (Les campagnes coloniales, 1932, p.438), un chiffre qui ne tient pas compte de la mortalité parmi les dizaines de milliers de porteurs-auxiliaires occasionnels, dont les décès ne sont pas enregistrés. En 1919, les décès des porteurs auxiliaires survenus entre le 1<sup>er</sup> août 1914 et le 11 novembre 1918 ont été évalués à un total de 23.954 [1]. L'estimation actuelle est d'environ 27.000 décès (Brosens, 2010, p.11).

Les taux de mortalité observés parmi les porteurs des troupes belges ne sont pas des exceptions. Les pertes des troupes britanniques en témoignent. Estimées différemment selon les auteurs, elles sont systématiquement très élevées, le rapport médical officiel paru après la guerre qualifiant le taux de mortalité parmi le million de porteurs recrutés d'« excessive », et signalant que, certains mois, celui-ci a représenté plus d'un quart des effectifs (MacPherson et Mitchell, 1924, p.490). Le bilan officiel initial pour la période 1916-1918 donne le chiffre de 44.911 porteurs décédés de maladie ou de blessures, sans compter les morts sur le chemin du retour (Anderson, 2004, p.296 ; MacPherson et Mitchell, 1924, p.504). Reprenant toute la période de la guerre, de l'été 1914 au 30 septembre 1918, MacPherson et Mitchell avancent le chiffre légèrement supérieur de 42.318 décès de porteurs, dont 41.952 des suites de maladies, sans compter 622 disparus (MacPherson et Mitchell, 1924, p.504), « contre 'à peine' 4.300 victimes de guerre parmi les troupes de combat » (Van Lerberghe et De Brouwere, 2000, p.176). La majeure partie de ces décès (36.591) ont eu lieu durant la seconde campagne (MacPherson et Mitchell, 1924, p.504). Ces estimations sont aujourd'hui considérées comme « une flagrante sous-estimation » (Shorter, 2010, p.103). Pour certains auteurs, le bilan pourrait atteindre 100.000 (Paice, 2007, p.392 ; Hodges, 1986, p.110), voire 160.000 à 200.000 (Iliffe, 1998, p.34). Selon Hodges 1.061.353 porteurs ont été recrutés par les Britanniques dans toute l'Afrique, dont environ 94.728 morts et disparus (Hodges, 1986, p.110-111). Quant aux hospitalisations de porteurs pour maladie, les Britanniques les ont évaluées entre 242.000 et 285.000 (ces chiffres ne tenant pas compte des porteurs malades soignés dans les infirmeries ou n'ayant pas bénéficié d'un suivi médical) (Mitchell et Smith, 1931, p.12 et 14). Les troupes allemandes ont elles aussi subi de très fortes pertes parmi les porteurs (Taute, 1939, p.8 ; Haningan, 2016, p.87). Les chiffres avancés sont difficilement compatibles, certains auteurs parlant d'environ 7.000 hommes (Roussillon, 2021, p.231), alors que d'autres les estiment à 350.000 (Winter, 2013, p.xvi), sans fournir leurs bases de calcul. Il est vrai que la plupart des archives du service médical allemand semblent avoir disparu (Taute, 1939 ; Haningan, p.86). Pour l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, Iliffe avance l'hypothèse d'un « taux de mortalité effrayant chez les hommes de troupes africains -

---

≡ Cet article a bénéficié des commentaires de reviewers anonymes. L'autrice les en remercie.

plus de 100.000 – et le million de porteurs et de travailleurs, victimes de la maladie et de l'épuisement » (Iliffe, 1997, p.296).

Malgré l'importance des populations et des territoires concernés, malgré l'ampleur des effectifs d'Africains mobilisés au sein des troupes ou à leur service, et malgré l'étendue des pertes humaines provoquées par le conflit, l'historiographie belge, britannique, allemande et africaine a témoigné d'un intérêt variable pour l'histoire de la Première Guerre mondiale en Afrique orientale [2]. Échelonnée sur plus d'un siècle, la production de propagande, grand public et scientifique internationale a progressivement abordé des thématiques aussi diverses que les faits militaires, l'expérience du combat, l'occupation des territoires conquis, les aspects diplomatiques, l'effort de guerre, les questions de discipline, la photographie de guerre, le portage, la propagande, la mémoire, etc.

Du côté belge, « la maigre moisson livrée par la bibliographie pourtant très complète de Vellut, Loriaux et Morimont (Vellut, Loriaux et Morimont, 1996) » semble révéler que « les historiens (...) se sont peu intéressés aux développements militaires et diplomatiques en Afrique centrale pendant la Première Guerre mondiale » (Vanthemsche, 2009, p.xix). Les premières publications sont des brochures de propagande, rapidement suivies par la parution de bilans militaires officiels détaillés (Les campagnes belges d'Afrique, 1917 ; Les campagnes coloniales belges, 1927-1932). Dès les derniers mois de la guerre, des éditeurs commerciaux publient des souvenirs d'anciens combattants européens (Cayen, 1919 ; Chaudoir, 1919 ; Stiénon, 1917 et 1918). Une seconde vague de publications de souvenirs et de carnets de campagne, ainsi que de quelques analyses et synthèses, se produit à la fin des années 1920 et au début des années 1930 (Daye 1935 ; Louwers, 1935 ; Moulaert, 1922 et 1934 ; Muller, 1937 ; Tasnier et Van Overstraeten, 1926 ; Terlinden, 1932 ; Tombeur, 1924 et 1935 ; Weber, 1926 et 1928).

Hormis de brèves résurgences dans les milieux des vétérans, le plus souvent liées à des commémorations, les campagnes d'Afrique sombrent ensuite dans l'oubli jusqu'aux premières expositions et publications commémoratives, puis scientifiques, consacrées à l'histoire de la Force Publique congolaise à partir du milieu des années 1970 (Léopold II et la Force Publique du Congo, 1985, p. 42-59 ; Lisolo na Bisu, 2010, p.27-40 ; Marechal, 1976 ; Vanderlinden et Ryckmans, 1988). En parallèle, à partir des années 2000, un renouveau historiographique se manifeste, tout en restant presque exclusivement limité au milieu des africanistes, la part africaine de la guerre dans le conflit restant largement négligée par les spécialistes de l'histoire de Belgique (Delpierre, 2002 ; De Waele, 2008 ; Vangansbeke, 2006 et 2008 ; Vanthemsche, 2009 ; Verwaest, 2010 ; Vijgen, 2005). Une accélération se produit à l'occasion du centenaire de la Grande Guerre : quelques expositions [3] et livres grand-public (Catherine, 2014 ; Dejemeppe et Tousignant, 2016) voient le jour, ainsi que des publications scientifiques (Congo at War, 2018 ; Cornet, 2016 et 2018 ; Ngongo, 2016 et 2018 ; Zana Etambala, 2015a et 2015b).

Du côté anglo-saxon, l'intérêt des chercheurs pour l'histoire 'africaine' de la Grande Guerre est antérieur à ce qui s'observe dans le monde académique belge. Précédés de nombreuses parutions de souvenirs de vétérans (notamment Buchanan, 1919 ; Capell, 1923 ; Crowe, 1918 ; Dolbey, 1918 ; Downes, 1919, etc.), les premiers rapports officiels et publications scientifiques datent du début de la Seconde Guerre mondiale (Henderson, 1942 ; Hordern et Stacke, 1941). À partir des années 1960, des monographies et articles historiques traitent des aspects diplomatiques et sociaux de la guerre, ainsi que des campagnes militaires proprement dites (Farwell, 1986 ; Hodges, 1978 et 1986 ; Killingray et Matthews, 1979 ; Louis, 1963 et 1967 ; Miller, 1974 ; Munro et Savage, 1966 ; Page, 1978, 1979 et 1987). Depuis la fin des années 1990, la production universitaire s'est significativement développée, notamment sur

les thématiques sociales et le portage, mais également sur les questions militaires et l'impact du conflit sur les populations (Anderson, 2002 et 2004 ; Hodges et Griffin, 1999 ; Moyd, 2011 ; Paice, 2007 et 2010 ; Reigel, 2015 ; Samson, 2006 et 2013 ; Samson et al., 2018 ; Strachan, 2004).

Du côté allemand, un certain nombre de souvenirs de hauts fonctionnaires et d'officiers (entre autres Boell, 1951 ; Göring, 1925 ; Schulz, 1959 ; von Lettow-Vorbeck, 1920), ainsi que de médecins (Arning, s.d. ; Deppe, 1919 ; Taute, 1919 et 1939), sont publiés dès la fin du conflit et jusque dans les années 1950. La recherche universitaire sur cette problématique est assez tardive. Elle connaît un premier développement dans les années 1980 (Hildebrandt, 1989 ; Honke et Nahimana, 1985), dont un bref article consacré aux services sanitaires des troupes coloniales allemandes publié dans une revue médicale militaire (Eichstädt, 1983). Depuis le milieu des années 2000, les publications scientifiques connaissent un nouvel essor, notamment sur les porteurs et les prisonniers de guerre (Bührer, 2011 ; Michels, 2006a, 2006b, 2020 ; Pesek 2010 et 2015). Par ailleurs de nombreuses publications grand public et scientifiques sont consacrées à Lettow-Vorbeck (entre autres Michels, 2008 ; Schulle-Varendorff, 2006).

Enfin la recherche sur la Première Guerre mondiale au sein du monde scientifique africain, notamment congolais, rwandais et burundais, est encore récente et assez peu développée (Botchway et Kwarteng, 2018 ; Ewa, 2018 ; Mutamba Makombo, 2015 ; Ndaywel e Nziem et Mabilia Mantuba-Ngoma, 2015 ; Ngandu Mutombo, 2015). Précédemment, peu de travaux, même inédits, ont abordé cette problématique pour les anciens territoires sous administration belge (Njandu Canda-Ciri, 1986 ; Rumiya, 1992).

Au vu du bilan humain très élevé de la Grande Guerre en Afrique, notamment au sein des troupes coloniales belges, il paraît étonnant que la problématique sanitaire, si déterminante pour réaliser les objectifs militaires, n'ait été que peu traitée. Le fait est d'autant plus remarquable que, du côté anglosaxon, tant les instances dirigeantes de l'armée et du ministère de la Guerre que le monde scientifique se sont préoccupés très tôt de cette question. Dès août 1917, deux officiers sont dépêchés en Afrique orientale par le War Office pour comprendre pourquoi la mortalité parmi les porteurs britanniques surpasse à ce point celle observée parmi les travailleurs coloniaux envoyés à l'arrière du front européen (MacPherson et Mitchell, 1924, p.503-504). L'énorme mortalité en Afrique orientale dépasse en effet de loin celle observée en France au sein des contingents de travailleurs africains (notamment les South African Natives Labour (Hanigan, 2016, p.80). William Pike, Army Surgeon General, avait servi sur le front européen et avait une longue expérience d'administration médicale en Inde. Andrew Balfour, Royal Army Medical Corps Doctor, avait participé à la guerre en Salonique et mené des inspections en Égypte, dans les Dardanelles, en Salonique et en Mésopotamie. Ces deux médecins militaires sont chargés de rechercher les causes de cette surmortalité et d'en désigner les responsables (Hanigan, 2016, p.80 ; Hodges, 1986, p.119-129). Ils remettent en décembre 1917 deux rapports détaillés inédits rédigés après une enquête de plusieurs mois, dans lesquels ils examinent toutes les questions touchant à la santé des troupes et des porteurs, l'un concernant la situation en Afrique orientale britannique, l'autre celle de l'Est-Africain allemand (Report on Medical and Sanitary Matters in German East Africa) (MacPherson et Mitchell, 1924, p.503 ; Samson et Page, 2020). Leurs comparaisons entre le taux de mortalité des porteurs en Afrique et celui du Labour Corps en France se font au désavantage des porteurs africains, même si, « in France, the conditions were very different » (MacPherson et Mitchell, 1924, p.490).

Par la suite, la préoccupation des autorités britanniques concernant cette mortalité et morbidité anormale ne faiblit pas, ni l'intérêt plus général pour ces questions. Durant l'entre-

deux-guerres, des médecins publient leurs souvenirs (Dolbey, 1918 ; Vaughan-Williams, 1941), tout comme des vétérans à propos de l'African Native Medical Corps (Keane, 1920 ; Keane et Tomblings, 1921). Des revues de médecine y consacrent des articles dès la période du conflit (The Campaign, 1916 ; The East African Campaign, 1916 ; Fyffe et Burman, 1918). Des bilans statistiques et des rapports détaillés sur les services médicaux et sur les victimes sont publiés (MacPherson et Mitchell, 1924 ; Mitchell et Smith, 1931). À partir des années 1960, de nouvelles publications sur ces questions de santé se font jour (Cripwell, 1959) et des monographies consacrées à l'histoire des services médicaux en Afrique orientale consacrent des chapitres à la période de la guerre (Beck, 1970 et 1977 ; Clyde, 1962 ; Iliffe, 1998 ; Ofcansky, 1986). Depuis la fin des années 1990, des monographies se focalisent sur la santé des troupes (Hanigan, 2016 ; Harrison, 1996 et 2010), et des correspondances et souvenirs de médecins sont publiés (Crichton-Harris, 2001 ; Jewell, 2016).

Du côté belge en revanche, le volet sanitaire de la guerre en Afrique n'a été que rarement traité, ou de manière anecdotique. Aucun rapport officiel n'a été publié spécifiquement sur cette question. Les catalogues des éditeurs commerciaux et les revues médicales comprennent peu de publications consacrées à cette problématique (De Ruddere, 1922 ; Rodhain, 1919 ; Wydooghe, 1922). Le renouveau historiographique observé depuis les années 2000 délaisse les aspects sanitaires. L'organisation et le fonctionnement des services médicaux des troupes, tout comme le profil du personnel actif dans ces unités sanitaires sont négligés. Aucun bilan fouillé concernant l'impact de la guerre sur la santé des soldats, des porteurs et des populations civiles n'a été réalisé à ce jour.

Nous l'avons vu, l'estimation des pertes humaines parmi les soldats et les porteurs africains est très élevée. Le but de cet article est de tenter de comprendre pourquoi le bilan fut si lourd au sein des troupes coloniales belges. Pour ce faire, il se focalise sur l'activité des services de santé de l'armée à destination des troupes, ainsi que sur la santé des soldats et porteurs pendant la campagne d'Afrique orientale. Ce choix géographique est motivé par le fait que les campagnes de l'Est-Africain allemand ont mobilisé les effectifs les plus nombreux, sur une très longue période et sur de très grandes distances, et ont donné lieu aux batailles majeures de la Grande Guerre en Afrique (Samson, 2013, p.3-4). Il ne sera donc pas question ici des campagnes du Cameroun et de Rhodésie. L'impact de la guerre sur la santé des populations civiles du Congo belge (en lien avec l'effort de guerre) et sur celles des régions conquises est un sujet fondamental, mais qui se décline différemment de celui des troupes. Il n'est pas traité ici.

En raison de l'absence de synthèses et d'analyses détaillées sur la problématique, l'ambition de cet article est de réaliser une première exploration, sans visée comparative systématique ni prétention à dresser un tableau quantitatif précis, lequel nécessiterait une étude spécifique. Après une présentation des sources, des spécificités de la guerre en Afrique et de leur impact sanitaire, l'article présente l'organisation médicale et son personnel, puis dresse un inventaire des problèmes de santé rencontrés par les soldats et les porteurs. Dans un second temps, il liste les causes de la morbidité et de la mortalité importantes observées parmi ces troupes, et relève des indices concernant la balance des responsabilités entre le service médical et les différents services de l'armée.

### **Sources et limites**

Un grand nombre de sources militaires et missionnaires inédites, ainsi que quelques sources administratives ont été exploitées. Leur diversité et leur richesse permettent de brosser un large tableau de l'organisation médicale et de son personnel, ainsi que de la situation nosologique des soldats et porteurs aux différentes étapes du conflit (préparatifs, campagnes

offensives, retour des troupes). Les sources militaires et administratives mobilisées documentent principalement le camp 'belge'.

Outre les archives personnelles de quelques officiers (lieutenants-colonels Thomas, Molitor, Müller et Olsen ; major Rouling ; général Tombeur) [4], cet article s'appuie sur les abondantes archives provenant de médecins militaires et sur les publications de certains d'entre eux (De Ruddere, 1921 ; Rodhain, 1919 ; Wydooghe, 1922) [5]. Les archives médicales comprennent, entre autres, le rapport inédit du Dr Jérôme Rodhain sur le fonctionnement du service médical des troupes de l'Est concernant la campagne de 1917 [6] et les carnets de route du Dr René Martens [7]. Les directives adressées aux responsables des antennes médicales par le médecin en chef des troupes en campagne [8] donnent en effet lieu à une production abondante de rapports et correspondances de toutes sortes, documentant de nombreuses situations. Les archives contiennent les rapports spéciaux des hôpitaux volants rédigés après chaque engagement avec les troupes ennemies ; les rapports hebdomadaires, mensuels, trimestriels et semestriels des médecins de bataillons, de régiments et de brigades [9] ; des statistiques sur le personnel européen et africain, les malades, blessés, hospitalisés, réformés, évacués, décédés ou disparus, ainsi qu'un détail par types d'affection ; des descriptions détaillées des blessures reçues au combat ; des remarques sur les épidémies et les mesures prises pour l'hygiène générale des troupes ; des notes étiologiques ; des bulletins hebdomadaires sur les épidémies ; des listes nominatives des soldats décédés ; des copies des registres et cahiers des hôpitaux fixes et ambulances avec le nom des patients ; des états de réquisition de médicaments et matériel médical ; des registres d'effectifs, de blessés, malades et décédés, des cahiers documentant les pathologies soignées dans les hôpitaux ; des listes nominatives du personnel médical européen et africain ; des fiches du personnel, notes biographiques et évaluations individuelles ; des tableaux d'ensemble réalisés par les médecins de régiments à partir des rapports des médecins de bataillons ; des résumés de la situation sanitaire des troupes par le médecin en chef ; des schémas organisationnels, ainsi qu'un grand nombre de correspondances, circulaires et instructions.

Les sources missionnaires informent sur le monde occidental et sur les Africains touchés par la guerre. Nous avons utilisé les archives de deux congrégations d'origine française au profil international : la Congrégation des Sœurs missionnaires de Notre-Dame d'Afrique (Sœurs Blanches) [10] et la Société des Missionnaires d'Afrique (Pères Blancs) [11]. Plusieurs diaires des Sœurs Blanches ont été exploités. L'un a été rédigé par une religieuse infirmière active dans les ambulances et les Carrier Hospitals (hôpitaux pour porteurs) en Afrique orientale [12]. Les autres émanent de postes de l'arrière (vicariat apostolique du Haut-Congo) et de territoires d'abord administrés par les Allemands, puis occupés militairement par les Belges. Nous avons également utilisé les rapports annuels des postes missionnaires des Pères Blancs établis dans les vicariats apostoliques du Haut-Congo, du Kivu, de l'Unyanyembe, du Tanganyika, de l'Uganda et du Nyassa [13]. Ces rapports permettent de se faire une idée de la situation dans l'Est du Congo belge, ainsi qu'en Afrique orientale allemande et en Afrique orientale et centrale britannique.

La situation dans les régions frontalières entre le Congo et les colonies allemandes peut être appréhendée à travers les rapports des postes missionnaires du vicariat du Haut-Congo [14]. Un bon aperçu de la situation du Rwanda et du Burundi sous domination allemande puis sous occupation belge ressort de la lecture des rapports du vicariat apostolique du Kivu [15]. Pour la Tanzanie, les rapports des vicariats de l'Unyanyembe et du Tanganyika se sont avérés précieux, notamment pour la période des opérations militaires autour de Tabora [16]. Ceux des vicariats de l'Unyanyembe et de l'Uganda donnent un bon éclairage sur les recrutements de porteurs et la situation en Afrique orientale britannique [17]. Ceux du Vicariat du Nyassa informent sur l'Afrique centrale britannique (une partie de l'actuelle Zambie) et sur le

protectorat du Nyassaland (Malawi) [18]. Des publications missionnaires ont complété ces sources (Rabeyrin, 1973 ; Shorter, 2007 et 2010 ; Aumôniers militaires, 2014 ; Missionnaires infirmières, 2014).

De nombreuses sources iconographiques concernant les campagnes, inédites pour la plupart, ont été exploitées, principalement des photographies [19], ainsi que quelques aquarelles [20] et un certain nombre de cartes et schémas manuscrits [21]. Les archives photographiques des officiers belges concernent au premier chef les troupes coloniales du Congo, mais elles contiennent également des clichés allemands sur plaques de verre, dont certains ont trait au travail médical. Certains de ces clichés ont été trouvés dans des caches abandonnées par les Allemands en raison de l'avancée des Belges et des Britanniques ; d'autres ont été confisqués à des prisonniers [22]. Les collections du Musée royal de l'Afrique centrale comportent également des reproductions de clichés allemands réunis à l'occasion d'événements commémoratifs [23]. Un contre-point photographique provenant d'officiers britanniques a été trouvé dans les fonds de l'Imperial War Museum [24], ainsi que dans diverses publications (Anderson, 2004 ; Farwell, 1986 ; Hodges, 1986 ; Hodges et Griffin, 1999 ; MacPherson et Mitchell, 1924 ; Paice, 2007). Réalisées par des militaires et par des missionnaires européens, les photographies ne donnent pas directement la parole aux acteurs africains (brancardiers, soldats et porteurs), mais elles permettent néanmoins de leur rendre un visage et de révéler leur état physique, leurs équipements ou leur dénuement, leurs conditions de déplacement et de campement, la dimension et la multiplicité de leurs charges, le caractère rudimentaire des installations médicales, etc.

Enfin, nous avons recouru aux travaux-sources que constituent les souvenirs de la guerre en Afrique publiés principalement par des vétérans belges (parfois accompagnés de retranscriptions de leurs journaux de campagne) (Chaudoir, 1919 ; Daye, 1935 ; Muller, 1937) et à l'édition scientifique du journal de Pierre Ryckmans (Vanderlinden et Ryckmans, 1988) [25]. Il en a été de même, de manière ponctuelle, pour les Britanniques, à travers la publication de souvenirs (Buchanan, 1919 ; Dolbey, 1918). Ces textes se sont avérés précieux pour donner chair au quotidien des troupes par des anecdotes et détails ignorés des rapports militaires et administratifs.

L'ensemble des sources mobilisées permet un éclairage à la fois local et global, sur l'arrière comme sur le front ou les zones intermédiaires, sur le plan militaire, administratif et médical. Selon leur profession, leur statut, leur fonction, leurs affectations géographiques, des acteurs aux profils variés fournissent des informations complémentaires. Les médecins et les états-majors ont une vue d'ensemble, ainsi qu'une connaissance des première et deuxième lignes. Médecins, infirmiers militaires et religieuses infirmières, impliqués dans la pratique médicale la plus concrète, informent sur les ambulances de l'avant, les hôpitaux de l'arrière et les centres médicaux d'évacuation. Les missionnaires sont présents durant toute la durée du conflit dans leurs postes situés à la frontière orientale du Congo belge et dans l'Est-Africain allemand. Vivant dans l'immense zone d'environ deux millions de kilomètres carrés touchée par les recrutements, les réquisitions et les combats, ils sont des témoins directs de l'occupation militaire et administrative des futurs territoires sous mandat. De leur côté, les fonctionnaires informent sur la situation à l'arrière et sur les problèmes d'approvisionnement, tant pendant les campagnes offensives qu'au retour des troupes.

Pour autant, les sources écrites et iconographiques et les travaux-sources exploités ont leurs limites. Tout d'abord, ils proviennent exclusivement de protagonistes occidentaux, alors que les principaux concernés étaient africains (aussi bien acteurs sanitaires que patients ou blessés). Ensuite, ce travail se base essentiellement sur des sources militaires et administratives belges. Ce côté unilatéral n'est que très partiellement et imparfaitement

contrebalancé par une partie de l'iconographie, par les sources missionnaires et par les rapports sanitaires britanniques publiés (MacPherson et Mitchell, 1924 ; Mitchell et Smith, 1931). Un travail systématique devrait être réalisé dans les fonds d'archives britanniques et allemands. Il conviendrait également d'explorer les sources orales africaines et la mémoire collective des Congolais, Rwandais, Burundais, Tanzaniens, Kényans, Ougandais et Sud-africains [26].

Par ailleurs, si de nombreuses données chiffrées existent dans les sources consultées, leur exploitation est loin d'être simple, aussi bien pour les acteurs de l'époque que pour le chercheur d'aujourd'hui. Elles mériteraient un travail spécifiquement dédié. Les médecins et auxiliaires mobilisés en urgence pour la guerre ne sont en effet pas familiarisés avec les relevés quantitatifs et ne sont pas toujours conscients de l'importance de la collecte de ces données (Mitchell et Smith, 1931, p.x). Les méthodes d'enregistrement prévues par l'armée en temps de paix s'avèrent difficiles à mettre en œuvre dans une guerre de mouvement (Mitchell et Smith, 1931, p.x). Celle-ci exige en effet que les patients soient transférés aussi rapidement que possible d'une unité médicale à une autre. De ce fait, la collecte et le traitement des données chiffrées posent un certain nombre de problèmes (MacPherson et Mitchell, 1924 ; Mitchell et Smith, 1931), car le suivi des patients n'est pas pris en charge par un seul praticien. La rotation des patients dans toutes les unités est très importante, multipliant d'autant le nombre de rapports à réaliser, ainsi que les sources d'erreurs par oubli ou répétition (Mitchell et Smith, 1931, p.x). En conséquence, les données sont souvent incomplètes, discontinues, voire contradictoires.

Dans son rapport sur le fonctionnement du service médical belge pendant la campagne de 1917, le médecin en chef des Troupes en opération Jérôme Rodhain attire régulièrement l'attention sur le fait que certaines données manquent pour dresser un tableau précis de la morbidité et de la mortalité des troupes, surtout des porteurs [27]. Cette difficulté d'établir des statistiques précises s'explique par divers facteurs.

Un premier problème réside dans l'ignorance du nombre exact de porteurs. En effet, leurs effectifs ne sont chiffrés que de manière approximative, surtout pour la campagne de 1916 (Les campagnes coloniales, 1932, p.438). Il n'existe pas de registres avec numéros de matricule pour les porteurs recrutés dans les territoires conquis. Il est impossible de dresser une liste exhaustive des hommes recrutés tout au long des campagnes et leur nombre exact reste inconnu (Mitchell et Smith, 1931, p.ix-xi). Dans ces conditions, le médecin en chef souligne que l'« imprécision des chiffres concernant les effectifs de porteurs (...) ne permet pas d'établir une statistique unique basée sur l'ensemble des hommes recrutés » [28]. Il est donc « impossible, faute de renseignements suffisamment précis sur les effectifs totaux des porteurs originaires des territoires occupés de donner une proportion même approximative de la mortalité générale » [29]. Quelques années plus tard, l'État-major semble ne pas avoir résolu le problème et avertit dans son bilan final des campagnes que « l'imprécision des chiffres concernant les effectifs de porteurs et les nombreuses désertions n'ont pas permis d'établir ces pertes avec exactitude, mais les quelques observations précises qui ont pu être faites montrent que ce sont ces précieux auxiliaires qui ont payé le plus lourd tribut à la guerre » (Les campagnes coloniales, 1932, p.438). Les autorités militaires britanniques tirent les mêmes conclusions pour leur camp : « the full tale of the mortality among the native carriers will never be told » (Paice, 2007, p.292). Il faut donc se contenter d'estimations, la plus répandue étant celle de 20% de décès sur plus d'un million de porteurs recrutés par les Britanniques pendant la guerre en Afrique orientale (Shorter, 2010, p.95). Le manque de données concernant les effectifs de porteurs empêche également de calculer les taux de morbidité en leur sein. La situation est différente pour les soldats, car ceux-ci étant systématiquement enrégimentés, leurs contingents sont connus à l'unité près, et les chiffres de

morbidité sont assez précis, puisque les soldats passent systématiquement les visites médicales.

Un second problème provient du caractère lacunaire et contradictoire des données à partir desquelles les statistiques sont établies (Mitchell et Smith, 1931, p.x-xi). Selon les périodes et les titulaires des formations sanitaires, diversement expérimentés dans la tenue de registres, les données sont plus ou moins complètes, et parfois inexistantes [30]. À chaque échelon, des erreurs peuvent survenir : des porteurs décédés n'ont pas de numéros de matricule, des certificats de décès manquent et sont remplacés par un état collectif « sans valeur au point de vue administratif » [31], des certificats ne sont pas repris dans les listes, et inversement des noms sont repris dans les listes sans qu'il existe des certificats de décès, etc. [32] Les listes se contredisent et les chiffres varient d'un rapport et d'un bilan à l'autre. En juin 1918, le médecin en chef conclut que « le bilan définitif n'a jamais pu être établi. Les différents médecins en charge du service médical des bataillons et brigades ont cherché à accorder les chiffres, mais arrivent à des totaux différents », car il n'y a « pas de concordances entre les statistiques et les certificats de décès notamment » [33].

Une troisième difficulté réside dans les déplacements et recompositions perpétuels des troupes et des colonnes de porteurs, ainsi que dans les transferts de patients entre hôpitaux volants, de base et d'évacuation. Les chiffres sont souvent compartimentés : ils sont donnés séparément pour les soldats et les porteurs, les services de l'avant et de l'arrière, voire pour chaque bataillon. Le tout se combine imparfaitement en raison des mouvements des hommes qui sont pris en charge successivement par différentes formations sanitaires. Dans ces transferts perpétuels, « il est difficile de fixer les effectifs qui ont varié constamment par suite des arrivées et des départs successifs de nouveaux détachements » [34] et de comptabiliser précisément les individus, en évitant doublons ou lacunes [35]. Par exemple, les statistiques concernant la situation des détachements des services de l'arrière sont brouillées par le fait que « ces formations recueillent un grand nombre d'évacués des fronts » [36], par ailleurs comptabilisés dans les statistiques des colonnes de combat.

Un quatrième problème provient du fait que les données chiffrées ne sont pas toujours établies sur la même base, car les publics de référence varient. Dans de nombreux cas, les statistiques collectées auprès des différentes unités médicales ne tiennent compte que des patients soignés dans les hôpitaux volants et de base et ne comptabilisent pas les malades pris en charge dans les infirmeries et postes de secours, lesquels ne rentrent donc pas en ligne de compte dans le calcul des taux de morbidité [37]. Il en va parfois de même pour les malades assistés dans les hôpitaux d'évacuation et de l'arrière [38]. Rodhain constate qu'« il [lui] est impossible de fournir un chiffre approximatif de la morbidité générale (...), les unités arrivées à leur cantonnement faisant soigner [leurs invalides] souvent dans leurs infirmeries propres » [39]. Le calcul du taux de mortalité est lui aussi brouillé par le fait que des décès survenus en dehors des infirmeries et hôpitaux « n'ont pu être enregistrés » [40]. Rodhain souligne à plusieurs reprises que « les statistiques ne tiennent compte que des hôpitaux et ambulances » [41], « que des malades soignés dans les formations de l'avant et ignore[nt] le sort des évacués vers les hôpitaux de l'arrière » [42] et celui des porteurs décédés dans les infirmeries des bataillons. Les statistiques des pertes publiées par l'État-major pendant l'entre-deux-guerres « ne se rapportent qu'aux troupes en opérations. Ceux relatifs aux porteurs ne comprennent pas les pertes subies sur les lignes de communication » (Les campagnes coloniales, 1932, p.438 ; Mabilia, 2015, p. 133). La période de démobilisation est source de nombreux manques, dans le camp belge comme ailleurs (Paice, 2007, p.393). Les statistiques fournies par le service médical des étapes ne comptabilisent pas les décès de porteurs survenus sans hospitalisation le long de la ligne d'évacuation [43]. Les morts dans les trains d'ambulance et sur les lignes de communication sont répertoriés pour les soldats, rarement

pour les porteurs. Or selon les Britanniques, 68% des décès par maladie surviennent hors des unités médicales du front et des hôpitaux d'évacuation (Mitchell et Smith, 1931, p.17).

Cinquième difficulté, les modalités de transmission de statistiques entre Britanniques et Belges empêchent chaque camp de faire un bilan précis de ses pertes. Rodhain « ne possède pas le détail précis concernant les hospitalisations (...) d'un certain nombre d'hommes tombés malades en cours de route [et] recueillis par les hôpitaux anglais échelonnés le long des voies de communications » pendant l'offensive qui a suivi la prise de Mahenge [44]. Cette situation se répète à diverses reprises, par exemple à Kilossa où « à côté de l'hôpital belge, qui enregistra 12,98% de décès sur 1.078 porteurs, une ambulance anglaise soigna un certain nombre de nos porteurs. J'en ignore le chiffre exact, mais parmi eux aussi régna une mortalité élevée » [45]. De manière plus générale, « les porteurs fournis par les Anglais [aux troupes belges] sont soignés par les hôpitaux anglais lorsqu'ils sont évacués vers l'arrière » [46]. Ces effectifs n'entrent pas dans les statistiques belges et sont impossibles à isoler dans les statistiques britanniques, où ils se trouvent intégrés sans distinction dans les décès des colonnes anglaises.

Ce brouillard de chiffres, malgré l'abondance de tableaux statistiques établis à tous les étages, de l'hôpital volant aux hôpitaux de l'arrière et aux camps de quarantaine, permet certes, pour reprendre les termes du Gouverneur général Rutten en 1923, « de citer à peu près le nombre de soldats tombés au champ d'honneur, d'évaluer approximativement le nombre de porteurs dont les cadavres jalonnèrent les routes » [47], mais pas de dresser un tableau exact et exhaustif de la mortalité des porteurs, ni de la morbidité des troupes et porteurs. C'est pourquoi une approche qualitative a été privilégiée, quelques chiffres venant ponctuellement éclairer le tableau général.

En raison des sources disponibles, cet article se focalise sur la pratique médicale occidentale et brosse un bilan de l'état de santé des troupes tel que le regard européen le dépeint. Il serait nécessaire de réaliser un travail similaire sur la situation sanitaire des populations des régions conquises, ainsi que de celles du Congo belge, soumises à un effort intensif pour soutenir l'économie de guerre. Il serait également important de consacrer des recherches à la manière dont les Africains perçoivent et gèrent l'impact nosologique, sanitaire et démographique du conflit. En effet, à la veille de la guerre, seule une minorité des habitants de l'Est-Africain allemand, du Congo belge et des colonies britanniques fréquentent les rares dispensaires et hôpitaux créés par les autorités coloniales à leur intention (Singaravélou, 2017, p. 245). Les populations préfèrent recourir aux tradipraticiens qui ont une connaissance approfondie à la fois des communautés locales et des plantes indigènes [48]. En outre, la guerre bouleverse l'organisation sociale, avec le départ d'un très grand nombre d'adolescents et d'hommes adultes au combat ou sur les chemins du portage. Or la santé, vécue par les populations dans une perspective d'équilibre entre le cosmos et la société, n'est pas une affaire individuelle mais collective. Par ailleurs les troupes propagent des maladies inconnues jusqu'alors dans de nombreuses régions. Les pratiques sanitaires autochtones subissent probablement l'impact de ces divers désordres.

### **Un contexte de guerre spécifique et son impact sanitaire**

Quelques éléments permettent de mieux comprendre le contexte dans lequel s'inscrit la pratique médicale militaire, ainsi que les problèmes sanitaires spécifiques posés par le conflit en Afrique. Tout d'abord, pour les troupes belges et britanniques, les combats ont principalement lieu en dehors de leurs colonies et protectorats. Les campagnes militaires offensives se produisent sur de très vastes territoires, parfois fort éloignés les uns des autres. Les troupes ne peuvent donc s'appuyer sur des bases déjà organisées, ni sur des

infrastructures stables et bien aménagées. Cela pose entre autres d'importants problèmes d'équipement et de logistique, y compris dans le domaine médical.

Ensuite, vu son statut de neutralité, le Congo belge ne dispose pas d'une véritable armée. Lorsque la guerre éclate, la Force Publique est « une gendarmerie chargée du maintien de l'ordre et de l'occupation effective du territoire, décentralisée, aux mains de l'autorité civile » (Léopold II et la Force Publique du Congo, 1985, p.38). Il ne s'agit pas d'une armée coloniale organisée en grandes unités tactiques. Les compagnies, de taille très variable, sont réparties par district ; leurs commandants dépendent des commissaires de ces entités administratives, tandis que le Commandant de la Force Publique, dont le rôle est principalement administratif, dépend du Gouverneur général de la Colonie. L'organisation de la Force Publique reflète cette fonction intérieure : elle ne dispose pas de services d'appui communs (unités techniques, services auxiliaires). Les critiques sur cet état de fait abondent dans les souvenirs de vétérans. Un lieutenant venu du front de l'Yser écrit au printemps 1915 : « rien n'a été préparé en vue d'une campagne. On a bien amené sur la frontière des compagnies de la Force publique, mais celles-ci ont conservé leur ancienne organisation. Elles n'ont pas été réunies et amalgamées en formations de combat (...). Pas de génie, pas de pontonniers, pas de télégraphistes, pas d'ambulances, pas de colonnes de munitions, pas de corps des transports, pas de dépôts, pas d'intendance, pas de réserves d'alimentation, pas de service de renseignements. Rien ; il n'y a absolument rien. Le portage, cet élément primordial en Afrique, n'a même pas été envisagé » (Chaudoir, 1919, p.95). Les services d'appui doivent être mis en place dans l'urgence, y compris un service médical de campagne.

En outre il s'agit d'une guerre de mouvement dans des régions très peu desservies en infrastructures de transport. Au Congo belge, la ligne Kabalo – lac Tanganika n'est pas terminée. Un tronçon d'une centaine de km, achevé en urgence, est ouvert en février 1915 (Weber, 1928, p.518). Le chemin de fer central reliant l'océan Indien au lac Tanganika n'est accessible aux troupes belges qu'à la fin de l'année 1916, une fois les Allemands repoussés plus au sud. Il sert pour le rapatriement des soldats et porteurs après la campagne de Tabora. Sans transport ferroviaire ou automobile, la plupart du temps les troupes se déplacent à pied sur des pistes à travers la brousse. Toujours en déplacement, elles ont besoin d'une quantité et d'une variété infinie d'items (cartouches, projectiles pour batteries, mortiers de tranchée, vivres, matériel téléphonique, vêtements, équipements, matériel médical, outils, gourdes, couvertures, tentes, cantines, objets de campement, etc.) [49]. Il faut aussi acheminer les articles d'échange (ballots d'étoffes, sel et autres) destinés à payer les réquisitions auprès des populations locales.

Un nombre gigantesque de porteurs est par conséquent nécessaire pour le bon déroulement des opérations, les uns pour les échelons de combat, les autres pour les échelons de bagages (Vervloet, 1921, p.575). Une partie est recrutée au Congo : plus de 13.000 hommes mobilisés à travers toute la colonie parcourent des distances importantes avant d'atteindre le point de départ des campagnes militaires (par bateau, train, et à pied). « Depuis les gares de chemin de fer, il faut 20 à 40 journées de marche avant de rejoindre leurs bases de départ, puis des semaines encore pour rejoindre les troupes » (Lisoló na Bisu, 2010, p.37). Environ 240.000 porteurs supplémentaires sont levés dans les territoires allemands au fur et à mesure de la conquête, notamment dans les zones montagneuses du Ruanda-Urundi, ainsi qu'en actuelle Tanzanie. Enfin, certains sont recrutés en Afrique britannique et « prêtés » aux troupes belges. Les effectifs nécessaires étant rarement atteints, la zone de recrutement doit sans cesse être élargie : les porteurs proviennent de toute la région allant des Grands lacs à l'Océan Indien, et de l'Ouganda et du Kenya jusqu'aux actuels Malawi et Zambie. Au total, environ 260.000 hommes intègrent les troupes belges (Les campagnes coloniales, 1927, p.34)

(Illustration 1) et « au moins un million de porteurs » sont mis au service du camp britannique (Winter, 2013, p. xvi).

### Illustration 1

Gérer les mouvements, les équipements, les stocks, les rations et la prise en charge sanitaire d'effectifs aussi importants n'est pas une sinécure. Les changements d'altitude et de climat, les parasites, la mise en contact de populations différemment immunisées contre les maladies, l'épuisement résultant des distances à parcourir avant de rejoindre les zones de combat, les rationnements liés aux difficultés d'approvisionnement, sont autant de facteurs de risque pour la santé des soldats et porteurs (Mitchell et Smith, 1931, p.252). Les services de santé sont confrontés à un grand nombre de malades. Or les armées coloniales belge et britannique d'Afrique n'ont aucune expérience de la sorte (Mitchell et Smith, 1931, p.7). Avant 1914 elles se sont concentrées sur la conquête, le maintien de l'ordre et la répression des troubles à l'intérieur de zones limitées, ce qui ne nécessitait pas de mouvements d'ampleur appuyés par des cohortes de porteurs. D'autres problèmes se posent. Le front bougeant sans cesse, les hôpitaux volants doivent être déplacés de semaine en semaine, voire de jour en jour. Il est difficile de garantir en permanence leur présence près du front, leur déplacement nécessitant un grand nombre d'intervenants. Il est également compliqué d'assurer l'hébergement et le traitement de blessés et malades incapables de faire des étapes de plusieurs dizaines de km pour s'éloigner des zones d'affrontement, ou même de les évacuer.

Enfin, la campagne d'Afrique orientale est conduite par une coalition belgo-britannique, avec son lot de collaborations et de concurrences (MacPherson et Mitchell, 1924, p.445 ; Samson, 2013, p.171-174). Des problèmes de répartition des tâches et de zones d'influence affectent l'organisation et l'efficacité des services de santé. Ces difficultés concernent la collaboration médicale, les communications, la concentration de troupes dans certaines zones – avec la promiscuité et les risques d'épidémies y afférents –, ou encore les défauts d'approvisionnement. Si les tensions et frictions concernent surtout la conduite à mener sur le terrain ou le comportement problématique de certaines unités, elles se rapportent également au domaine médical. Le médecin en chef des troupes signale que, s'il avait été convenu que « les formations sanitaires britanniques organisées le long des voies de communication recevraient (...) les blessés et malades belges » [50], les médecins belges sur le terrain « idéalement préfèrent ne pas confier les soldats et porteurs aux Britanniques » [51]. Des militaires belges hospitalisés refusent d'être pris en charge par les hôpitaux britanniques [52]. Des religieuses mobilisées se plaignent de la défiance des officiers de santé anglais à leur égard [53], ces derniers leur accordant très peu d'autonomie et leur interdisant la prise de température ou l'intervention lors d'opérations chirurgicales.

### **Structures sanitaires des troupes belges en campagne**

La santé des troupes a une grande incidence sur les opérations militaires et sur les chances de succès des camps en présence. La dimension médicale intervient à chaque étape du parcours des soldats et porteurs (recrutement, instruction, déplacements, combats, repos, rapatriement, etc.). L'armée doit veiller à ne pas perdre trop d'hommes par décès ou révocation, sous peine de devoir dépenser beaucoup d'énergie, de temps et d'argent pour en trouver d'autres. La prévention des maladies et le raccourcissement des périodes d'hospitalisation visent à renvoyer au combat et à la marche un maximum d'effectifs en un temps aussi court que possible, tout en évitant les coûts engendrés par des soins de longue durée et les rapatriements (Mitchell et Smith, 1931, p.vii). Le rôle des services médicaux est donc essentiel, tant sur le plan préventif que curatif, mais ils ne constituent qu'une petite partie de la machine complexe qu'est une armée (Mitchell et Smith, 1931, p.11). Tous les aspects de prise en charge de la santé des soldats et porteurs ne dépendent donc pas uniquement des médecins.

En 1914, le Congo revoit en urgence l'organisation générale des troupes coloniales. Les compagnies sont regroupées par trois pour former des bataillons, lesquels regroupés par trois forment des régiments (équivalents en importance aux divisions en Europe [54]), qui regroupés par deux forment des brigades. Les troupes comptent très peu d'officiers et sous-officiers (tous européens). Un grand nombre d'entre eux, envoyés depuis le front de l'Yser à partir de 1915, n'ont aucune expérience du terrain africain. Il faut mettre en place des services d'appui (intendance, liaisons et transmissions, renseignements, finances, services de l'arrière, etc.), y compris un service de santé. En effet, avant la guerre, la Force Publique ne compte pas de service médical spécifique, la santé des soldats étant prise en charge par l'administration sanitaire de la Colonie (Fontana, 1939, p.118). La situation en août 1914 est difficile. « Rien n'existait de ce qu'il fallait à une troupe en campagne, ni sachets de pansement, ni brancards ; les médicaments des pharmacies étaient insuffisants, la teinture d'iode n'existait qu'en petite quantité. D'autre part, il n'y avait pas de brancardiers et il fallut procéder au dressage [sic] des hommes désignés pour ce service. Les médecins possédaient une caisse de chirurgie très complète, mais pas ou peu d'attelles pour fractures. Il n'existait pas d'infirmiers européens et pas suffisamment d'infirmiers noirs diplômés » (Muller, 1937, p.44). Il n'existe en effet pas d'hôpitaux de campagne déployables pour des colonnes mobiles et les effectifs sanitaires sont très incomplets. L'administration belge se méfiant des élites (Dibwe, 2009) [55], peu de Congolais sont formés à la pratique infirmière [56].

Tout doit être mis en place en quelques mois (De Ruddere, 1921 ; Le Service médical, 1929 ; Wydooghe, 1922) [57]. Le Dr Rodhain, rompu à la pratique médicale en Afrique, est chargé d'organiser un service de santé pour l'ensemble des troupes en campagne, à l'exception de celles du Katanga, qui constituent une entité distincte et disposent d'un service médical propre dirigé par le Dr Trolli [58]. Il faut mettre en place une série d'infrastructures médicales militaires, regrouper, réquisitionner, commander ou fabriquer en urgence équipements, médicaments, tentes et brancards, mobiliser des médecins, infirmiers et pharmaciens européens, engager et former des aides-infirmiers et brancardiers africains [59]. Service et personnel sanitaires sont dévolus exclusivement aux soldats et porteurs. Les populations civiles n'y sont pas acceptées. « Ce ne sont que des gens engagés avec des numéros, reconnus comme porteurs, ou dans le service militaire, qui, seuls, sont admis » [60].

Faute de moyens suffisants, et reprenant la tradition de collaboration des autorités coloniales belges avec les missions catholiques et le secteur privé (Vanthemsche, 2012), Rodhain réquisitionne des dispensaires missionnaires et des hôpitaux de sociétés privées qu'il convertit en hôpitaux de campagne et de l'arrière selon les besoins et les mouvements des troupes (Illustration 2) [61]. Il mobilise également des missionnaires pour assurer des tâches infirmières.

## Illustration 2

Pendant la phase défensive, des bâtiments de missions proches de la frontière orientale du Congo sont « désignés pour servir d'hôpitaux de la Croix-Rouge pendant toute la durée de la guerre », et des religieux « désignés comme personnel de la Croix-Rouge pour les soins à donner aux malades et aux blessés » [62]. Ces établissements congolais sont réservés en priorité aux soldats et porteurs.

Sur les rives du Tanganika, Trolli met en place pour les troupes du Katanga des formations sanitaires, qu'il complète par la réquisition de dispensaires missionnaires et d'hôpitaux de sociétés privées. Des postes de secours sont installés à Toa, Lukuga, Vua et à la mission de Baudouinville. Un hôpital volant, dont la direction est confiée au Dr Mouchet de la Géomines

[63], est mis en place au km 261 de la ligne du chemin de fer des Grands Lacs, à une dizaine de km d'Albertville. Deux hôpitaux de base sont installés à Pweto, à la pointe nord du lac Moero, et à la Niemba (km 172). Pweto accueille les grands blessés et malades graves acheminés depuis Baudouinville. Ceux du 2<sup>e</sup> bataillon sont envoyés à l'hôpital de la Niemba, réquisitionné au début de la campagne et dirigé par le Dr Wydooghe de la Compagnie du chemin de fer des Grands Lacs. « Ces installations sont provisoires, les logements en pisé, couverts de chaume, l'habitation du médecin, la pharmacie et le dispensaire en baraquements démontables » (Moulaert, 1934, p.41).

Pour les troupes en campagne dans l'Est-Africain, Rodhain conçoit une structure assez classique pour des armées en guerre (Mitchell et Smith, 1931, p.21-26). Celle-ci prévoit des établissements fixes (hôpitaux) et mobiles (ambulances) [64] s'étageant depuis le front ou depuis les positions frontalières défensives jusqu'à l'arrière, en passant par des structures de transit (camps sanitaires d'évacuation et de quarantaine) [65]. Chaque échelon militaire (bataillon, régiment, brigade, armée dans son ensemble) compte un service de santé (Fontana, 1939, p.119).

Pendant les marches des colonnes, chaque groupement (avant-garde, gros des troupes, arrière-garde) dispose d'un médecin (Muller, 1937, p.84). A chaque étape, tous les 25 km environ, les médecins établissent une infirmerie confiée à un infirmier pour soigner malades et blessés. Sur la ligne de feu, « les médecins de bataillon, aidés de leur infirmier blanc, installent un P.P. [poste de pansement] » (Muller, 1937, p.84), dont l'emplacement est désigné par le commandant du bataillon à environ 200 à 500m de la ligne, autant que possible hors de vue des troupes adverses [66]. Les médecins chargent les brancardiers combattants, sans signe distinctif, de faire les pansements et d'arrêter les hémorragies sans quitter le lieu de combat. Ces postes sont souvent très exposés, malgré le pavillon de la Croix-Rouge supposé les protéger [67]. Les attaques surprises et les revers de combat les placent sous le feu des adversaires. Un médecin raconte : « Nous nous sommes trouvés très exposés au feu sans pouvoir nous dégager (...). Nous trouvant très près du canon, tout le terrain autour de nous était pour ainsi dire arrosé de balles de mitrailleuses de l'ennemi (...) Le groupe formé par les blessés était vite remarqué par l'ennemi qui dirigeait immédiatement sur nous ses mitrailleuses. J'ai été obligé donc de faire évacuer les blessés sur l'arrière-ligne de combat » [68].

Les postes de secours sont placés un échelon en arrière (Fontana, 1939, p.123). Les blessés nécessitant une évacuation y sont amenés par des brancardiers non combattants, porteurs du brassard de la Croix-Rouge. Ces postes comptent en principe un médecin principal qui vérifie les pansements et décide de l'évacuation des blessés vers les hôpitaux volants, un médecin auxiliaire et un sous-officier infirmier.

A l'arrière des postes de secours, chaque régiment comporte une ambulance constituée de deux hôpitaux volants. L'hôpital volant principal doit « suivre au plus près les troupes en marche et se tenir au moins à hauteur du Dépôt mobile de sa colonne » [69] en période de marche, et à environ 5 km de la ligne de feu lors des combats, afin d'opérer et hospitaliser les blessés de première urgence. Il est équipé de tentes pour les opérations, les blessés et malades, ainsi que de matériel de chirurgie, tables, lits, etc. Européens et Africains y sont soignés séparément [70]. L'hôpital de réserve a deux fonctions : accompagner un bataillon engagé dans une action différente des deux autres, ou s'installer à environ 10 km des combats et recueillir les blessés de deuxième urgence (Campagnes coloniales belges, 1929, p.80 ; Fontana, 1939, p.123 et 125) [71] (Illustration 3). Il s'immobilise « plusieurs jours après le combat pour soigner tous les blessés et éclopés qui [sont] alors dirigés sur l'hôpital de brigade » (Muller, 1937, p.84) avant de rejoindre la colonne.

Les installations des hôpitaux volants sont souvent rudimentaires. Chaudoir en donne un aperçu en 1915 : « le chimbèque sert d'hôpital volant. Je viens d'y voir opérer un soldat dont la même balle avait cassé le bras et la jambe. Cela se passait sur la barza ; jolie salle d'opération, certes, bien aérée. Comme table aseptique, quatre bois grossièrement équarris, supportant une planche recouverte de morceaux de zinc provenant des caisses d'emballage. Comme désinfectant, la poussière tombant du toit de chaume » (Chaudoir, 1919, p.68). Pourtant, ces installations réalisées en matériaux indigènes procurent « une fraîcheur agréable inconnue dans la tente et le baraquement » (De Ruddere, 1921, p.8) [72] et « présentent l'avantage, outre leur faible coût, de pouvoir être facilement brûlées dès que le service d'évacuation est terminé, de manière à éliminer les *kimputu* » responsables de la transmission de la fièvre récurrente [73]. Les Britanniques recourent aussi à des constructions de facture locale, les 'bandas', de loin supérieures en confort (chaleur, pluie) aux tentes les plus solides (MacPherson et Mitchell, 1924, p.431-432).

Derrière les hôpitaux volants, un hôpital de réserve est dirigé par un médecin auxiliaire (étudiant en médecine) assisté d'un infirmier européen et d'un infirmier africain, et de 18 brancardiers africains (De Ruddere, 1921, p.8 ; Campagnes coloniales belges, 1929, p.81 et 88). Il dispose d'un équipement « plus sommaire que celui de première ligne [avec] (...) une tente d'opération, trois tentes d'Européens et un ballot de tentes pour Noirs » [74]. Blessés et malades y sont transférés dès que possible et triés afin de « séparer les blessés des 'fiévreux', c'est-à-dire les malades internes, les vénériens, etc. » [75]

Illustration 3 + Fontana, 1939, p.124 = organigramme

Les patients incapables d'être remis sur pied rapidement sont acheminés vers l'hôpital de base de la brigade (De Ruddere, 1921, p.9), où ils sont hospitalisés jusqu'à leur guérison ou à leur rapatriement en cas d'invalidité installée. Ces hôpitaux situés à de grandes distances du front sont dans la mesure du possible installés dans des bâtiments en dur reconvertis (entrepôts, maisons de commerce, bâtiments administratifs, écoles, salles de catéchisme ou dispensaires missionnaires) [76], ainsi que dans des structures sanitaires civiles de la colonie allemande, notamment l'hôpital de Kigoma et les quatre hôpitaux de Tabora (De Ruddere, 1921, p. 9 ; MacPherson et Mitchell, 1924, p.431, 446, 472) [77]. Ils comportent un service médical, un service chirurgical, une pharmacie et un service d'administration et d'intendance (Campagnes coloniales belges, 1929, p.82 ; De Ruddere, p.9), ainsi que de vastes camps de tentes pour les soldats et porteurs [78]. L'emplacement de ces hôpitaux « doit répondre à diverses conditions spéciales tant de salubrité que de facilité d'accès et se trouver en même temps à proximité d'un ruisseau ou d'une rivière » (Muller, 1937, p.75).

Les deux brigades des troupes de l'Est disposent en outre d'un hôpital d'évacuation commun, positionné sur une grande voie de communication avec le Congo (Campagnes coloniales belges, 1929, p.82). Cet établissement sert de poste de repos et de pansements pour les malades et blessés rapatriés.

Afin d'éviter la propagation de maladies au Congo, les troupes démobilisées sont mises en quarantaine à plusieurs reprises avant d'être autorisées à retrouver leur région d'origine (De Ruddere, 1921, p.11-12). La première quarantaine a lieu dans des camps d'isolement échelonnés le long du chemin de fer central de l'ex Afrique-Orientale allemande, notamment à la Malagarasi et à Gottorp (De Ruddere, 1921, p.12 ; Moulaert, 1934, p.163). En raison d'une épidémie généralisée de méningite cérébro-spinale, les démobilisés sont contraints à une deuxième quarantaine de 21 jours à Kigoma ou à Udjidji (De Ruddere, 1921, p.12), juste avant de traverser le lac Tanganika. Après avoir traversé le lac, les troupes sont astreintes à

une troisième quarantaine de 21 jours, à Makala/Greinerville (10 km d'Albertville) [79], à La Niemba (sur le 3<sup>e</sup> tronçon du chemin de fer des Grands Lacs africains) [80], ou à Baraka (à 400 km au nord d'Albertville, sur la rive du Tanganika) (De Ruddere, 1921, p.12). Les blessés ou malades momentanément incapables de réintégrer leur foyer y séjournent plus longtemps. Le parcours de quarantaine n'est pas terminé : soldats et porteurs congolais passent encore par des camps de concentration comportant des lazarets échelonnés sur la ligne d'étapes de la Colonie (à Albertville, Kabalo, Kongolo, Kindu, Stanleyville) [81] et sur tout le trajet fluvial vers leurs districts d'origine (De Ruddere, 1921, p. 12). Chaque camp est dirigé par un médecin européen, assisté de deux infirmiers européens et de quatre infirmiers africains, et comporte une infirmerie ou un hôpital pour Africains, un lazaret pour isoler les cas contagieux, et un camp de quarantaine, le tout clôturé et gardé par des sentinelles [82]. Tous les détachements de passage y subissent un examen médical et les cas suspects (notamment de méningite cérébrospinale) sont fichés et hospitalisés.

Pour la campagne de Mahenge, lorsqu'un nouvel appel à collaboration est lancé par les Britanniques en 1917, « l'organisation du service de santé, si laborieusement édifié au cours de la précédente campagne, avait été fortement réduite (...) le matériel sanitaire était resté à proximité, mais le personnel avait partiellement fondu ou était dispersé » [83]. Le médecin en chef des troupes décide donc « supprimer les hôpitaux volants ou ambulances de réserve » [84].

Toutes les structures évoquées supra ont des visées curatives ou d'observation de quarantaine. L'armée coloniale belge ne compte pas de service spécifique d'hygiène publique, même si les médecins de bataillon ont dans leurs attributions l'hygiène des camps pendant les marches (Campagnes coloniales belges, 1929, p.81).

### **Le personnel médical des troupes en campagne**

Avant le début de la guerre, le personnel médical des colonies et protectorats belges britanniques, allemands et portugais en Afrique est très limité, exclusivement masculin, très majoritairement blanc et principalement militaire. (Au et Cornet, 2021 ; Hanigan, 2016 ; Van Lerberghe et De Brouwere, 2000 ; Vellut, 1992). À l'exception de quelques modestes dispensaires missionnaires, les hôpitaux et dispensaires sont concentrés dans les postes administratifs les plus importants, dans les ports et le long des lignes de chemin de fer. La santé des colonisateurs (fonctionnaires, militaires, agents commerciaux, missionnaires, marins...) et de leurs auxiliaires africains (soldats, clercs, travailleurs du chemin de fer, etc.) est prioritaire (Singaravélou, 2017, p.245). La prise en charge de la santé des populations ne se développe réellement qu'après la Première Guerre mondiale.

Lorsque la guerre éclate, la Force publique congolaise ne compte pas de service médical dédié. Les autorités en mettent un sur pied en urgence et rallient tant bien que mal du personnel soignant (Illustration 4). Dans la colonie, des médecins et infirmiers occidentaux sont mobilisés. Des brancardiers et infirmiers africains reçoivent des rudiments de formation (Les campagnes coloniales, 1927, p.40). Depuis l'Yser, des médecins partent rejoindre les troupes coloniales, car contrairement aux Britanniques qui ont l'opportunité de faire venir des unités médicales d'autres régions de leur Empire (Inde, Égypte, Afrique du Sud) (MacPherson et Mitchell, 1924, p.426-428), les Belges ne peuvent compter que sur le personnel déjà présent en Afrique et sur l'appoint de médecins et infirmiers soustraits au front européen. Malgré ses efforts, le commandement de la Force Publique ne parvient jamais à remplir le cadre initial prévu, alors que les besoins en personnel ne font que croître durant le conflit. Il dispose de 22 médecins sur les 29 jugés nécessaires dans l'organigramme du Dr Rodhain, 5 médecins auxiliaires sur 22, 2 pharmaciens sur 4, 22 sous-officiers infirmiers sur 33, 14 infirmiers

africains diplômés sur les 37 prévus, et 19 infirmiers africains non diplômés sur 54 (Le service médical, 1929, p.87).

#### Illustration 4

Alors qu'au sein des troupes britanniques, certains Africains de l'African Native Medical Corps dirigent seuls des hôpitaux pour porteurs et des équipes d'aides-soignants (Ilfie, 1998, p.36), dans le camp belge, les tâches sont réparties selon le grade militaire, la couleur de peau et la formation professionnelle. Un « plafond de verre maintenait les Africains dans une position hiérarchique subalterne par rapport à leurs collègues occidentaux » et « le respect du grade et le prestige de la race se confondaient » (Leloup, 2015, p.47 et 61). Les photographies attestent d'une hiérarchie coloniale, militaire et raciale [85] au sein du personnel médical, soulignée par les tenues vestimentaires (médecins en blouses blanches, infirmiers portant des tabliers, brancardiers avec brassards), alors que dans certaines unités militaires et dans certaines circonstances cette hiérarchie est parfois bousculée (Cornet, 2018).

Une autre hiérarchie détermine la répartition des rôles et des responsabilités entre le service médical et le commandement. Les médecins sont subordonnés aux commandants de troupes [86]. Les examens médicaux, diagnostics, prescriptions de traitements, opérations chirurgicales sont du ressort des médecins, qui vérifient aussi que les patients en sont réellement et que les blessures sont bien le fait d'ennemis et non auto-infligées délibérément [87]. Les tâches administratives et d'intendance (distribution des rations, tenue des registres, etc.) sont confiées à des militaires. « Ce qui touche à l'exercice du commandement : l'hygiène générale de la troupe, les questions de nourriture, de campement, de logement » est du ressort du « commandement à tous les échelons [qui] dirige ces services, guidé par les conseils que le médecin puise dans son instruction technique. Le médecin prescrit les mesures d'hygiène et de prophylaxie à prendre, et le commandement militaire en assure l'exécution » [88].

#### **Le cadre européen**

Dans le camp belge, une cinquantaine de médecins occidentaux participent à la guerre en Afrique orientale (Les campagnes coloniales, 1927, p.192-228 et 1929, p.307-418). Cet effectif est inférieur aux 63 médecins des troupes allemandes de l'Est-africain, présents avant l'été 1914 en raison d'une campagne menée contre la maladie du sommeil (Hanigan, 2016, p.63 ; Paice, 2007, p.304), et moindre que celui des troupes britanniques, qui compte 245 médecins militaires en 1917 (MacPherson et Mitchell, 1924, p.492).

Le cadre médical belge comporte des militaires de carrière et des mobilisés (médecins, médecins auxiliaires, pharmaciens, sous-officiers brancardiers et infirmiers). Il provient en partie de la Colonie (secteur public ou privé), en partie du front de l'Yser [89]. La moitié des médecins se trouve déjà en Afrique au moment du déclenchement du conflit, dont 24 agents de l'État et 3 agents du secteur privé (Les campagnes coloniales, 1927, p.192-228 ; et 1929, p.307-418). Parmi ces 'Africains', un quart sont des vétérans de l'État Indépendant du Congo, et un tiers sont de nationalité italienne [90]. Pour compléter ces effectifs, le ministre des Colonies lance en Belgique un appel aux volontaires. 26 individus y répondent et arrivent en Afrique entre 1915 et 1917 (Vanthemsche, 2009, p.70-71, 91-95, 106, 110 et 125) [91]. 16 sont diplômés en médecine ; 10 étudiants en médecine ou pharmacie sont incorporés en tant que médecins auxiliaires. En outre 6 pharmaciens partent de Belgique en 1916 et 4 vétérinaires, dont 3 déjà actifs au Congo, intègrent les troupes comme médecins auxiliaires. De 1915 à 1917, 45 sous-officiers infirmiers se portent volontaires depuis le front européen. « La plupart (...) n'étaient pas infirmiers du tout. C'étaient des philosophes, des instituteurs, des sous-officiers d'Europe, des candidats en science », qui « ont en général fait besogne de secrétaires plutôt qu'œuvre infirmière, car le personnel administratif n'avait pas été prévu »,

en raison de « la quantité considérable de documents administratifs à tenir et des pièces administratives à fournir » [92].

La plupart de ces hommes ne sont pas préparés à la pratique de la médecine et des soins infirmiers, soit dans un cadre militaire, soit dans un milieu africain. Les volontaires de l'Yser sont handicapés par leur ignorance des maladies tropicales et leur manque de pratique d'une médecine de masse et de politiques hygiénistes. Ils ne sont pas familiers des maladies comme le choléra, le typhus, la malaria et les dysenteries, qu'ils ignorent parfois comment diagnostiquer, traiter ou prévenir (Mitchell et Smith, 1931, p.62). Ils ne peuvent communiquer avec les auxiliaires africains, ambulanciers et porteurs qu'avec des interprètes, qui, eux-mêmes, ne maîtrisent pas toutes les langues parlées par les porteurs venus de tous les horizons (MacPherson et Mitchell, 1924, p.467). Quant aux médecins venus du Congo, « peu au courant des règlements militaires, [ils] eurent dès le début un énorme travail d'assimilation à assumer » (Muller, 1937, p.44). Par ailleurs le recours à des étudiants en médecine n'est pas sans risque. Certains ne sont pas suffisamment armés pour établir des diagnostics valides, ce qui entraîne le risque d'épidémies non maîtrisées, ou inversement la prescription de quarantaines inutiles qui ralentissent les troupes ou désorganisent le portage. Le commandant d'un dépôt mobile rappelle ainsi à son supérieur que « l'élève en médecine Martin avait trouvé l'existence d'une méningite imaginaire parmi les porteurs. D'où huit jours d'arrêts (...) alors que la suite a bien prouvé qu'il n'existait au Bataillon aucune maladie contagieuse » [93].

Malgré le renfort venu de l'Yser, le cadre médical demeure insuffisant. À la demande des autorités militaires, une trentaine de Sœurs Blanches sont mobilisées comme infirmières de la Croix Rouge par l'intermédiaire des vicaires apostoliques [94], dans la continuité de la collaboration des autorités coloniales avec les missions catholiques (Vanthemsche, 2012). Principalement affectées aux hôpitaux de base, d'évacuation et de l'arrière, elles sont parfois mobilisées dans les ambulances proches du front, notamment au Kivu et au Katanga [95]. Leur travail se concentre sur les Africains mobilisés (soldats, porteurs, infirmiers) et sur les officiers et sous-officiers européens. Elles assistent les médecins dans les soins aux opérés, malades graves et contagieux [96]. Elles effectuent un certain nombre d'actes techniques (laboratoire, distribution de médicaments, prise de température, vérification du respect des régimes alimentaires spécifiques, assistance lors des opérations chirurgicales). Elles épaulent les pharmaciens dans la gestion des stocks et la préparation des remèdes. Enfin, elles surveillent le personnel africain [97].

### **Le personnel africain**

En août 1914, la formation d'infirmiers, aides-infirmiers et clercs lettrés n'en est qu'à ses balbutiements au Congo. Çà et là, des missionnaires forment quelques aides-infirmiers. Il existe une école d'infirmiers rattachée à la colonie scolaire de Boma depuis 1891 et une autre à Léopoldville depuis 1911 [98]. En février 1907, l'école de Boma est structurée en trois catégories : apprentis, aides-infirmiers de 1<sup>e</sup> classe, aides-infirmiers de 2<sup>e</sup> classe (Ngub'Usim Mpey-Nka, 2010, p.44). La première école professionnelle officielle pour infirmiers, créée en 1917 (Triest et al., 1992, p.165), dispense des cours élémentaires de médecine et chirurgie axés sur des notions générales de soins immédiats à procurer aux malades et sur les médicaments les plus usuels (Ngub'Usim Mpey-Nka, 2010, p.44).

La guerre donne un coup d'accélérateur à la professionnalisation d'un personnel médical autochtone et offre de nouvelles perspectives aux Africains dans ce domaine (Ilfie, 1998, p.34-38). Les services de santé des armées coloniales comptent en effet un certain nombre d'auxiliaires africains (infirmiers, aides-infirmiers, brancardiers). Ceux des troupes belges sont généralement moins préparés que leurs homologues britanniques et allemands (Keane,

1920 ; Iliffe, 1998). Les troupes allemandes comptent des aides-soignants soigneusement formés et soumis à une discipline rigoureuse, les Sanitätsaskari (Iliffe, 1998, p.35). Les Britanniques forment des porteurs-brancardiers et un personnel sanitaire d'élite, l'African Native Medical Corps (MacPherson et Mitchell, 1924, p.424 ; 493-496), recruté parmi les élèves des missions religieuses [99]. Ce Corps compte quelque 1500 hommes affectés en priorité aux hôpitaux pour porteurs et ayant le statut de soldats (Iliffe, 1998, p.35-36). Encadrés par une dizaine d'officiers de santé européens, ils sont chargés de l'alimentation, du nursing et du confort général des patients, ainsi que de superviser l'entretien des hôpitaux (MacPherson et Mitchell, 1924, p.495).

Du côté belge, l'organisation mise en place par Rodhain prévoit trois types de brancardiers, ainsi qu'un nombre limité d'infirmiers et aides-infirmiers. Les brancardiers de première ligne, « désignés et instruits pour l'application rapide du premier pansement », sont répartis dans les compagnies et pelotons (Le service médical, 1929, p.85). Ils soignent les blessés à quelques dizaines de mètres des combats, mais ils ne sont pas chargés de leur transport [100]. Chaque bataillon en compte en principe 52. En deuxième ligne, chaque hôpital volant principal compte 12 brancardiers permanents qui assurent le service régulier et accompagnent les blessés évacués vers l'hôpital de réserve ou l'hôpital de base. Chaque hôpital volant de réserve en compte 6. Les brancardiers de troisième ligne sont de simples porteurs travaillant sous la surveillance de brancardiers ou d'infirmiers africains instruits à cette fin. Il faut théoriquement six hommes par brancard, quatre porteurs par hamac.

Un millier de brancardiers sont recrutés un peu partout au Congo pour la durée de la guerre. Ce sont prioritairement d'anciens soldats et travailleurs admis « au titre de belligérants couverts par la Convention de Genève » [101], que les médecins de district doivent former et diriger vers le front (Illustration 5), tandis que leurs sergents et caporaux-brancardiers proviennent de l'école de gradés de Stanleyville [102]. En raison de l'urgence, seuls les brancardiers combattants et les porteurs affectés au transport du matériel médical reçoivent une formation. Les autorités militaires sont confrontées à une pénurie de brancardiers : elles ne parviennent jamais à compléter les effectifs, même en recrutant des hommes en route ou près des lieux de combats. Les responsables des antennes médicales sont contraints d'abandonner des charges pour évacuer les blessés et les cadavres [103]. Les brancardiers recrutés en urgence sont de l'avis d'un médecin de Brigade « des sauvages absolument incompetents et rendant peu de services dans les hôpitaux » [104]. Or selon un médecin de régiment, la qualité de leur service dépend de la cohésion et de la permanence de la fonction, ainsi que de l'attitude des autorités médicales et militaires : « il faut que les brancardiers de bataillons constituent un corps de porteurs habiles, intelligents, disciplinés, sous la surveillance et le contrôle exclusif du médecin. En aucun cas, le commandant de bataillon n'y pourrait puiser pour combler les vides et remplacer les porteurs de cartouches absents ou malades » [105].

Beaucoup de brancardiers n'ont aucune expérience de la manipulation de malades et blessés. Aussi les médecins préfèrent-ils les hamacs, qui présentent l'avantage de mobiliser moins de porteurs [106] et sont plus aisés à manœuvrer. En effet, « les Noirs ne parvenaient pas à manier convenablement les brancards identiques à ceux en usage à l'Armée belge. Ils étaient obligés de s'atteler à quatre et de déposer le brancard sur l'épaule, ce qui exposait le malade à des chutes dangereuses (...) Il est préférable de remplacer le brancard d'Europe par le *tipoi* ou *machila* indigène (...) un hamac suspendu à une longue tige en bambou » (De Ruddere, 1921, p.9). Dès le printemps 1915, le médecin en chef en préconise la fabrication [107].

Les brancardiers improvisés font l'objet d'une étroite surveillance et de punitions corporelles en cas de désertion [108], souvent en vain. Des médecins de bataillon imputent ces désertions

« à l'insuffisance d'instruction militaire reçue » [109] et au fait « qu'il est impossible de tenir au feu des porteurs improvisés brancardiers du jour au lendemain et n'ayant reçu aucune instruction solide dans ce sens et qui n'ont aucune notion de l'école du soldat » [110]. Pour le médecin en chef de la Brigade Nord, « le remède consisterait « à les militariser complètement, les équiper, non de vieux costumes mais de neufs, en un mot [qu'ils soient] traités comme de vrais soldats », et à les éloigner de leur lieu d'origine, ce qui « empêcherait la désertion » [111].

Les hôpitaux belges emploient quelques infirmiers africains, assimilés aux soldats de 2<sup>e</sup> classe (Mutamba Makombo, 2015, p.54). Les uns, comptant parmi les premiers infirmiers congolais diplômés, sont des agents de la Colonie détachés depuis Boma à la fin de l'été 1915 [112]. Comme ils sont trop peu nombreux, d'autres, parmi lesquels certains soldats et porteurs alphabétisés [113], sont formés en urgence par les médecins d'ambulances et de bataillons. Rodhain les distingue nettement : « 1) les infirmiers diplômés qui sont des agents noirs de la Colonie ; 2) les infirmiers non diplômés qui sont des ouvriers ordinaires » [114]. Enfin, dans les hôpitaux de base et de l'arrière, les religieuses recourent à leurs auxiliaires d'avant-guerre ou forment de nouvelles recrues. Infirmiers et brancardiers effectuent des tâches subalternes (lavement et pansement des plaies, déplacement des blessés et malades).

#### Illustration 5

Si le personnel africain est généralement peu qualifié, il existe des exceptions. Trois médecins-catéchistes diplômés de l'École de Malte, employés par les Pères Blancs du Tanganika avant la guerre, font partie des services sanitaires belges et allemands (Iliffe, 1998 ; Casier, 1993) [115]. Du côté allemand, le bambara Augustin Mechire, employé à partir de 1896 à la mission de Mambwe, puis à celle d'Utinta, est mobilisé en août 1916 et affecté au service sanitaire d'un détachement en Uganda. Il est tué en septembre 1916 par une patrouille congolaise (Shorter, 2007, p. 126) [116]. Dans le camp belge, Adrien Atiman (Fouquer, 1964 ; Iliffe, 1998, p. 16-18), né en 1863 dans la région de Tombouctou, et qui travaillait depuis 1888 à la mission de Karema, est réquisitionné pour soigner les soldats congolais de la garnison [117]. Le sénégalais Louis Koro, « médecin de la mission de Kirando » [118], est engagé comme infirmier et affecté au territoire d'Uvira pour la durée de la guerre (Iliffe, 1998, p.16).

#### **Impact sanitaire de la guerre sur les soldats et les porteurs : un état des lieux**

La guerre en Afrique orientale engendre un grand nombre de souffrances physiques et de problèmes sanitaires connexes. Combats, accidents, marches forcées, pénuries de vivres, traversées de régions infestées de vecteurs de maladies, etc. favorisent blessures, traumatismes et épidémies. A priori, les autorités coloniales belges ont réussi à mettre en place dans l'urgence les conditions minimales de la prise en charge sanitaire des troupes. L'organigramme du service médical couvre théoriquement toutes les unités militaires et toutes les situations, du combat à la démobilisation, à l'exception d'une structure dédiée spécifiquement aux questions d'hygiène publique. Un staff professionnel a été mobilisé, même si les effectifs ne sont pas pleinement atteints. Pourtant, au sein des troupes, et tout particulièrement parmi les porteurs, tant la morbidité que la mortalité sont très élevées. Nous dresserons un état des lieux global des traumatismes et des maladies observées pendant le conflit, sans visée d'exhaustivité toutefois, avant d'avancer quelques hypothèses concernant les causes et les responsabilités de ce très lourd bilan humain.

#### **Blessures, fractures et brûlures**

Les blessures et fractures sont des conséquences classiques des batailles. Elles causent un certain nombre de décès : 481 soldats congolais meurent au combat ou des suites de leurs

blessures lors de la campagne de Tabora et 144 autres lors de celle de Mahenge, soit un tiers des décès de combattants (Les campagnes coloniales, 1932, p.438). Après certains engagements, des médecins constatent l'absence de blessés graves, « car les Allemands les ont achevés sur le champ de bataille » [119]. Chez les porteurs, le nombre de décès liés à des blessures infligées dans le cadre des combats n'est pas connu. Or un certain nombre d'entre eux s'approchent des premières lignes pour approvisionner les soldats en munitions ou pour évacuer les blessés [120]. Toujours selon les statistiques établies après la guerre, 988 soldats sont blessés lors de la campagne de 1916 et 215 lors de celle de 1917, soit 1203 au total (Les campagnes coloniales, 1932, p. 438). Ces statistiques ne donnent aucune indication pour les porteurs.

Les rapports spéciaux exigés des médecins belges « après chaque engagement avec l'ennemi » [121] permettent de se faire une idée des blessures et fractures dont souffrent les soldats : perforations de l'intestin, du poumon, blessures aux mains, au bras, au visage, au bassin, etc. [122]. La gravité de ces traumatismes semble « plus grande qu'en Europe : alors que dans la guerre en Europe on admet que le rapport entre tués et blessés est de 1 à 4, il fut durant la campagne de l'Est-Africain de 1 tué pour 3 blessés, et même parfois de 1 à 2 » (Fontana, 1939, p.122). On sait ce qui a occasionné ces lésions, car les médecins doivent décrire toutes les blessures et débris de balles observés sur les blessés et tués [123]. Outre les balles S. ou balles blindées, balles Gras et Mauser, balles à pointes durcies, balles de mitrailleuses, grenades, éclats d'obus et schrapnells, ils repèrent l'utilisation par les Allemands de balles Dum-Dum (qui se fragmentent ou s'aplatissent lors de l'impact et causent une large déchirure dans la peau et de graves lésions aux organes), car les blessures sont plus graves que celles occasionnées par les armes utilisées lors des guerres coloniales précédentes (Arzel, 2018, p.61). Ces balles sont pourtant interdites depuis la conférence de La Haye de 1899 (Cabanel, Dodman et Mazurel, 2018). En 1915, un médecin signale un blessé dont « tous les muscles de la région antéro-interne [sont] complètement déchiquetés (...) jusque près de l'os », « l'aspect seul dénote l'action au moins expansive sinon explosive du projectile » [124]. Un autre constate qu'une « blessure a été faite par une balle recouverte entièrement ou partiellement d'une enveloppe métallique, probablement du maillechort. Il se peut que le projectile ait été un projectile d'arme de chasse du type 'soft nose', 'soft nose split', soit une balle expansive à extrémité creuse recouverte d'une pointe en cuivre type 'magnum' ou encore toute autre espèce de projectile de propriétés expansives (...) les Allemands se servent (...) de leurs armes de chasse perfectionnées avec projectiles expansifs » [125]. Des soldats souffrent de blessures par arme blanche (baïonnettes), mais aussi « coups de lance ou de flèches empoisonnées » (Daye, 1935, p.61 et 69). Il arrive que ces attaques soient le fait de civils cherchant à se défendre contre les pillages et violences, aussi bien dans les territoires envahis que dans les régions du Congo traversées par des troupes [126]. Les hommes souffrent d'autres traumatismes. Des soldats se blessent accidentellement avec leurs baïonnettes [127] ou s'auto-infligent blessures et mutilations dans l'espoir de quitter les zones de combat et de ne plus être contraints à des marches harassantes (Hodges et Griffin, 1999, p.195).

Divers témoignages signalent que les porteurs déserteurs sont exécutés ou se voient infliger des blessures sévères par les soldats affectés à leur garde [128]. Juillet 1916 : « encore deux cadavres de porteurs sur la route, tués à coups de fusil par des soldats chargés de les garder. Pas un jour ne se passe sans qu'un ou plusieurs de ces malheureux ne paient de leur vie leur amour de la liberté » (Muller, 1937, p.89). Novembre 1916 : parmi « les porteurs (...) sept ont été tués en route par nos soldats » [129]. Avril 1917 : « huit porteurs ont été tués par des sentinelles alors qu'ils tentaient de désertir » [130]. « Le 1<sup>er</sup> régiment (...) a essuyé d'affreuses pertes : on parle d'un cimetière de 1300 morts [de porteurs]. Les soldats en auraient tué beaucoup. Répression sanglante des tentatives de fuite » (Commission spéciale,

2021, p.150). Lors de leur transport par le chemin de fer central pour la campagne de 1917, des porteurs se blessent ou se tuent en se jetant des trains pour échapper à la dureté de leur travail (Hodges et Griffin, 1999, p.196) [131]. Les rares révoltes de porteurs sont réprimées dans le sang (Arzel, 2018).

Les troupes souffrent aussi de brûlures. Selon des officiers belges, les Allemands allument des feux de brousse avant les batailles pour débusquer les troupes ennemies, et après les combats « pour découvrir nos blessés. Quand ceux-ci se présentèrent devant eux, ils furent abattus. Ceux dans l'impossibilité de se dégager furent brûlés vifs » [132].

Il n'est pas rare que des blessés demeurent sans aide pendant plusieurs jours. Des unités entières sont dépourvues de médecins, infirmiers, brancardiers, médicaments et pansements. En principe « chaque européen était muni d'une petite pharmacie portative lui permettant de donner les premiers soins à lui-même et à ses hommes » (De Ruddere, 1921, p. 7), mais cet équipement n'est prévu que pour un usage ponctuel (Vanthemsche, 2009, p. 163). Les approvisionnements sont insuffisants. Un médecin « ayant demandé des instruments de chirurgie, reçut (...) un flacon d'huile de ricin et des outils de cordonnier » ; une caisse de pharmacie ne contient que « des bandes, un minuscule flacon à moitié rempli de laudanum – trente gouttes au maximum –, un autre tout aussi mignon de teinture d'iode et 3 grammes d'antipyrine » (Chaudoir, 1919, p.117 et 154) [133].

Faute de brancardiers et de porteurs, les médecins de bataillons ne peuvent suivre les troupes au combat et y traiter les blessés [134]. Ils sont parfois contraints d'abandonner des hommes sur le champ de bataille pendant plusieurs heures, voire plusieurs jours [135], ce qui a des conséquences dramatiques sur les chances de survie des victimes et le soulagement de leurs souffrances. « L'un, qui a reçu une balle dans la tête, est dans le coma. Sa cervelle coule lentement dans le cou. (...) Un autre, le sang aux lèvres, farouche, s'obstine à rester assis, retenant dans ses mains ses entrailles qui s'échappent d'une horrible blessure. (...) Nous ne pouvons rien faire pour ces malheureux étendus sur le sol (...) on les panse sommairement, l'on vide sur les blessures le contenu de notre maigre et microscopique fiole d'iode », il faut les laisser agoniser à l'ombre » (Chaudoir, 1919, p.162 et 117). Un sous-officier signale qu'il est impossible de soigner des hommes de son bataillon, car « nous n'avons aucun service médical », et que des assauts doivent être reportés car « l'absence de toute ambulance, de tout médecin, entre ces villages hostiles, isolés que nous sommes, pourrait être funeste à trop d'hommes » (Daye, 1935, p.61-62). Un major rapporte qu'un soldat grièvement blessé « ne fut soigné par un médecin que dix jours plus tard, et pendant ce laps de temps, (...) le blessé souffrait atrocement. Une fois, alors que la plaie n'avait pas été lavée depuis deux jours, un spectacle affreux se déroula devant nos yeux lorsque le bandage fut enlevé. Le trou béant était rempli de vers blancs grouillants et une puanteur infecte s'en dégageait » (Muller, 1937, p.109). La prise en charge tardive entraîne des « phénomènes infectieux (...) assez violents. Les pansements se relâchaient par la marche et permettaient aux mouches de venir pondre dans les plaies, de sorte qu'après plusieurs jours, la présence de larves n'était pas du tout rare » [136].

Des soldats et porteurs sont grièvement blessés lors d'accidents ferroviaires [137]. Cherchant à empêcher Belges et Britanniques de transporter troupes et matériel par les lignes de chemin de fer existantes, les Allemands sabotent des tronçons de la ligne britannique reliant l'océan Indien au lac Victoria-Nyanza et font sauter des convois sur la ligne centrale dont ils ont été dépossédés en 1916. Des fauves qui ont pris l'habitude de manger de la chair humaine en raison du nombre élevé de cadavres abandonnés s'attaquent aux troupes en marche dans la brousse [138]. Des hommes sont mutilés par des crocodiles en franchissant rivières et marécages (Hanigan, 2016, p.77 ; MacPherson et Mitchell, 1924, p.472). Des porteurs se

noient, entraînés au fond des rivières par le poids de leur charge (Chrétien, 2016, p.143 ; MacPherson et Mitchell, 1924, p.472 ; Muller, 1937, p.88). Les incendies accidentels des campements rudimentaires font aussi des victimes (Chaudoir, 1919, p.103).

### **Maladies**

La guerre n'entraîne pas que des blessures et des accidents. Un médecin l'affirme : « le malade constitua le véritable blessé des guerres coloniales », et il insiste : « contrairement à ce qui arriva sur le front d'Europe, la maladie fut la grande faucheuse d'hommes » (De Ruddere, 1921, p.3). Médecins et états-majors s'accordent sur le fait que « la maladie fit plus de victimes que le feu de l'ennemi. En ce qui concerne les militaires noirs, la mortalité causée par les maladies représente plus du double de celle provoquée par les blessures de guerre » (Les campagnes coloniales, 1932, p.438). 853 soldats meurent de maladie pendant la campagne de Tabora et 417 lors de celle de Mahenge. Ces 1270 décès représentant 67% de l'ensemble des pertes en soldats (Les campagnes coloniales, 1932, p.438). Il n'existe pas de chiffres précis concernant les porteurs. Certains estiment que « pour un blessé, il y eut plus de 20 malades hospitalisés » (Fontana, 1939, p.122). Tous les malades ne peuvent être remis sur pied : le bilan des hospitalisations des troupes de l'avant pour la seconde moitié de l'année 1917, comptabilise 54% de guérisons, 7,6% de décès, 4, 9% de réformés et 33,5% d'évacués vers l'arrière [139] : autrement dit, un homme sur deux seulement est apte à reprendre cette campagne.

De nombreuses affections touchent les soldats et les porteurs. Il est impossible de les traiter toutes dans le cadre de cet article. Les maladies qui affectent les soldats et les porteurs sont majoritairement les affections inflammatoires pulmonaires et intestinales. Elles sont aussi les plus meurtrières.

La majorité des troupes souffrent d'affections respiratoires et de refroidissements (bronchites, pneumonies, bronchopneumonies, pleurésies, méningites à pneumocoques). Par exemple, d'avril à août 1917, ces maladies constituent 18% des hospitalisations des soldats de l'avant et 37% de leurs décès en hôpital [140]. Lors du second semestre 1917, la situation s'aggrave : 42,5% des hospitalisations et 48,8% des décès de ces soldats sont dus aux maladies pulmonaires (un chiffre inférieur aux 60,5% de décès observés parmi les soldats hospitalisés appartenant à la Réserve d'opération) [141]. Pour la même période, chez les porteurs, 49,7% des hospitalisations et 34,6% des décès sont dus aux maladies pulmonaires, mais beaucoup de porteurs malades ne se présentent pas dans les unités médicales et ne sont pas repérés par leurs officiers [142]. Entre avril 1917 et la fin mars 1918, ces maladies causent 39% des décès de soldats hospitalisés [143].

Partout, les médecins rencontrent « des soldats et porteurs couchés le long de la route presque tous atteints d'affections pulmonaires et qui n'ont pas pu suivre leur compagnie » [144]. Beaucoup décèdent de ces refroidissements en quelques jours, voire plus rapidement encore. Un médecin donne l'exemple de « porteurs d'une caravane, au nombre d'une centaine, qui ont succombé en quelques heures des suites d'une congestion pulmonaire aigüe pendant une halte dans le brouillard froid » (De Ruddere, 1921, p.4). Un autre constate que « les porteurs qui ont été malades ou qui sont décédés sont presque tous des gens qui ont été atteints par le froid. Peu vêtus d'ailleurs, et n'ayant aucun gîte aux étapes, ils devaient fatalement être atteints plus que les autres » [145]. Il insiste quelques semaines plus tard : il faut donner « des couvertures ou des vareuses aux porteurs plutôt que de les laisser courir vêtus d'une simple peau de bête qui ne peut que leur donner l'illusion d'être couverts » [146]. Les porteurs, surtout ceux qui sont recrutés dans les territoires conquis, ne disposent en effet pas de tentes et sont rarement équipés de couvertures et de vêtements (Illustration 6) [147]. En principe, les porteurs congolais avaient reçu un équipement avant de quitter leur région d'origine (couverture,

pagne de coton) et en recevaient un supplémentaire une fois arrivés dans les dépôts de l'armée où ils étaient immatriculés et recevaient une deuxième couverture, une vieille tunique de soldat et une gamelle usagée, ce qui n'était pas le cas des porteurs réquisitionnés en Afrique orientale [148]. Muller le déplore dans son journal de campagne : « les porteurs tout nus font pitié (...) quand ils arrivent à l'étape après avoir été trempés par des averses torrentielles », « les trois-quarts étant dépourvus de couvertures, de vareuses et de tentes » (Muller, 1937, p.64 et 68). Au retour des troupes de Tabora, le commandant des troupes du Tanganika ordonne que l'on distribue des pagens et des couvertures aux porteurs malades qui « arrivent dans les hôpitaux dans un état de dénuement extrême » [149].

## Illustration 6

Indépendamment de l'équipement, la marche fait souffrir les troupes et les porteurs de coups de chaleur en journée, suivis de refroidissements pendant la nuit. En effet, en saison sèche, la « chaleur est suffocante pendant le jour, presque insupportable (...). L'air est brûlant (...). Les porteurs et mêmes les soldats tombaient sur la route. (...) Vers 18h, la température change brusquement avec de violents coups de vent. Les nuits sont fraîches et humides » [150]. « Il fait excessivement froid (...) nous avons énormément de malades » (Muller, 1937, p.65). La saison sèche est aussi celle des feux de brousse, dont les fumées et les poussières de cendres couvrant les sols « incommode[nt] les organes de la respiration et favorise[nt] l'éclosion d'affections pulmonaires » (Les campagnes coloniales, II, 1929, p.46).

Quand les étapes franchissent des plaines et aboutissent à des plateaux et reliefs montagneux, soldats et porteurs passent brutalement d'un climat clément à des nuits glaciales et des brouillards matinaux humides [151]. Les médecins de bataillons recommandent aux commandants de compagnies « de choisir autant que possible les heures de départ suivant l'endroit, la région où l'on se trouve (...), de partir très tôt afin d'arriver au sommet de la montagne quand la fraîcheur se fait sentir et de faire halte au plus tôt au-delà du point culminant où l'on pourrait trouver de quoi se chauffer et être moins exposés au froid intense de la nuit » [152]. « Les porteurs pourraient arriver ainsi assez tôt pour préparer leur bois de chauffage pour la nuit. Les jours suivants, les départs devraient se faire vers 7 ½ - 8h pour éviter le froid du matin » [153]. La saison des pluies n'est pas plus favorable, car les hommes trempés n'ont pas de quoi se sécher et se réchauffer avant la nuit.

Les maladies respiratoires, refroidissements et hypothermies touchent également les troupes lors des trajets en train ou bateau. Les officiers voient les porteurs nus, sans couvertures et frigorifiés, mourir quotidiennement par dizaines. « Ces porteurs, restés immobiles toute une journée, sans possibilité de faire du feu ou de se remuer pour se réchauffer souffrent énormément de l'humidité et du froid » [154]. L'un d'eux évoque « nos misérables porteurs dont quatre mouraient de froid *en une nuit* dans un wagon » [155].

Soldats et porteurs souffrent aussi énormément d'affections intestinales (dysenteries amibiennes et bacillaires, entérites, helminthiases, ankylostomiases, typhoïde, salmonelloses, choléra, intoxications alimentaires). Chez les soldats des troupes de l'avant par exemple, d'avril à août 1917, ce groupe de maladies représente 25% des hospitalisations et 21% des décès en hôpital [156]. Lors du second semestre 1917, 14,8% des hospitalisations et 9,3% des décès de ce même public sont dus à ces maladies [157], ainsi que 23,7% des décès survenus au sein des troupes de la Réserve d'opération. Entre avril 1917 et la fin du mois de mars 1918, ces affections causent 14,7% des décès de soldats hospitalisés, tous les échelons confondus [158].

Les porteurs sont aussi fortement touchés. En 1917, jusqu'à 50% des décès observés parmi ceux qui sont hospitalisés sont dus à des maladies intestinales (De Ruddere, 1921, p.11). La dysenterie bacillaire y est particulièrement sévère : dans son bilan d'après-guerre, Rodhain lui attribue 9,2% les décès survenus parmi les porteurs hospitalisés (Rodhain, 1919, p.137). Le second semestre de 1917 est particulièrement difficile : 19% des hospitalisations de porteurs et 23,6% des décès enregistrés en hôpital sont dus aux maladies intestinales [159]. Dans le camp britannique, la dysenterie fait aussi des ravages : de juin à décembre 1916, 12,8% des porteurs hospitalisés en décèdent, et jusqu'à 50,5% en 1917 (Mitchell et Smith, 1931, p.81). Les témoignages de certains chefs africains laissent entendre que le nombre de décès serait bien plus élevé encore, puisqu'ils observent que de très nombreux porteurs meurent de diarrhées sur les routes, sans prise en charge hospitalière, et donc sans enregistrement dans les statistiques [160]. Ces maladies intestinales sont causées par différents facteurs : eaux polluées, parasites, hygiène défectueuse, erreurs de préparation et défaut de cuisson, ingestion de racines, baies et herbes sauvages, etc.

Le premier problème est l'eau potable. Les mouvements de troupes en Afrique orientale ont lieu principalement pendant la saison sèche, qui facilite les déplacements, mais met les puits et rivières pratiquement à sec (Les campagnes coloniales, 1929, p.45-46 ; MacPherson et Mitchell, 1924, p.440 ; Muller, 1937, p.91 et 105). Même si les soldats ont en principe des gourdes et les porteurs des Calebasses, l'eau manque rapidement et celle que l'on trouve est souvent contaminée. Les troupes sont contraintes de boire des eaux troubles et polluées, notamment « l'eau des marais dont [sic] ils ne sont pas habitués, puisqu'au Congo, tout village ne s'installe ordinairement qu'à proximité d'une source » [161]. Les officiers se refusent dans un premier temps à la consommer et à autoriser les troupes à le faire, avant de s'y voir contraints (Muller, 1937, p.91. et 105).

Dès que les troupes sont cantonnées pendant des périodes plus longues, il est théoriquement possible d'appliquer des mesures d'hygiène pour éviter les dysenteries [162]. Cependant, le problème de l'eau potable persiste. En principe, dès leur incorporation, officiers et soldats sont entraînés à respecter des règles d'hygiène personnelle et des camps, contrairement aux porteurs recrutés en urgence tout au long du conflit. En réalité, tous les soldats et les cadres, notamment ceux venus en renfort depuis le front européen, ne sont pas entraînés à ces pratiques. Par ailleurs les conditions de temps de guerre (déplacements incessants, installations précaires près des lignes de combat et dans les positions confisquées à l'ennemi, arrivées tardives après des étapes harassantes de marche) sont autant de facteurs qui ne permettent pas de mettre en place les mesures hygiénistes habituelles (Mitchell et Smith, 1931, p.83). Les trous creusés aux abords des camps pour récolter l'eau de pluie sont contaminés par des débris alimentaires et des excréments [163]. La gestion des déchets est particulièrement complexe en saison des pluies, puisque l'incinération est impossible. Les médecins voient « des porteurs puiser l'eau saumâtre dans ces fosses » [164] proches « des tines et des déchets de ménage disséminés partout (...) et des vieilles feuillées (...) complètement remplies d'excréments et de larves [qui] n'ont pas été remblayées » [165].

L'ingestion d'eaux polluées déclenche des maladies intestinales. La promiscuité et le manque d'hygiène facilitent les contaminations et rendent le traitement illusoire. « La dysenterie et l'ankylostomiase prenaient une virulence telle parmi les porteurs qui s'infectaient entre eux qu'aucune médication ne produisait son effet » [166]. Pour tenter de juguler le danger, des sentinelles sont postées à chaque trou d'eau creusé dans les cantonnements et un Européen est chargé quotidiennement de surveiller la distribution d'eau [167]. Malgré cela, « les porteurs, la gorge desséchée par le manque d'eau durant toute l'étape prenaient en cachette l'eau de ces trous infects », provoquant « une épidémie d'entérite compliquée dans la plupart des cas de dysenterie amibienne et surtout bacillaire » [168].

Les autorités militaires craignent également des empoisonnements délibérés. Lors de l'offensive de Tabora, le commandant la Brigade Nord prévient : « Il y a lieu de croire que l'eau d'Iwanda aurait été contaminée volontairement par l'ennemi. Hier j'ai mis la main sur un espion porteur d'une bouteille remplie de comprimés de sublimé corrosif. Il voulait s'engager comme boy » [169]. Il faut faire « attention à l'eau stagnante, les Allemands cherchent à se procurer des poisons dans les missions » [170], car « l'ennemi a mission de gâter et d'empoisonner les sources » [171]. S'agit-il de rumeurs ou de faits avérés ? Muller rapporte : « le bruit avait couru que l'eau de ces puits avait été empoisonnée. Vraisemblablement faux ? Pourtant on a vu des puits où des vaches pourrissaient » (Muller, 1937, p.105).

Les maladies et troubles digestifs sont également liés à l'alimentation des troupes. Les rations posent souvent un problème. Leur composition ne convient pas aux porteurs dont les habitudes alimentaires antérieures sont différentes, provoquant erreurs de cuisson et problèmes digestifs (Ngongo 2018, p.19 ; Shorter, 2010, p.103). Dans le camp britannique, une commission d'enquête est même mise en place pour évaluer l'impact sanitaire de la composition des rations des porteurs (Hanigan, 2016, p.80 ; Hodges, 1986, p.119-129). De son côté, le médecin en chef des troupes belges signale que les montagnards du Ruanda « accoutumés à un régime alimentaire dans lequel les produits du lait interviennent pour une grande part (...) sont victimes des conditions (...) alimentaires nouvelles » [172]. En revanche « les soldats, la plupart habitués depuis des années à la vie des camps, (...) avaient appris, souvent au prix d'une sélection sévère, à digérer des aliments différents de ceux qu'ils consommaient dans leur milieu. Acclimaté aux nourritures les plus diverses, [le soldat] est moins sensible aux changements de régime que celui des porteurs » [173].

La guerre de mouvement engendre des problèmes d'approvisionnement et des pénuries partielles ou totales de vivres pour les troupes en campagne, avec pour corollaire un déséquilibre des rations qui amène des carences, notamment en vitamines et sels minéraux. « Le manque presque absolu de légumes et la pénurie de substances azotées [causent] l'éclosion de cas de béri béri, qui se manifesta sous sa forme grave cardiaque » dans plusieurs camps d'évacuation [174] (Muller, 1937, p.44). À la fin de l'année 1917, « les rations de farine durent être momentanément diminuées et les quantités de viande réglementairement prévues ne purent être distribuées tous les jours » [175]. « L'abondante viande de chasse distribuée aux troupes » provoque « une augmentation des diarrhées » chez les soldats et les porteurs [176]. Les médecins observent des cas d'anémies et de scorbut (De Ruddere, 1921, p.4).

En cas de rupture d'approvisionnement prolongée, soldats et porteurs mangent ce qu'ils trouvent (fruits, écorces, herbes) et souffrent d'empoisonnements et de problèmes intestinaux divers « Une quinzaine de porteurs ont été atteints de symptômes d'empoisonnement à la suite d'ingestion de fèves trouvées le long de la route » [177]. Ces plantes sauvages provoquent des intoxications, notamment à l'alcaloïde (Paice, 2007, p.303, 394 ; Shorter, 2010, p.103 ; Strachan, 2004, p. 167). Certains s'insurgent : « Depuis le début de ce mois, soldats et porteurs se sont plus souvent serré la ceinture qu'ils n'ont de fois mangé [sic]. Le vieux principe 'une armée marcher avec son ventre' est vrai en Afrique autant qu'ailleurs (...) Si l'on ne remédie pas à cet état de choses, celui qui est responsable de la bonne marche du ravitaillement le sera également des morts nombreuses de soldats et de porteurs » [178].

Les maladies intestinales résultent également des conditions hygiéniques rudimentaires, en raison du manque d'eau, de la poussière et des mouches. Les conditions pour cuisiner étant rarement réunies, les aliments insuffisamment cuits ou mal lavés propagent des salmonelloses

gastro-entérites, typhoïdes et paratyphoïdes (Hodges, 1986, p.121 et 128 ; Hodges et Griffin, 1999, p.152 et 156 ; Shorter, 2010, p.103). À cela s'ajoutent les affections résultant de parasites intestinaux (helminthiases, ankylostomiases) (Muller, 1937, p.44).

Une autre affection touche particulièrement les troupes. En effet, la guerre de mouvement a pour conséquence qu'un grand nombre d'hommes non immunisés entrent en contact avec le paludisme, auquel certains se révèlent particulièrement sensibles [179]. En juin 1916, de nombreuses unités britanniques sont réduites de 30% en raison des ravages de la malaria (MacPherson et Mitchell, 1924, p.441), tandis qu'entre janvier et avril 1917, la maladie représente 60% des admissions et 26% des décès à l'hôpital (MacPherson et Mitchell, 1924, p.478-479). La malaria fait de tels dégâts au sein des troupes belges et britanniques qu'en juillet 1917 l'avancée vers Mahenge est fortement retardée et que des renforts doivent être acheminés en urgence pour permettre aux malades de se reposer (MacPherson et Mitchell, 1931, p.483). Il est difficile de chiffrer le nombre de patients et de décès dus à la malaria au sein des troupes et des porteurs du camp belge, car les statistiques ne la distinguent pas systématiquement des autres fièvres. Les microscopes nécessaires au diagnostic manquent souvent. À titre indicatif, le pourcentage de malades européens hospitalisés pour malaria entre août 1917 et la fin mars 1918 atteint 40%, alors qu'ils prennent de la quinine à titre préventif [180]. Les soldats et porteurs du camp belge n'en reçoivent pas et ne disposent pas de protection contre les moustiques (Mabiala, 2015, p.113), contrairement aux soldats des armées allemande et britannique qui bénéficient en principe de moustiquaires (Hanigan, 2016, p.63 ; MacPherson et Mitchell, 1924, p.441). Les porteurs des troupes belges, surtout les montagnards du Rwanda, sont particulièrement sensibles au paludisme, au point que les médecins militaires préconisent « les réformes en masse » (jusqu'à 70%), « seul moyen d'empêcher une hécatombe » [181]. La morbidité et mortalité dues à la malaria sont telles que « le recrutement de ces montagnards non adaptés a dû être suspendu » [182]. En mai-juin 1917, 157 porteurs décèdent à Dodoma, « presque tous originaires des hauts plateaux du Ruanda et de l'Urundi » [183]. Une partie significative du rapport final de Rodhain sur la campagne de Mahenge est consacrée à ces porteurs, dont l'énorme mortalité est attribuée au fait qu'ils ont quitté des régions montagneuses pour les terres basses des pays voisins : « les montagnards sont habitués à un climat relativement froid où la malaria est rare ou absente (...) ils savent que lorsqu'ils quittent leurs montagnes pour descendre dans la plaine ils en reviennent avec des fièvres tenaces qu'ils appréhendent très fort » [184].

Les soldats et les porteurs sont handicapés également par d'autres problèmes. « Un grand pourcentage de déchets est provoqué par les blessures aux pieds » [185], qui dégèrent en « ulcères ou sarnes des membres inférieurs par l'infection de petites plaies occasionnées par la marche en terrain difficile » (De Ruddere, 1921, p. 10) : sentiers envahis par des herbes hautes de plusieurs mètres, buissons épineux, plantes irritantes, sols caillouteux et brûlants ou ballast le long des rails (Muller, 1937, p.64, 129) [186]. Les complications sont si fréquentes qu'un médecin suggère que « le sol de l'Urundi, comme celui du Ruanda, doit receler des microbes spéciaux qui occasionnent (...) des sarnes qui siègent toujours au pied ou au tiers inférieur de la jambe » [187]. Pour les commandants de compagnie, la solution est d'équiper les hommes non de « bottines, incommodes pour le noir » (De Ruddere, 1921, p.10), mais de sandales et de molletières [188]. Faute d'un équipement fourni par l'armée, « beaucoup (...) à l'exemple des porteurs [en] avaient improvisé » de leur propre initiative (De Ruddere, 1921, p.10). D'autres plaies et ulcères sont causés par des vers dans les zones marécageuses ou par des morsures de rats. Les charges très lourdes provoquent « des cas d'œdèmes des pieds et des jambes qui rendent certains hommes inutilisables pendant plusieurs jours » [189]. L'impossibilité d'une hygiène corporelle régulière et d'entretien du linge de corps et des couvertures favorise les infestations parasitaires, les problèmes cutanés et diverses maladies (gale, typhus, etc.). Dans certaines régions, l'eau des couches souterraines profondes, très

saline, est « irritante, même pour la peau », tandis que « les couches superficielles renferment les germes de la dysenterie bacillaire » [190].

À plusieurs reprises, des épidémies touchent les troupes (variole, méningite, fièvre récurrente...). Meurtrière et très contagieuse, la méningite cérébrospinale venue d'Uganda fait son apparition vers août 1916, principalement parmi les porteurs (Vervloet, 1921, p.577). Pendant le second semestre de 1917, elle refait surface, causant 8,6% des hospitalisations et 31,5% des décès de porteurs hospitalisés [191]. Les soldats en opération ne sont pas épargnés. 16,5% d'entre eux en meurent pendant les premiers mois de 1917 [192], et lors du second semestre, 4,9% des hospitalisations et 37% des décès de soldats en opération lui sont imputables [193]. Les chiffres pour les réserves d'opération et l'arrière ne sont pas tous connus, mais Rodhain évalue à 15,6% entre avril 1917 et la fin mars 1918 la proportion de décès de soldats hospitalisés à la suite de cette pathologie [194].

La fièvre récurrente touche également les troupes. L'ornithodoros moubata (ou kimputu), une tique vectrice du spirille de Dutton, pullule sur les sols de terre des gîtes d'étape et des campements. Ses piqûres provoquent plaies et ulcérations, mais surtout elles transmettent la fièvre récurrente qui se propage de manière alarmante. Les premiers mois de campagne sont marqués par des pertes élevées, car « les soldats (...) cherchaient un abri la nuit dans les cases indigènes », « malgré l'interdiction formelle de loger dans les cases indigènes toutes infestées » (De Ruddere, 1921, p. 5 et 10). Au fil des campagnes, les médecins observent une augmentation des ravages causés par ces piqûres de tiques, le virus devenant de plus en plus virulent au fil des contagions et offrant progressivement une résistance au traitement [195]. La fièvre, caractérisée par « des rechutes fréquentes (...) survenant en moyenne toutes les semaines, fit monter le chiffre des indisponibles (...) mettant le soldat dans l'impossibilité de fournir un travail effectif pendant deux à trois mois, sans compter les complications qui nécessitent fréquemment un séjour prolongé dans les hôpitaux (De Ruddere, 1921, p.10). Par la suite, la situation s'aggrava encore, au point que, lors du rapatriement progressif des troupes vers le Congo, tout le quartier africain de Kigoma dû être détruit et brûlé : la fièvre avait gagné les camps de soldats et de porteurs, mettant en danger la santé des troupes (Moulaert, 1934, p.147). Les chiffres précis concernant cette affection manquent, car tout comme le diagnostic du paludisme, celui de la fièvre récurrente nécessite des analyses au microscope, équipement qui fait souvent défaut.

D'autres maladies sont causées par des parasites. Les poux véhiculent le typhus exanthématique, provoquant des épidémies, notamment en Tanzanie en 1916 [196]. Les puces engendrent des risques de typhus et de peste. Traversant sans chaussures des zones marécageuses et des rivières parfois contaminées par les vers, des soldats et porteurs contractent la bilharziose qui provoque des accès de fièvre et des problèmes intestinaux graves.

Les maladies vénériennes sont également très importantes pendant les campagnes et l'occupation des territoires conquis. En décembre 1916, le médecin en chef de la Brigade Sud cite parmi les trois maladies principales observées chez les soldats et porteurs « les affections vénériennes, blennorragies spécialement » [197]. En janvier 1917, il constate un pourcentage de blennorragie de 50% dans un bataillon, et de 35% dans un autre [198]. Ce chiffre « imposant de blennorragiques » tient selon lui à deux causes : « 1) pendant la campagne, les blennorragies n'ont pu forcément être soignées que d'une façon fort irrégulière (...) 2) des soldats ont été privés de leur femme légitime et ont recueilli toutes celles des régions traversées qui se sont présentées à eux et qui étaient pour la plupart infectées et n'étaient soumises à aucune visite médicale » [199]. La prostitution, corollaire habituel de la présence massive de troupes, contribue à propager les maladies vénériennes au sein des armées [200] et

parmi les populations civiles (Paice, 2007, p.365). Dans les territoires conquis, vidés des hommes pour le portage, les femmes sont parfois contraintes à la prostitution pour survivre à la famine (Von der Heyden, 1922, p.13-15) ou sous la menace de devoir payer l'impôt [201]. Dans les villes occupées, la surveillance médicale des prostituées (originaires du Congo, Ruanda, Urundi, Tanganika, etc. [202]) est organisée, notamment à Tabora, mais elle s'avère difficile, car beaucoup se rendent dans les camps de soldats des alentours sans se déclarer [203]. Par ailleurs, de nombreuses femmes sont violées ou capturées en chemin par les soldats et porteurs des troupes en campagne, courant le risque de contracter ou de transmettre des maladies sexuellement transmissibles.

### **Épuisement physique et moral**

L'état de santé des porteurs est aussi fortement marqué par ce que les médecins de l'époque qualifient de misère physiologique ou de débilité, ainsi que de dépression et de mélancolie. Beaucoup de porteurs n'ont plus la force de manger, succombent à toutes les maladies et tombent littéralement morts sous leurs charges (De Ruddere, 1921, p. 4 ; Daye, 1935, p.60) [204]. Les sources ne permettent pas de chiffrer les victimes d'épuisement généralisé. En effet, à l'issue de la première campagne, le médecin de la Brigade Sud précise que les décès de porteurs « réformés pour faiblesse, (...) certainement morts pendant le voyage pour rejoindre leurs foyers », ne sont pas comptabilisés [205].

Les porteurs souffrent d'épuisement avant même d'atteindre les zones d'opération. En 1917, 13.000 porteurs recrutés au Congo belge arrivent à Kabalo dans un état de fatigue tellement avancé qu'avant de franchir le lac pour commencer la campagne proprement dite, on y compte 2% de morts et 15% d'inaptes ou de déserteurs [206]. Ce sont « de pauvres loques humaines qui devront après un voyage long et pénible être renvoyées chez elles et dont la plupart mourront ici ou en cours de route » [207]. Sur le chemin du retour aussi, les porteurs sont dans un état lamentable. Un médecin dépeint « plus de deux mille porteurs exténués par les fatigues antérieures et les maladies », qui sont « dans un état misérable, un grand nombre atteint de débilité générale » et qui « maigrissent d'un jour à l'autre » [208]. Un autre parle d'hommes « réduits dans un état physiologique tel qu'il ne leur permettra pas longtemps de faire un effort physique quelconque » [209]. Au Katanga, dans un des hôpitaux d'évacuation, un troisième déclare que parmi « tous les porteurs rapatriés et réformés (...) 20% au moins ne sont pas en condition de pouvoir continuer le voyage » [210]. Ce taux monte régulièrement à 30% [211].

Tous les observateurs, militaires comme civils, officiers comme médecins s'alarment de « la lamentable situation des porteurs » [212]. Ils décrivent une situation humanitaire catastrophique, multipliant les commentaires critiques sur le « délabrement physique criminel » de ces hommes [213], « souffreteux et rachitiques, (...) d'une maigreur effrayante », mourant « comme des animaux, sans une plainte, sans maladie préalable apparente. (...) Pauvres diables ! » (Chadoir, 1919, p.41 et 177). À Kigoma, le commissaire royal exprime « son indignation de l'état physique navrant de ces déchets humains, et cela devant tout son entourage » [214]. Les commandants d'opération partagent ce constat : « on ne peut nier l'état navrant dans lequel se trouvaient beaucoup de porteurs » [215]. Sur le terrain, beaucoup d'officiers et sous-officiers sont désespérés. L'un d'eux confie : « le tableau effrayant de ce campement avec ses misères me reste trop gravé pour que je ne désire pas partir le plus tôt de ce sinistre endroit » [216]. Certains médecins dénoncent : « s'il est vrai qu'il y avait pénurie de tout, on aurait pourtant dû prendre des précautions pour éviter ces hécatombes, s'occuper des porteurs, faire l'appel, les présenter aux malades. Plus les conditions sont difficiles, plus on doit prendre de précautions » [217]. Le médecin en chef des troupes qualifie lui-même ouvertement d'« ironie cruelle » certaines de ses recommandations [218]. Dans le camp britannique également, des officiers dénoncent « the full horror of what

carriers were actually suffering under irresponsible officers » (Hodges et Griffin, 1999, p. 166) et insistent sur le fait que ces auxiliaires ne sont pas des animaux de bât : « May I draw your attention to the fact that carriers are human beings, and that officers in charge of carriers are responsible to their governments for their men? » (Hodges et Griffin, 1999, p. 168).

L'épuisement des porteurs a des conséquences sur les opérations militaires. Sur le terrain, les responsables d'unités se plaignent que le « délabrement physique archi délétère des trois-quarts des porteurs qu'on s'obstine à dénombrer pour en déduire des possibilités de portage absolument illusoires » [219] les met dans une situation inextricable. En effet, les états-majors considèrent que les effectifs sont atteints, alors que la pénurie de porteurs est criante. Le « délabrement physique » [220] des porteurs est brandi pour justifier l'échec ou la lenteur de certaines opérations : « On marchait très lentement en raison de la faiblesse des porteurs (...) c'est exclusivement pour ménager les porteurs que le commandant (...) a fait le trajet en six jours au lieu de quatre » [221]. Le commandant des Troupes du Nord prévient qu'une « paralysie des troupes par mortalité énorme des porteurs belges doit être prévue », et il s'épanche : « la misère de notre portage continue à m'écraser et à m'imposer des solutions de fortune pour exécuter la mission que vous me confiez » [222]. Il avoue ressentir une « impuissance absolue » face aux « déchets effrayants en porteurs (...) par épuisement physique et mortalité [qui] ruinent pour un moment tout espoir de réaliser autre chose que le stationnement des forces » [223]. « Tous les médecins des Troupes de l'Est, tous les officiers qui ont vu ces porteurs sont unanimes avec moi pour attester leur rendement infime et les déchets effrayants qui les décimaient en quelques jours » [224].

Les porteurs souffrent aussi de dépression et de désespoir. Les Européens décrivent un « spectacle de porteurs mourants et déprimés » [225], qui « déprime excellent esprit du bataillon » [226]. Le découragement des porteurs impacte gravement leur santé et met en péril leur survie. Épuisés, à bout de forces, désespérés, certains font la grève de la faim ou refusent de se faire soigner. Un officier raconte : « J'ai vu de ces porteurs refuser de manger, de se lever même, et persister dans ces décisions malgré les moyens employés par le personnel affecté aux porteurs », pour finir par s'enfuir « sans doute pour aller mourir à peu de distance » [227]. Un médecin rapporte que les porteurs placés dans les hôpitaux volants en raison de leur extrême faiblesse, dans l'attente d'un moyen de les rapatrier, cherchent à désertir pour rentrer chez eux. Repris, « ils se laissaient mourir de faim dans la plupart des cas. Même ceux qui étaient gravement malades et n'avaient pas la force de tenir debout parvenaient à désertir et on les trouvait quelquefois morts deux ou trois jours après à 100m ou 200m de leurs cases. Étant à la mort, ces malheureux essayaient encore de désertir pour ne pas devoir porter et ayant l'espoir qu'arrivés à Lulanguru ils seront rapatriés » [228].

Les médecins se sentent impuissants. Les uns incriminent le tempérament des Africains : « Ces malheureux porteurs, ignorants et défiants, déprimés et fatalistes, plutôt que d'aller consulter le médecin, se laissaient mourir dans leurs huttes » [229]. Un praticien écrit : « pour la plupart affaiblis par le voyage, par l'alimentation à laquelle ils n'étaient nullement habitués, le manque d'hygiène dont [sic] ils se montraient réfractaires, ces porteurs warundis poussaient l'exagération en se laissant aller à l'inanition la plus complète » [230]. D'autres considèrent que le manque de formation des porteurs joue sur leur moral, car contrairement aux soldats, « habitués aux Européens (...), [qui] avaient conscience de leur rôle, [et dont] le moral fut constamment très bon et s'exalta encore par suite de leurs combats victorieux, les porteurs indigènes, brusquement arrachés à leur vie familiale dans un but de portage militaire pour lequel ils n'avaient pas été entraînés et dont beaucoup ne connaissaient que peu l'Européen, ne pouvaient avoir le moral des soldats » [231]. D'autres encore y voient le résultat des très longs délais de rapatriement : « la nostalgie est, de beaucoup, la plus importante [cause de mortalité] et se manifeste particulièrement chez les hommes les plus affaiblis, écartés des

colonnes mobiles et parqués dans des camps pendant des semaines voire des mois en attente d'un rapatriement [232]. « Les porteurs du Congo belge qui avaient été licenciés ou réformés se trouvent encore dans les unités et dans les hôpitaux où il en meurt journellement, notamment de nostalgie, refusant les soins et la nourriture » [233]. « Ces porteurs arrivés (...) avec l'assurance qu'ils seraient renvoyés immédiatement, ont vu les porteurs des autres races s'en retourner et eux sont restés. À plusieurs reprises, on leur a annoncé qu'ils partaient (...) ils se sont vu refuser l'accès au bateau. Alors, déçus profondément, ne croyant plus en rien, découragés, ils se sont mis à languir, se sont mal nourris, et sont tombés dans une mélancolie dont rien n'a pu les faire sortir. À la dernière période, ils refusent le manger et même le boire, hypnotisés par l'idée qu'ils ne reverront plus leur pays » [234].

Cette mélancolie mortelle est suffisamment répandue pour être mentionnée dans le rapport final du Dr Rodhain sur la campagne de 1917 : « transportés en dehors de leur pays, ces hommes robustes et forts chez eux sont pris d'une nostalgie invincible et en proie à une dépression morale profonde qui favorise l'éclosion de toutes les maladies. L'expérience de ces faits avait été observée aussi au cours de la première campagne » [235]. Dans le camp britannique également, les médecins observent que les porteurs en attente de rapatriement meurent de désespoir (Hodges, 1986, p.109). Des bilans britanniques d'après-guerre estiment que « 17% were suffering from enlarged spleen » (MacPherson et Mitchell, 1924, p.457).

### **Surmortalité et surmorbidity des porteurs par rapport aux soldats**

Un déséquilibre entre soldats et porteurs est manifeste, tant sur le plan de la mortalité que de la morbidité, ou du type de maladies. Le rapport final de Rodhain pour la campagne de 1917 fait le constat que « dans toutes les formations sanitaires, la proportion de porteurs qui meurent est supérieure à celle des soldats qui succombent. La mortalité générale des porteurs hospitalisés est près de 4 fois celle des hommes de troupes » [236]. Rodhain parle même d'une proportion de 1 à 3 dans les camps d'évacuation à la fin de la 2<sup>e</sup> campagne [237], avec 5,79% de décès chez les soldats et 19,8% chez les porteurs [238]. D'autres médecins parlent d'un rapport de 5 à 1 (De Ruddere, 1921, p. 4). La morbidité des porteurs est également très élevée et peut atteindre, dans des cas extrêmes jusqu'à 58% des contingents [239]. De 2 à 5 fois supérieure à celle des soldats [240], « elle est généralement calculée d'après le nombre de porteurs hospitalisés », sans comptabiliser ceux qui sont traités dans les infirmeries et ceux qui ne sont pas pris en charge [241]. La différence entre soldats et porteurs se marque également dans le profil nosologique. « Les proportions respectives des différentes maladies qui ont déterminé l'hospitalisation montrent également des différences considérables suivant qu'il s'agit de soldats ou de porteurs », avec « 7% de plus de malades souffrant d'infections intestinales, trois fois plus que parmi les hommes de troupe, et 50% de plus de méningitiques. Les hospitalisations pour misère physiologique sont 30 fois moins présentes chez les soldats que chez les porteurs » [242]. La situation est similaire au sein des troupes britanniques et allemandes (Haningan, 2016, p.87 ; MacPherson et Mitchell, 1924, p.489 ; Paice, 2007, p.309 ; Taute, 1939, p.8).

Comment expliquer ce déséquilibre ? Plusieurs facteurs sont relevés par les médecins et officiers pendant les campagnes. Un premier problème semble lié à un recrutement inadéquat des porteurs en termes d'âge et de résistance physique. Sur le terrain, les officiers se plaignent : « Aucune comparaison honnête n'est possible entre nos warundis mourants et les magnifiques porteurs allemands et anglais » [243], demandant « que les recruteurs soient plus difficiles » [244]. Tout au long de la guerre, des médecins et des officiers dénoncent le recrutement de porteurs trop jeunes ou trop âgés. Les rapports se succèdent : « Il y a des enfants ou du moins de trop jeunes gens parmi les porteurs qu'on nous envoie du Congo belge » [245] ; « Sans aucune exagération (...) 25% des hommes ne réunissent pas les conditions d'âge et de robustesse pour être employés comme porteurs » [246] ; « Présence

parmi porteurs forte proportion 1/5 de trop jeunes ou trop vieux » [247]. Le responsable d'un hôpital rapporte que « sur 320 porteurs hospitalisés, 150 au moins sont des jeunes hommes qui n'ont pas plus de 15 ou 16 ans et qui ne peuvent être soumis aux efforts des marches militaires (...) 50 autres ont été engagés à un âge trop avancé » [248], et il déclare que « les vieillards et les gamins doivent être rapatriés » [249]. Face au manque d'effectifs, le médecin en chef relativise les critères de sélection prévus : « Théoriquement, 18 à 45 ans seraient les âges limites à fixer, mais dans la pratique, la formule doit rester 'aptitudes physiques suffisantes', ce qui exclut évidemment les trop jeunes et les vieillards » [250]. Par la suite, il admet que « la proportion des adultes vrais ne serait que de 4/5 » [251].

À la fin de la seconde campagne, le commandant et le médecin en chef font le constat que « les prescriptions prévues par l'ordonnance du 4 juillet par M. le Gouverneur général concernant le recrutement de porteurs n'ont pas toujours été observées. L'article 1<sup>er</sup> de cette ordonnance dit que les recrutés doivent être des H.A.V. [hommes adultes valides]. Ces termes excluent évidemment les jeunes adolescents et les vieillards qui n'auraient jamais dû être envoyés aux troupes » [252]. Le rapport final allègue que le recrutement a été déficient au Congo et dans les territoires conquis : « une première sélection avait été faite dans les districts d'origine même, mais elle ne fut certainement pas assez sévère au début de la levée » [253]. Une deuxième sélection était opérée par les médecins de la ligne d'étapes, et malgré cela, « les médecins des troupes reconnurent encore des hommes physiquement incapables de résister aux fatigues du portage, parce que trop peu robustes et surtout trop jeunes ou trop âgés, ou déjà débilités par les fatigues subies au cours de leur long voyage » [254]. Le recrutement des porteurs auxiliaires dans les territoires conquis était encore bien moins vigilant.

Des médecins relèvent que le manque de formation au portage et à la vie militaire provoquent une surmorbidity et une surmortalité parmi les porteurs. « La plupart des porteurs de la Réserve d'opérations sont originaires du Kasai, Aruwimi, Bangala, Maniema et de la région de Kongolo. Ce sont des riverains, des payeurs, qui ne sont aucunement habitués au portage. Le fait de ne pas être habitué au portage joue un rôle considérable. J'ai observé ces hommes pendant la route de caravane. Ils portent quelques minutes leurs charges sur la tête, puis l'attachent sur le dos, l'appliquent sur les épaules et enfin la jettent par terre » [255]. Un officier incrimine une incapacité ontologique à effectuer le métier de porteur parmi de nombreux peuples du Congo et des territoires conquis, face à des « porteurs véritables », et à ce qu'il appelle une « race porteuse » [256]. Il rappelle en 1918 que les hommes recrutés au Ruanda et en Urundi ont été « signalés dès le début comme incapables d'un rendement sérieux en portage » [257]. Les porteurs n'ont par ailleurs pour la plupart aucune expérience de la vie militaire, ce qui, selon les autorités médicales, leur fait adopter des comportements nuisant à leur santé et à leur survie. Le soldat a subi une sélection sévère à la fois théorique et pratique avant d'être incorporé. Il a suivi un entraînement militaire, puis acquis de l'expérience lors d'opérations de police et autres voyages de service. Tout cela, aux dires du médecin en chef, l'a endurci [258]. « Bien équipé, il sait se servir de ses effets d'équipement pour son bien-être et la sauvegarde de sa santé » [259]. En revanche, « une pareille sélection, théorique et pratique, ne pouvait être appliquée aux porteurs » [260]. De ce fait, « le porteur, toujours sous-équipé, n'est pas aussi débrouillard que le soldat. (...) De crainte d'être séparé par l'hospitalisation de son frère de race, il ne se déclare malade que quand il est à bout de forces » [261].

La pénibilité des déplacements à longue distance, les efforts continus et le manque de repos impactent la santé des soldats et des porteurs. Pour certains médecins, ces efforts physiques prolongés au-delà du raisonnable sont une cause importante de décès chez les porteurs [262]. Les troupes franchissent en effet des distances immenses par étapes théoriques de 20 km par

jour, entrecoupées de périodes de repos. Dans les faits, il est fréquent que soldats et porteurs parcourent jusqu'à 40 km en un jour, parfois même de nuit, sans périodes de récupération. Les états-majors dénoncent ce type de pratique quand il n'y a pas de nécessité particulière : « des exagérations de ce genre créent l'épuisement des porteurs et des troupes » [263]. Certaines colonnes marchent pendant des mois sans relève ni repos [264]. Elles ne s'arrêtent pas pendant la saison des pluies et « n'ont pas eu de repos appréciable depuis dix-huit mois » [265], alors qu'en principe, au bout d'un mois de marche, « il faut [aux porteurs] un repos presque arithmétiquement égal » [266]. Des officiers signalent que « tous les ordres de mouvements parvenus au bataillon leur prescrivent invariablement la marche forcée » [267]. À l'approche de Tabora en septembre 1916, dans une course contre les troupes britanniques pour prendre les premiers la capitale militaire et administrative de l'Est-Africain allemand, le commandant en chef des troupes belges exige de « marcher vite, jusqu'à épuisement complet, perdant au besoin un tiers de ses effectifs en éclopés » [268], ajoutant : « Si vos troupes doivent crever pour les trois-quarts au cours des marches qui vont suivre, qu'elles crèvent, mais que le dernier quart arrive » [269]. Les porteurs souffrent davantage de cette situation que les soldats, dont « un grand nombre (...), restés cantonnés en AOA avant leur mise en mouvement pour la campagne n'ont pas enduré les fatigues d'un long voyage qu'ont dû effectuer les porteurs pour arriver aux dépôts du front » [270].

Les itinéraires font passer les troupes d'une zone climatique et écologique à une autre, des plaines aux reliefs montagneux, des espaces arides aux marécages, et favorisent les maladies. Or les porteurs proviennent de régions très diverses. Ceux enrégimentés au sein de la Force Publique sont recrutés aux quatre coins du Congo, et envoyés sous « des climats inconnus pour eux et des agents pathogènes nouveaux (...) vis-à-vis desquels ils manquaient d'immunité » (Les campagnes coloniales, 1927, p. 40). En 1917, le Dr Bomstein classe « le district d'origine » comme première cause « du déchet considérable que nous avons parmi les porteurs de la R.O. [réserve d'opérations] » [271]. En août 1916, le recrutement des porteurs à l'intérieur de la Colonie est supprimé (Vanthemsche, 2009, p. 127). La majorité des porteurs provenant des territoires envahis par les troupes belges, selon les consignes répétées du ministre des Colonies au Gouverneur général (Vanthemsche, 2009, p.119), souffrent également fortement de ces changements climatiques et écologiques, car ils ne sont pas accoutumés aux diverses affections qui y sont endémiques.

Un dernier facteur explicatif semble provenir du traitement différencié entre soldats et porteurs. En effet, alors que les porteurs peuvent diffuser des maladies au sein des troupes et que les armées dépendent énormément d'eux pour le succès de leurs opérations, les autorités militaires cherchent avant tout à garantir la santé, les rations, les équipements et les déplacements des combattants (Mabiala, 2015, p. 114). En conséquence, les porteurs ne bénéficient pas de la même attention que les hommes de troupe. Peu d'infrastructures sanitaires leur sont dévolues (Paice, 2007, p.393) ; leur travail est plus dur, leurs rations moindres, tout comme leurs périodes de repos ; ils sont moins vite hospitalisés et plus vite renvoyés au travail, même quand ils ne sont pas rétablis [272] ; ils sont contraints à de plus longs délais avant d'être rapatriés après la démobilisation. Les Britanniques procèdent de la même manière : ils renvoient au travail 76% des porteurs hospitalisés contre 65% des soldats (Mitchell et Smith, 1931, p.257).

Si le médecin en chef considère que la surmortalité des porteurs « ne peut être attribué[e] aux différences de soins qu'auraient pu recevoir soldats et porteurs, mais résulte directement de la diminution de la résistance vitale de ces derniers » [273], d'autres sources sont moins catégoriques. Un officier observe par exemple « un certain nombre de ces porteurs [qui] étaient manifestement malades et en voie de devenir squelettiques. On ne les conduit chez le médecin ou on ne les réforme que quand ils sont trop malades » [274]. En outre, les cadres

européens semblent plus négligents envers les porteurs qu'envers leurs hommes de troupe, au point par exemple qu'en août 1916, un commandant de brigade rappelle à ses commandants de bataillon que « tous les Européens doivent *chaque jour* inspecter leurs porteurs, savoir *s'ils ont mangé* et s'ils possèdent des vivres pour la journée suivante. Voir si les charges sont réparties suivant la force physique de chacun et si les charges très lourdes ne sont pas laissées tous les jours aux mêmes porteurs. Les soldats savent très bien se soigner eux-mêmes. C'est *aux porteurs surtout* que nous devons veiller » [275].

Sur le plan alimentaire, la ration des soldats compte 2700 calories, soit 1000 de plus que celle des porteurs (Mabiala, 2019, p. 135). Les vivres frais sont distribués en premier lieu aux soldats, « quand il arrive par hasard du bétail ou quelque 'extra', les soldats sont évidemment les premiers servis. C'est logique, c'est juste, mais cela n'excuse pas le fait que les porteurs manquent souvent du nécessaire » [276]. « Le riz, le maïs, le manioc, l'eau à ceux de la ligne de feu d'abord, ce qui restait seulement à ceux qui portaient » (Habran, 1925, p.44). En cas de pénurie, les états-majors diminuent les rations des porteurs, parfois de moitié et pendant des semaines (MacPherson et Mitchell, 1924, p.456) [277]. Par conséquent, ces derniers, et tout particulièrement les porteurs temporaires, sont sous-alimentés (Shorter, 2010, p.101-102). Lors des retours enfin, les soldats sont rapatriés en priorité. Quand la place manque sur les trains et les bateaux, les plus âgés et les plus faibles sont abandonnés dans des régions éloignées de leur lieu d'origine au bénéfice des plus jeunes et mieux portants [278]. Cette pratique prévaut également dans le camp britannique (Paice, 2007, p.284).

### **Une analyse britannique des causes et responsabilités (le rapport Pike-Balfour)**

Confrontés à une surmortalité et à une surmorbidity des porteurs en Afrique orientale similaires à celles observées au sein des troupes coloniales belges, les Britanniques cherchent dès l'année 1917 à en cerner les causes et les responsabilités. Réalisé après une mission de plusieurs mois, le rapport Pike-Balfour distingue les responsabilités du service médical, des commandants d'unités sur le terrain et des grands quartiers généraux en Afrique, ainsi que dans une moindre mesure des administrations coloniales et du gouvernement métropolitain. Il liste une conjonction de facteurs, les uns considérés comme impondérables, les autres résultant de l'action ou de l'inaction des hommes. Cet inventaire systématique et documenté, resté inédit mais dont les données et les conclusions sont reprises dans les rapports médicaux officiels britanniques d'après-guerre (MacPherson et Mitchell, 1924 ; Mitchell et Smith, 1931), s'applique à une situation très proche de celle qui transparaît dans les archives belges. Il est donc intéressant d'en extraire les éléments essentiels.

Parmi les facteurs impondérables ayant occasionné une mortalité et morbidité très élevées, Pike et Balfour notent le climat, les conditions géographiques, les mouvements incessants de l'ennemi rendant difficile la mise en œuvre de mesures de prévention et d'hygiénisme, etc. Leur rapport souligne que les facteurs humains sont nombreux. Les émissaires relèvent l'ignorance et la déficience des services sanitaires, qui ne connaissent pas les mesures adoptées sur d'autres champs de bataille pour prévenir et traiter les maladies ou pour conseiller l'armée à propos des rations (MacPherson et Mitchell, 1924, p.503) ; leur manque de connaissance et d'informations concernant les habitudes et régimes alimentaires des porteurs venus de régions diverses (Mitchell et Smith, 1931, p.9) ; leur manque d'initiative et de force d'impulsion pour améliorer la situation (MacPherson et Mitchell, 1924, p.503) ; leur défaut de coordination interne (MacPherson et Mitchell, 1924, p.466-467 ; Hanigan, 2016, p.72) ; leur dépendance complète envers les autres départements de la force militaire (pour le transport, la relève des porteurs et ambulanciers, le ravitaillement en vivres, eau, matériel médical, médicaments et pansements, l'hygiène des camps, le choix des horaires de marche et leur durée, les hébergements, etc.).

Certains facteurs en effet découlent de la politique générale du commandement : rythme et heures de marche exigés (Mitchell et Smith, 1931, p.22-24 ; MacPherson et Mitchell, 1924, p.465-466, 499), intervalles et durée des périodes de récupération (MacPherson et Mitchell, 1924, p.489), priorité accordée aux soldats par rapport aux porteurs (Mitchell et Smith, 1931, p.24), primauté des opérations militaires sur la santé et la récupération des troupes (MacPherson et Mitchell, 1924, p.466 et 489), limitation du nombre d'effectifs et d'antennes médicales, non-respect des critères de recrutement (MacPherson et Mitchell, 1924, p.490), négligence dans la formation du personnel, lenteurs et lacunes dans la fourniture et le renouvellement des équipements, manque de prévoyance pour le ravitaillement (composition, quantité, continuité), choix des itinéraires et des moyens de transport, absence d'une politique de sanitarisation... Pike et Balfour pointent particulièrement une déficience de la coordination et de la communication entre le commandement et le service médical (MacPherson et Mitchell, 1924, p.443, 449, 453, 458, 485, 487), la non-prise en compte de l'avis des médecins, ou la lenteur dans la mise en œuvre de leurs recommandations par le haut commandement et les responsables d'unités opérationnelles sur le terrain (MacPherson et Mitchell, 1924, p.503), la négligence, l'indifférence, voire l'irresponsabilité des quartiers généraux et des officiers à l'égard de l'épuisement des hommes, de la composition des rations, de l'hygiène des camps, de la mise en place d'abris corrects, du bon déroulement des évacuations (MacPherson et Mitchell, 1924, p.443 et 454), etc.

Les deux experts relèvent par ailleurs une série de points problématiques au sein du service sanitaire, en commençant par le manque d'expérience de nombreux médecins. Cette inexpérience pose problème du sommet de la hiérarchie jusqu'au médecin d'ambulance. En effet, pour des responsables sanitaires sans expérience de la médecine de guerre, il est difficile de concevoir un schéma organisationnel adapté soudainement à un très grand nombre d'hommes (Mitchell et Smith, 1931, p.7). Dans les postes de secours et les ambulances, les connaissances très limitées en médecine tropicale et hygiéniste des jeunes médecins venus renforcer les troupes entraînent des erreurs de diagnostic et de traitement, ce qui cause une invalidité importante parmi les hommes hospitalisés et retarde les mesures indispensables pour échapper aux épidémies (MacPherson et Mitchell, 1924, p.501 et 503). Même ceux qui ont une expérience de la médecine tropicale ne connaissent pas les conditions locales et les maladies prévalentes dans les régions envahies : ils ne peuvent dès lors prendre des mesures préventives pour éviter de fragiliser les troupes (Mitchell et Smith, 1931, p.8-9).

Le déficit en personnel médical est lourd de conséquences : défaut de surveillance de la santé et de l'alimentation des porteurs, incapacité à assurer les soins, retard dans l'évacuation des malades et blessés vers de vrais hôpitaux, engorgements dans des zones de transit, d'où promiscuité et contaminations (MacPherson et Mitchell, 1924, p.468), immobilisation des hôpitaux volants qui font alors défaut aux troupes en campagne (MacPherson et Mitchell, 1924, p.470). Le manque d'équipements et de médicaments pèse sur le suivi des malades et des blessés. Faute de hamacs et de porteurs, les malades restent éloignés des hôpitaux de base, ce qui retarde les soins dont ils ont besoin (MacPherson et Mitchell, 1924, p.467-468). Le non-renouvellement des moustiquaires et des vêtements expose les hommes aux piqûres de moustiques (MacPherson et Mitchell, 1924, p. 457). Le manque de microscopes dans les antennes volantes rend impossible le diagnostic et le traitement adéquat de nombreuses maladies tropicales, notamment la fièvre spirillaire, la méningite cérébrospinale, la maladie du sommeil, l'ankylostomiase, les helminthiases, certaines maladies de la peau, la bilharziose et les différents types de dysenteries (amibienne, bacillaire) (MacPherson et Mitchell, 1924, p.500-501), prolongeant l'invalidité des soldats et des porteurs.

À de nombreuses reprises, les médecins signalent, le plus souvent en vain, que les officiers sur le terrain ne prennent aucune initiative pour procurer des camps de repos équipés d'abris

pour les porteurs (MacPherson et Mitchell, 1924, p.474), contrairement à ce qui était pratiqué sur d'autres théâtres d'opération à travers le monde (MacPherson et Mitchell, 1924, p.502). Pike et Balfour déplorent également le manque de formation hygiénique des troupes et l'inexistence d'une politique de sanitarisation avant l'été 1917 (MacPherson et Mitchell, 1924, p.441, 466, 474, 500). Ils voient dans cette absence de politique une négligence incompréhensible du commandement, dans un contexte de surmortalité au sein de troupes issues de multiples origines : « It seems strange, in a campaign such as this, with its high sick-rate and great variety of troops, requiring different foods, methods of cooking, camps, clothing, washing places and latrines, that the sanitary organization was not immediately placed upon the same definite footing as in other forces » (MacPherson et Mitchell, 1924, p.499-500). La prévention et les mesures hygiénistes (isolement, traitement, désinfection des lits, couvertures et hamacs, ségrégation et traitements des contacts, etc.) sont difficiles à mettre en œuvre dans une armée en campagne (Mitchell et Smith, 1931 p.54) et les mesures requises nécessitent une forte augmentation du personnel sanitaire, ainsi que des réserves et équipements précis, lesquels dépendent des services d'appui et non du service médical. Ces services ne sont pas toujours en mesure d'y répondre ou le font avec des délais qui mettent en péril l'application des mesures et leur efficacité (Mitchell et Smith, 1931, p.62). L'hygiène des camps est mauvaise, favorisant l'éclosion d'un certain nombre de maladies liées au manque de précautions hygiéniques et à une sélection inadéquate des emplacements (MacPherson et Mitchell, 1924 p.465-466). La dysenterie tout particulièrement est « indicative of bad sanitation » (Mitchell et Smith, 1931, p.83).

Les rapports établis après le conflit regrettent que les états-majors et les officiers de terrain n'aient pas envisagé avec sérieux la prévention contre la malaria et contre les maladies respiratoires, en opérant la sélection des porteurs en fonction des itinéraires (Mitchell et Smith, 1931, p.10, 80-81). Aux yeux des rapporteurs, l'erreur la plus marquante commise dans la gestion des porteurs est le transfert irréflecti d'hommes enrôlés sur les hauts plateaux vers les plaines malariennes, et inversement celui d'auxiliaires issus des plaines vers les hauts plateaux trop froids et humides (MacPherson et Mitchell, 1924, p.492). Selon eux, si plus d'attention avait été accordée à ce détail, l'incidence élevée de la maladie aurait été évitée (MacPherson et Mitchell, 1924, p.492).

La mission envoyée par le War Office conclut que de nombreux facteurs expliquent la situation sanitaire catastrophique des porteurs, notamment les lacunes en personnel, transport et équipement, mais aussi les dysfonctionnements de l'appareil militaire et les décisions imprudentes du commandement. « A large force of African carriers was required. It was hastily organised and at first the organisation was imperfect. Moreover, the personnel were of poor physique and predisposed to disease. Inattention to sanitary details, incorrect dieting, hard work, and the climatic rigours of the campaign increased this predisposition and made the personnel more liable to contract dysenteric infections. The transfer of men from the cool and comparatively healthy highlands of German East Africa to the hot, unhealthy, malarious areas on the coast was responsible for many contracting a severe malaria infection; the transfer of others, already highly infected with malaria, from the warm, low-lying districts to the highlands was responsible for the majority of deaths from pneumonia » (Mitchell et Smith, 1931, p.259).

Le rapport Pike-Balfour et les bilans d'après-guerre insistent sur le fait que les services médicaux ne peuvent être tenus pour seuls responsables de la surmortalité et de la surmorbidity des porteurs (Mitchell et Smith, 1931, p.22), étant donné leur complète dépendance envers les autres départements de la force militaire. « The medical services are not responsible for the policy: they can only advise and carry out to the best of their ability the policy adopted » (Mitchell et Smith, 1931, p.22). C'est en effet le commandant en chef

qui décide notamment s'il faut ou non rassembler, traiter et évacuer toutes les victimes en fonction des opérations (Michell et Smith, 1931, p.22). Pour les rapporteurs, tout défaut des différents services de l'armée à assurer au service médical les fournitures en médicaments, vivres, rations, ou à appliquer ses recommandations, provoque une catastrophe sanitaire qui est de l'entière responsabilité de l'appareil militaire dans son ensemble (MacPherson et Mitchell, 1924, p.503). Les structures sanitaires ne peuvent en effet fonctionner sans liaison rapprochée avec d'autres départements de l'armée, et leurs ressources sont insuffisantes sans la collaboration des autres services, notamment l'intendance, le service des étapes et l'administration. Les rédacteurs des bilans officiels affirment que des solutions au moins partielles auraient pu être appliquées et réduire la mortalité et les souffrances physiques des porteurs (recrutements plus stricts, affectations tenant compte de l'origine des porteurs pour les diverses régions de campagne, attention plus grande à l'équipement et au ravitaillement, modification de la composition des rations, etc., etc.) (MacPherson et Mitchell, 1924, p.492).

### **Quelles responsabilités dans le camp belge ?**

Si les Britanniques ont procédé dès 1917 à un bilan des causes et responsabilités du désastre humanitaire observé lors du conflit en Afrique orientale, il n'en va pas de même dans le camp belge. Individuellement, des médecins, officiers, fonctionnaires et missionnaires relèvent des facteurs explicatifs de la surmortalité et surmorbidity touchant les porteurs, et ils pointent ou dénoncent certains manquements. En revanche, aucun bilan officiel consacré spécifiquement aux aspects sanitaires et médicaux ne fait le point de façon systématique pour toute la durée de la guerre sur les responsabilités et les moyens de rectifier le tir en cas de nouveau conflit. Quant au rapport Rodhain de 1917, il évoque de nombreux facteurs ayant causé une surmortalité et surmorbidity des porteurs, mais il n'opère pas une balance des responsabilités et ne concerne que la seconde campagne.

L'examen des sources belges donne à voir une réalité fort similaire à celle rapportée par les émissaires britanniques. La manière dont les hommes, surtout les porteurs, ont été traités a eu de graves conséquences sur leur santé et leur survie. Beaucoup sont tombés malades ou sont morts en raison d'efforts déraisonnables (déplacements incessants, marches forcées, charges trop lourdes, manque de relève) et de privations (vivres, eau, équipements contre le froid et les insectes, abris). D'autres facteurs se sont ajoutés : unités médicales trop peu nombreuses ou non opérationnelles, manque de personnel soignant qualifié et d'ambulanciers expérimentés, défaut de matériel médical et de médicaments, brassage de soldats et porteurs venus de régions différentes, contacts avec les populations des régions envahies, etc.

Une majeure partie de ces problèmes tient au contexte climatique et géographique et à la guerre de mouvement incessante menée par les troupes allemandes, des facteurs sur lesquels le service médical et l'appareil militaire ont peu de prise. Cependant d'autres éléments entrent en jeu. Comme dans le camp britannique, les médecins, infirmiers et auxiliaires sont peu armés pour prévenir et soigner les hommes en raison de leur manque d'expérience de la médecine de guerre et/ou de la médecine tropicale. Comme leurs confrères britanniques encore, ils sont peu informés des réalités nosologiques des terrains conquis, ainsi que des régimes alimentaires et des habitudes des porteurs occasionnels recrutés tout au long des marches.

Comme les troupes britanniques toujours, l'appareil militaire belge dans son ensemble souffre d'un manque d'anticipation et de coordination entre ses différents services, ainsi qu'entre ces services et les responsables médicaux. Ses problèmes d'organisation et de gestion génèrent toute une série de dysfonctionnements, notamment dans le recrutement, la relève et l'approvisionnement des troupes, surtout des porteurs, ainsi que dans le déficit de personnel soignant. Le défaut de connaissance du nombre de porteurs empêche de piloter les aspects liés

à la santé des troupes (calcul de la quantité de rations, des besoins en vêtements et autres équipements nécessaires, du nombre d'abris requis, évaluation du personnel et des infrastructures de soins indispensables pour répondre aux besoins des troupes et organiser la prévention des maladies), mais également d'évaluer les pertes humaines et de calculer les taux de morbidité et de mortalité. Le fonctionnement des unités de santé en est perturbé, les conditions de vie des porteurs en sont détériorées et leur état de santé fortement dégradé.

La lenteur ou la non-mise en œuvre des recommandations des médecins, ainsi que le défaut de gestion générale relèvent surtout du haut commandement et des services d'appui, une responsabilité que pointe entre autres le ministre des Colonies dans un rapport au Roi daté d'octobre 1915. Il y accuse le commandant des Troupes du Nord Henry de la Lindi de manque d'initiative pour assurer la santé des troupes, en dépit des multiples démarches entreprises par le médecin en chef du service de santé : « il n'a jamais rien demandé : ni matériel d'ambulance, ni médicaments, ni médecins » (Vanthemsche, 2009, p.82-83) [279]. Certains officiers dénoncent la négligence, voire l'indifférence des instances de commandement à l'égard du sort des hommes en campagne. Le commandant d'une brigade s'en plaint au commandant en chef à diverses reprises, notamment en automne 1916 : « à aucun moment, aucune trace ou tentative de trace d'organisation d'un service de l'arrière si minime fut-il pour apports en vivres n'a existé sur les derrières [sic] du groupement de l'aile droite entre le 15 août et le 1<sup>er</sup> septembre. Durant toute cette période, le groupement tout entier n'a cessé d'avancer dans la forêt où il n'a été sauvé de la famine que par la rapidité de son mouvement lui permettant de dépouiller à fond les villages déserts très distants les uns des autres » [280].

Les critiques de Pike et Balfour envers l'attitude des responsables du commandement de l'armée coloniale britannique, du grand quartier général jusqu'aux officiers des unités de terrain, entre en résonance avec les réalités des troupes belges. De part et d'autre en effet, peu d'attention est accordée à préserver les porteurs d'efforts physiques trop intenses, de maladies nouvelles, de dénutrition. Les Belges comme les Britanniques donnent la priorité aux soldats sur les porteurs pour les rations, les abris, l'équipement, les temps de repos, le rapatriement. Comme leurs homologues britanniques également, ils font passer les impératifs opérationnels avant la prise en compte de la santé des porteurs. Pike et Balfour épingle et dénoncent la négligence, l'indifférence, voire l'irresponsabilité des officiers de terrain et des responsables des services d'appui envers le sort de ces auxiliaires. Les sources belges donnent à penser que ce type d'attitude n'est pas rare non plus dans le camp belge. Il semble donc que dans les deux camps alliés, les services sanitaires ont souvent été dans l'incapacité de prendre en charge efficacement la santé des soldats et des porteurs en raison des manquements, de la lenteur, voire parfois de l'incurie des différents services de l'armée à leur apporter des moyens matériels et humains suffisants, des directives claires, et un soutien logistique efficient.

## **Conclusion**

Pendant toute la durée de la guerre, les porteurs sont soumis à une exploitation intense mais ne bénéficient que d'une protection minimale. Ils sont victimes d'une surmortalité et d'une surmorbidité dont les causes sont multifactorielles. Marches forcées, efforts physiques intenses et prolongés exigés pendant des mois, charges trop lourdes, manque de repos et d'équipement contre le froid, inexpérience du portage et de la vie de camp, privations de nourriture et dénutrition sévère, recrutements de personnes trop jeunes, trop âgées ou en mauvaise condition physique [281] s'additionnent et contribuent à leur épuisement physique généralisé. Le dépaysement, une fatigue extrême et un sentiment d'abandon provoquent par ailleurs du découragement et même du désespoir, engendrant une mélancolie mortifère.

Les services sanitaires ne répondent qu'imparfaitement à cette situation alarmante. Cependant le désastreux bilan sanitaire et humain ne peut être imputé uniquement à leur fonctionnement et à leur personnel. Les enquêtes mises en place dans le camp britannique après la guerre ont relevé des manquements et erreurs dans la prise en charge des porteurs par l'appareil militaire (Hanigan, 2016, p.84). Il en va de même pour les troupes coloniales belges, En effet, les sources témoignent de l'impréparation, du manque d'anticipation, du bricolage dans l'urgence, des lenteurs et dysfonctionnements, de l'insuffisance permanente de moyens matériels et humains à tous les échelons. Elles révèlent l'inconséquence, l'apathie, le manque de réactivité et d'initiative, la négligence, voire l'indifférence envers le sort des porteurs dans le chef de certains responsables des services d'appui, de recruteurs, de commandants d'unité de terrain et même du haut commandement. Certains médecins et officiers n'hésitent pas à alerter directement la plus haute hiérarchie militaire et administrative, à critiquer explicitement les conditions dans lesquelles se déroulent les campagnes, voire à les imputer au commandement. Ces lanceurs d'alerte comme on les qualifierait aujourd'hui, sont parfois sanctionnés, tel le médecin de brigade Émile Lejeune [282], « pour avoir critiqué sous une forme de diatribe violente, des décisions et prévisions du commandement supérieur (...) quant à l'organisation du portage » [283]. Le commandant en chef y reconnaît cependant, bien qu'en des « termes un peu violents, (...) de dures vérités » [284].

Si l'on ne peut exclure que les officiers et les médecins cherchent à se dédouaner en reportant la faute sur leur hiérarchie, quels que soient les responsables, la situation est réellement dramatique pour les porteurs, et leur sort « constitue le plus grand scandale de la campagne est-africaine » (Shorter, 2010, p.101). Des soldats meurent dans des souffrances insupportables parce qu'il n'y a aucun médecin ou infirmier pour soigner les graves blessures subies pendant les batailles, et aucun médicament pour soulager leur douleur. Des porteurs meurent par dizaines de milliers parce que personne ne leur fournit un équipement minimal (couverture, abri pour la nuit), parce que le ravitaillement en vivres et en eau est insuffisant ou inexistant, parce que les efforts demandés sont démesurés, parce que les traitements médicamenteux sont réservés en priorité aux soldats, parce qu'on ne tient pas compte de leur condition physique initiale, ni des dangers que l'on leur fait courir en les déplaçant dans des zones écologiques trop différentes, parce que l'on ne prend pas la peine de faire l'appel, de vérifier s'ils sont malades et s'ils ont mangé, parce que l'on tarde longuement à les rapatrier, les abandonnant à leur sort, quand les troupes n'ont plus besoin d'eux.

Ce ne sont donc pas les combats en eux-mêmes qui furent la cause de ce désastre nosologique et démographique, mais bien l'extrême pénibilité du travail de portage et le manque d'égards envers des êtres humains acculés à la misère et au désespoir. Les autorités militaires coloniales belges, comme les états-majors de la Marne qui envoyèrent des centaines de milliers d'hommes à la mort pour atteindre des objectifs irréalistes, traitèrent les porteurs comme des forçats (Shorter, 2010, p.101), sinon comme des bêtes de somme. Les conséquences humaines des choix sur le terrain importaient peu, pourvu que la Belgique se positionne dans le camp des vainqueurs pour la conférence de Paix (Chrétien, 2016, p.149 ; Iliffe, 1979, p.246 ; Louis, 1967, p.149-152 ; Louwers, 1935, p.170 ; Marks, 1981, p.318-321 ; Rumiya, 1992, p.30-38 ; Shorter, 2007, p.116 ; Van Zuylen, 1959, p.436-440 ; Vijgen, 2005, p.61, 68, 98-101) [285]. Ajoutons que 240.000 porteurs sur les 260.000 qui ont œuvré dans les colonnes militaires belges, originaires des régions conquises, étaient en quelque sorte des ennemis réquisitionnés, qui n'ont guère bénéficié d'un minimum d'humanité.

Une grande partie des malades et des morts africains auraient pu avoir un sort différent, de l'aveu même de hauts responsables sanitaires. Le médecin en chef de la Brigade Sud avertit : « par des lettres nombreuses, j'ai demandé avec insistance le remplacement de ces porteurs. Jusqu'à présent, je ne l'ai pas obtenu. Et l'on dira ne vous plaignez donc pas, vous voyez bien

que l'on arrive quand même. Oui, l'on arrive et l'on arrivera grâce au dévouement personnel de beaucoup de nos Européens et grâce au sacrifice d'un assez grand nombre de porteurs qui mourront à la tâche et qui n'auraient pas dû mourir, grâce aux imperfections de notre organisation » [286].

Les questions médicales et sanitaires mériteraient de nouvelles investigations pour les autres campagnes militaires de la Première Guerre mondiale en Afrique (Cameroun, Rhodésie), et pour d'autres publics (populations conquises, Congolais mobilisés dans l'effort de guerre, femmes et enfants accompagnant les troupes). Il serait également pertinent d'étudier les conséquences de la guerre sur la propagation de maladies inconnues jusqu'alors dans les territoires conquis. Par ailleurs, l'articulation entre les campagnes militaires de la Grande Guerre et la mise en place après le conflit de politiques sanitaires plus systématiques et davantage orientées vers les populations locales mériterait un examen approfondi. De même, il serait intéressant de voir si la prise de conscience par de nombreux militaires et fonctionnaires de la situation nosologique et de la misère des populations a eu un impact sur les politiques sociales des colonies d'Afrique centrale et orientale après la guerre. Enfin, une approche focalisée sur la manière dont les Africains ont perçu et géré l'impact sanitaire de la guerre, y compris en faisant évoluer leurs pratiques médicales, permettrait d'aborder la thématique en décentrant le regard occidental.

### **Bibliographie**

- Anderson, R. (2002). *The Battle of Tanga 1914*. Stroud: Tempus.
- Anderson, R. (2004). *The Forgotten Front: The East African Campaign, 1914-1918*. Stroud: Tempus.
- Après la victoire de Tabora. Le général Tombeur reçu à Sainte-Adresse par le Gouvernement belge. Discours de M. le ministre des Colonies. Réponse du général Tombeur.* (1917). Le Havre.
- Arning, W. (s.d.). *Kampf um Deutsch-Ostafrika: Vier Jahre Weltkrieg in Deutsch-Ostafrika*. Hanovre: Verlag von Gebrüder Jänecke.
- Arzel, I. (2018). Fighting on the Equator. War Violence and Colonial Experiences among Congolese Troops during World War I. *Revue belge d'histoire contemporaine*, 48(1-2), 56-75.
- Au, S. & Cornet, A. (2021). Medicine and Colonialism. In B. Majerus & J. Vandendriessche (dir.), *Medical Histories of Belgium. New Narratives on Health, Care and Citizenship in the Nineteenth and Twentieth Centuries* (pp. 99-133). Manchester: Manchester University Press.
- Aumôniers militaires du front oublié (Les). (2014). *Famille Mission. Bulletin de liaison entre les Missionnaires d'Afrique et leurs familles et amis*, 2(4), 4-29.
- Beck, A. (1970). *A History of the British Medical Administration of East Africa*. Cambridge: Harvard University Press.
- Beck, A. (1977). *Medicine and Society in Tanganyika, 1890-1930. A Historical Enquiry*. Philadelphie: American Philosophical Society
- Boell, L. (1951). *Die Operationen in Ost-Afrika. Weltkrieg 1914-1918*. Hamburg : Dachert.
- Botchway, D.N. & Kwarteng, K.O. (dir.) (2018). *Africa and the First World War: Remembrances, Memories and Representations after 100 Years*. Cambridge Scholars Publishing.
- Brosens G. (2010). *Tokopesa saluti! 125 ans de relations militaires belgo-congolaises*, Bruxelles : Institut des vétérans.
- Bruckhausen, W. (2010). Medical Pluralism as a Historical Phenomenon: A Regional and Multi-Level Approach to Health Care in German, British, and Independent East Africa. In A. Digby & P.B. Muhkarji (dir.), *Crossing Colonial Historiographies: Histories of*

- Colonial and Indigenous Medicines in Transnational Perspective* (pp.99-114). Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- Buchanan, A. (1919). *Three Years of War in East Africa*. Uckfield: The Naval and Military Press Ltd.
- Bührer, T. (2011). *Die Kaiserliche Schutzstruppe für Deutsch-Ostafrika. Koloniale Sicherheitspolitik und transkulturelle Kriegführung, 1885 bis 1918*, Munich: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Cabanel, B., Dodman T. & Mazurel H. (dir.) (2018). *Une histoire de la guerre du XIXe à nos jours*. Paris: Seuil.
- Les campagnes belges d'Afrique, 1914-1917. Cameroun – Est-Africain allemand*. [s.d., 1917]. Paris : Documents du Service photographique du Ministère des Colonies de Belgique.
- Les campagnes coloniales belges. 1914-1918. (1927-1932)*. Bruxelles : ministère de la Défense nationale. Section de l'historique, trois volumes.
- The Campaign in East Africa (1916). *British Medical Journal*, 15, 100-101.
- Capell, A.E. (1923). *The 2<sup>nd</sup> Rhodesia Regiment in East Africa*, Uckfield: Simson & Co.
- Casier, J. (1993). *Les médecins-catéchistes. Souvenirs historiques*, 78-79, mai-juin, non paginé.
- Catherine, L. (2014). *Des tranchées en Afrique. La guerre oubliée des Congolais contre les Allemands en 1914-1918*. Bruxelles : Éditions Aden.
- Cayen, A. (1919). La guerre en Afrique et l'effort colonial belge. *Bulletin de la Société d'études coloniales*, 26(1-2), 5-44.
- Chaudoir, P. (1919). *Dans la brousse du Kiwu*. Bruxelles : Albert Lebègue.
- Chrétien J.-P. (2016). La guerre de 1914-1918 au Burundi. Le vécu local d'un conflit Mondial. *Outre-Mers*, 390-391, 127-151.
- Clayton, A. (1994). *Histoire de l'armée française en Afrique, 1830-1962*. Paris : Albin Michel.
- Clyde, D.F. (1962). *History of the Medical Services of Tanganika*. Dar Es Salam : Government Press.
- Commission spéciale chargée d'examiner l'État indépendant du Congo et le passé colonial de la Belgique au Congo, au Rwanda et au Burundi, ses conséquences et les suite qu'il convient de lui réserver. (2021). *Rapport des experts*, Bruxelles : Chambre des représentants de Belgique.
- Congo at War*. (2018). Numéro spécial du *Journal of Belgian History/Revue belge d'histoire contemporaine*, 48(1-2), E. Ngongo , B. Piret & N. Tousignant (dir.).
- Cornet, A. (2016). Le soldat congolais dans la Grande Guerre. Un oublié de la propagande de guerre belge. *Revue Française d'Histoire d'Outre-Mer*, 104(390-391), 211-233.
- Cornet, A. (2018). Presenting War in Africa? Belgian Military Campaigns in German Africa under the Camera Lens (1914-1918). *Journal of Belgian History*, 46(1-2), 77-111.
- Crichton-Harris, A. (2001). *Seventeen Letters to Tatham: A WWI Surgeon in East Africa*. Toronto: Kenegy West.
- Cripwell H.A. (1959). The Medical Services of Northern Rhodesia in the German east African Campaign of 1914-18. *The Central African Journal of Medicine*, 5(10), 525-557.
- Crowe, J.H.V. (1918). *General Smuts' Campaign in East Africa*. Londres: John Murray.
- Daye, P. (1935). *Avec les vainqueurs de Tabora. Notes d'un colonial belge en Afrique orientale allemande*. Louvain : Rex.
- Dejemeppe, P. & Tousignant, N. (dir.). (2016). *La guerre 14-18 en Afrique. Des mémoires repliées*. Bruxelles : Commune de Saint-Gilles et Université Saint-Louis-Bruxelles.
- Delpierre, G. (2002). Tabora 1916 : de la symbolique d'une victoire. *Revue belge d'histoire contemporaine*, 32(3-4), 351-381.
- Depaepe, M. & Lembagusala Kikumbi A. (2023). L'enseignement colonial au Congo : davantage qu'un projet paternaliste à sens unique ? In I. Goddeeris, A. Lauro &

- G. Vanthemsche (dir.), *Le Congo colonial, une histoire en question* (pp.337-348). Bruxelles : La Renaissance du livre.
- Deppe, L. (1919). *Mit Lettow-Vorbeck Durch Afrika*. Berlin : Verlag August Scherl.
- De Ruddere, A. (1921). Le service sanitaire belge pendant la campagne de l'Est-Africain allemand. *Archives médicales belges*, 5, 387-399.
- De Waele, J. (2008). Voor Vorst en Vaderland : zwarte soldaten en dragers tijdens de Eerste Wereldoorlog in Congo. *Militaria Belgica*, 113-132. [à partir de son mémoire de licence en histoire à la VUB en 2001 : *Voor Vorst en Vaderland : de situatie van zwarte soldaten en dragers in dienst van het Belgisch leger (Force Publique) tijdens de Eerste Wereldoorlog in Centraal-Afrika*]
- Dibwe, D. (2009). Formation des élites coloniales. In N. Tousignant (dir.), *Le manifeste 'Conscience Africaine'. Élités congolaises et société coloniale. Regards croisés* (pp.117-139). Bruxelles : Publications des Facultés universitaires Saint-Louis.
- Dolbey, R.V. (1918). *Sketches of the East Africa Campaign*. London: John E. Murray.
- Downes, W.D. (1919). *With the Nigerians in German East Africa*. Ondres: Methuen.
- The East African Campaign (1916). *British Medical Journal*, 22, 145-146.
- Eichstädt, J. (1983). Der Sanitätsdienst in DOA während des erstes Weltkrieges. *Wehermedezinische Monatschrift*, 5, 207-210.
- Ewa, I.O. (2018). Nigerian Soldiers in the East African Campaign of the First World War, 1916-1917. In D.N Botchway & K.O. Kwarteng (dir.), *Africa and the First World War: Remembrances, Memories and Representations after 100 Years* (pp.12-23). Cambridge Scholars Publishing.
- Farwell, B. (1986). *The Great War in Africa, 1914-1918*. New York: Norton.
- Fontana, L.C. (1939). Conception belge de l'organisation et fonctionnement du service sanitaire dans les expéditions coloniales. In *Tenth International Congress of Military Medicine and Pharmacy, Washington D.C., May 7 to 19, 1939. Proceedings*, II, US Government Printing Office, 117-127.
- Fouquer, R. (1964). *Le docteur Adrien Atiman, médecin-catéchiste au Tanganika*. Paris : Édition Spes.
- Fyffe E.L. & Burman, C.EL. (1918). Notes on a Series of Cases of Gunshots Wounds During the Campaign in East Africa. *Journal of the Royal Army Medical Corps*, 30, 296-305.
- Göring, K.E. (1925). *Deutsch Ostafrika: Kriegserlebnisse, 1914-20*. Erfurt.
- Habran L. (1925). *Coup d' œil sur le problème politique et militaire du Congo belge*. Bruxelles : Albert Dewit.
- Hanigan, W. (2016). Tropical Military Medicine in East Africa. In S.C. Craig & D.C. Smith (dir.), *Glimpsing Modernity: Military Medicine in World War I* (pp.60-93). Cambridge: Cambridge Scholars Publishing.
- Harrison, M. (1996). Medicine and the Culture of Command: The Case of Malaria Control in the British Army During the Two World Wars. *Medical History*, 40, 437-452.
- Harrison, M. (2010). *The Medical War. British Military Medicine in the First World War*. Oxford: Oxford university Press.
- Henderson, W.H. (1942). The War Economy of German East Africa, 1914-17. *Economic History Review*, 13, 104-110.
- Hildebrandt, K.H. (1989). Die Schutztruppe von Deutsch-Ostafrika im Ersten Weltkrieg. *Militärgeschichtliche Beiträge*, 3, 83-99.
- Hodges, G.W.T. (1978). African Manpower Statistics for the British Forces in East Africa, 1914-1918. *Journal of African History*, 19(1), 101-116.
- Hodges, G.W.T. (1986). *The Carrier Corps: Military Labor in the East African Campaign, 1914-1918*. New York: Greenwood Press.
- Hodges, G.W.T. & Griffin, R. (1999). *Kariakor: The Carrier Corps: The Story of the Military Labour Forces in the Conquest of German East Africa, 1914 to 1918*. Nairobi: Nairobi University Press.

- Honke, O. & Nahimana, F. (1985). La Première Guerre mondiale et la fin de la colonisation allemande. In *Le Rwanda et les Allemands, 1884-1916. Exposition (photo-commentaires) au Centre d'Échanges culturels franco-rwandais du 16 mars 1985, Kigali* (pp.43-46). Kigali : s.ed.
- HORDERN, Ch. & STACKE, H.F.M. (1941). *Military Operations East Africa, August 1914-September 1916*, Nashville-Londres : His Majesty's Stationery Office.
- Iiffe, J. (1979). *A Modern History of Tanganyika*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Iiffe, J. (1997). *Les Africains, histoire d'un continent*. Paris : Aubier.
- Iiffe, J. (1998). *East African Doctors. History of the Modern Profession*. Cambridge-New York: Cambridge University Press.
- Jewell, N.P. (2016). *On Call in Africa, in War and Peace, 1910-1932*. Hove: Gillyflower Publishing.
- Keane, G.J. (1920). African Native Medical Corps in the East African Campaign. *Journal of the Royal African Society*, 19(76), 295-304.
- Keane, G.J. & TOMBLINGS, D.G. (1921). *The African Native Medical Corps in the East African Campaign*. Londres : Richard Clay and Sons.
- Killingray, D. & Matthews, J. (1979). Beasts of Burden: British West African Carriers in the First World War. *Canadian Journal of African Studies*, 13(1-2), 5-23.
- Koller, Ch. (2014). Historiography 1918-Today (Africa). In U. Daniel, P. Gatrell, O. Janz, H. Jones, J. Keene, A. Kramer & B. Nasson. *1914-1918-online; International Encyclopedia of the First World War*. Berlin: Freie Universität Berlin. DOI: 10.15463/ie1418.10426
- Koritschoner, H. (1937). Some East African Native Songs. *Tanganika Notes and Records*, 4, 51-64.
- Leloup, C. (2015). Maintenir une hiérarchie des races ? la Belgique face à la question de l'africanisation des cadres de la Force Publique du Congo belge (1908-1960). *Journal of Belgian History*, 45(2-3), 46-79.
- Léopold II et la Force Publique du Congo, 1885-1985. Catalogue de l'exposition au Musée royal de l'Armée et d'histoire militaire, 6 juin-1<sup>er</sup> septembre 1985*. (1985). Bruxelles : Craoca.
- Lisolo na Bisu. 'Notre histoire'. Le soldat congolais de la Force Publique, 1885-1960. Catalogue de l'exposition du 22 juin au 31 octobre 2010*. (2010). Bruxelles : Musée royal de l'Armée et d'Histoire militaire.
- Louis, W.R. (1963). *Ruanda-Urundi, 1884-1919*. Oxford: Clarendon Press.
- Louis, W.R. (1967). *Great Britain and Germany's lost Colonies, 1914-1919*. Oxford : Clarendon Press.
- Louwers, O. (1918). *Le Congo belge et le pangermanisme colonial*. Bruxelles : Larose.
- Louwers, O. (1921). *La campagne africaine de la Belgique et ses résultats politiques*. Bruxelles : Weissenbruch.
- Louwers, O. (1935). La campagne du Ruanda-Urundi. *Bulletin de l'Institut Royal Colonial Belge*, 6(1), 167-178.
- Mabiala Mantuba-Ngoma, P. (2015). La Force Publique du Congo belge et la guerre contre les Allemands en Afrique (1914-1918). In I. Ndaywel e Nziem & P. Mabiala Mantuba-Ngoma (dir.) (2015). *Le Congo belge dans la Première Guerre mondiale (1914-1918)* (pp. 101-142). Paris : L'Harmattan.
- Mabiala Mantuba-Ngoma, P. (2019). *Les soldats de Bula Matari (1885-1960). Histoire sociale de la Force Publique du Congo belge*. Éditions culturelles africaines.
- MacPherson, W.G. & Mitchell, T.J. (1924). *Medical Services. General History. Medical Services During the Operations on the Gallipoli Peninsula; in Macedonia; in Mesopotamia and North-West Persia; in East Africa; in the Aden Protectorate, and in North Africa. Ambulance Transport During the War*. Londres: His Majesty's Stationary Office.

- Marechal, Ph. (1976). Molitor en de verdediging van Belgisch-Congo (1912-1980). *Africa-Tervuren*, 22(2-3-4), 68-93.
- Marks, S. (1981). *Innocent Abroad. Belgium at the Paris Peace Conference of 1919*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Michels, E. (2006a). Deutschland einziger 'Kolonialheld' und seine 'Askaris': Paul von Lettow-Vorbek und der Feldzug in Ostafrika im Ersten Weltkrieg. *Revue d'Allemagne et des pays de langue allemande*, 38(4), 541-554.
- Michels, E. (2006b). Ein Feldzug – zwei Perspektiven? Paul von Lettow-Vorbeck's und Heinrich Schnees Erlebnisberichte über den Ersten Weltkrieg in Ostafrika. In M. Epkenhans, S. Förster & K. Hagemann (dir.), *Militärische Erinnerungskultur. Soldaten im Spiegel von Biographien, Memoiren und Selbstzeugnissen* (pp.152-168). Paderborn: Ferdinand Schöningh.
- Michels, E. (2008). *'Der Held von Deutsch-Ostafrika': Paul von Lettow-Vorbeck: Ein preußischer Kolonialoffizier*. Paderborn: Ferdinand Schöningh.
- Michels, E. (2020). General der Infanterie Paul von Lettow-Vorbek. In L. Grawe (dir.), *Die militärische Bite des Kaiserreichs. 24 Lebensläufe* (pp.176-188). Darmstadt: WBG.
- Miller, Ch. (1974). *Battle for the Bundu, the First World War in East Africa*. New York: Macmillan.
- Missionnaires infirmières (2014). *Famille Mission. Bulletin de liaison entre les Missionnaires d'Afrique et leurs familles et amis*, 2(4), p.30-36.
- Mitchell, T.J. & Smith, G.M. (1931). *Medical Services. Casualties and Medical Statistics of the Great War*. Londres: H.M. Stationary Office.
- Moulaert, G. (1922). La mobilisation industrielle belge au Tanganika en 1916. *Congo. Revue générale de la colonie belge*, 3(5), 694-712.
- Moulaert, G. (1934). *La campagne du Tanganyika (1916-1917)*. Bruxelles : L'Édition universelle.
- Moyd, M. (2011). We don't want to die for nothing: Askari at War in German East Africa. In S. Das (dir.), *Race, Empire and First World War Writing* (pp.90-107). Cambridge: Cambridge University Press
- Muller, E. (1937). *Les troupes du Katanga et les campagnes d'Afrique, 1914-1918*. Bruxelles : Office de publicité.
- Munro J. F & Savage D. (1966). Carrier Corps Recruitment in the British East Africa Protectorate, 1914-1918. *Journal of African History*, 7(2), 313-342.
- Mutamba Makombo J.-M. (2015). L'engagement de la Force Publique dans la Première Guerre mondiale (1914-1918). In I. Ndaywel e Nziem & P. Mabilia Mantuba-Ngoma (dir.), *Le Congo belge dans la Première Guerre mondiale (1914-1918)* (pp.51-62). Paris : L'Harmattan.
- Ndaywel e Nziem, I. & Mabilia Mantuba-Ngoma, P. (dir.) (2015). *Le Congo belge dans la Première Guerre mondiale (1914-1918)*. Paris : L'Harmattan.
- Ngandu Mutombo, M. (2015). La mobilisation de la main d'œuvre pour la Grande Guerre. In I. Ndaywel e Nziem. & P. Mabilia Mantuba-Ngoma (dir.), *Le Congo belge dans la Première Guerre mondiale (1914-1918)* (pp.201-215). Paris : L'Harmattan.
- Ngongo, E. (2016). 'Aucun indigène ne veut aller au front à n'importe quel prix'. Les porteurs africains dans la Grande Guerre. In P. Dejemeppe & N. Tousignant (dir.), *La guerre 14-18 en Afrique. Des mémoires repliées* (pp.43-55). Bruxelles : Commune de Saint-Gilles et Université Saint-Louis-Bruxelles.
- Ngongo, E. (2018). The Forgotten. African Soldiers and Porters of the Belgian Colonial Forces in the First World War. *Revue belge d'histoire contemporaine*, 48(1-2), 14-33.
- Ngub'Usim Mpey-Nka, R. (2010). *Pour la refondation de l'Université de Kinshasa et du Congo : faut-il recréer Lovanium*. Paris : L'Harmattan.
- Njandu Canda-Ciri (1986). L'effort de guerre 1914-1918 : coup de grâce porté à la résistance des Bashi. In *Les réactions africaines à la colonisation en Afrique centrale. Actes du*

- colloque international d'histoire, Kigali, 6-10 mai 1985* (pp.221-241), Ruhengeri : Université Nationale du Rwanda.
- Nkulikiyinka, J.-B. (2022). *Échos des monts et vallées. Chants populaires du Rwanda*. Tervuren : Africamuseum.
- Ofcansky, T. (1986). The British Medical Administration during the East African Campaign, 1914-1918. *Adler Museum*, 12(2), 12-17.
- Page, M.E. (1978). The War of Thangata. Nyasaland and the East African Campaign, 1914-1918. *Journal of African History*, 19(1), 87-100.
- Page, M.E. (dir.) (1979). The Great War and Chewa Society in Malawi. *Journal of Southern African Studies*, 6, 171-182
- Page, M.E. (dir.) (1987). *Africa and the First World War*. New York: Mac Millan Press.
- Paice, E. (2007). *World War I: the African Front*. New York: Pegasus Books.
- Paice, E. (2010). *Tip and Run: The Untold tragedy of the Great War in Africa*. London: Weidenfeld & Nicolson.
- Pesek, M. (2010). The Colonial Order Upside Down? British and Germans in East African Prisoner-of-War Camps During World War I. In U. Lindner, M. Mohring & M. Stein (dir.), *Hybrid cultures, Nervous States. Britain and Germany in a (Post)Colonial World* (pp.23-42). Amsterdam: Rodopi.
- Pesek, M. (2015). The War of Legs. Transport and Infrastructure in the East African Campaign of the First World War, 1914-18. *Transfers: Interdisciplinary Journal of Mobility Studies*, 5(2). DOI: <https://doi.org/10.3167/TRANS.2015.050207>
- Porte, R. (2006). *La conquête des colonies allemandes. Naissance et mort d'un rêve impérial*. Paris : Soteca.
- Rabeyrin Cl. (1973). *Les missionnaires du Burundi durant la guerre des gentilshommes en Afrique orientale, 1914-1918*. Langeac : Moniales dominicaines.
- Reigel, C.W. (2015). *The Last Great Safari. East Africa in World War I*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers.
- Rodhain (1919). Observations médicales recueillies parmi les troupes coloniales belges pendant leur campagne en Afrique orientale, 1914-1917. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 12, 137.
- Roussillon, S. (2021). *L'épopée coloniale allemande*. Le Chesnay : Via Romana.
- Rumiya, J. (1992). *Le Rwanda sous le régime du mandat belge (1916-1931)*. Paris : L'Harmattan.
- Ryckmans F. (2020). *Mémoires noires. Les Congolais racontent le Congo belge, 1940-1960*. Bruxelles : Racine.
- Samson, A. (2006). *Britain, South Africa, and the East Africa Campaign, 1914-1918: The Union Comes of Age*. London: Tauris.
- Samson, A. (2013). *World War I in Africa: The Forgotten Conflict Among the European Powers*. London-New York: Tauris.
- Samson, A. & Page M.E. (2020). Food and Nutrition (Africa). In U. Daniel, P. Gatrell, O. Janz, H. Jones, J. Keene, A. Kramer & B. Nasson. *1914-1918-online; International Encyclopedia of the First World War*. Berlin: Freie Universität Berlin. DOI: 10.15463/ie1418.10426
- Samson, A., Pires, A.P. & Gilfoyle, D. (dir.) (2018). *There Came a Time... Essays on the Great War in Africa*. Rickmansworth: GWAA/TSL Publications.
- Schulle-Varendorff, U. (2006). *Kolonialheld für Kaiser und Führer. General Lettow-Vorbeck. Mythos und Wirklichkeit*. Berlin : Ch. Links Verlag.
- Schulz, J. (1959). *Heia Safari. Lettow-Vorbeck's Schutztruppe kämpft in Ostafrika*, Munich: Arthur Moewig Verlag.
- Le service médical (1929). In *Les campagnes coloniales belges, 1914-1918. Tome II : La campagne de Tabora, 1916* (pp.387-399). Bruxelles : Imprimerie typographique de l'Institut cartographique militaire.

- Shorter, A. (2007). *African Recruits and Missionary Conscripts. The White Fathers and the Great War (1914-1922)*. Londres: Missionaries of Africa.
- Shorter, A. (2010). *Les Pères Blancs et la Grande Guerre. Histoire des Missionnaires d'Afrique (1914-1922)*. Londres: Missionaries of Africa.
- Singaravélou, P. (2017). Colonisations. In P. Singaravélou & S. Veynaere (dir), *Histoire du monde au XIXe siècle* (pp.235-253). Paris : Fayard.
- Singiza, D. (2018). *La Deuxième Guerre mondiale au Rwanda, 1939-1945 : impact du conflit sur les populations*. Université de Liège : thèse de doctorat en histoire, inédit.
- Stiénon, Ch. (1917). La conquête de la dernière colonie allemande. *L'illustration*, 3860, 162-166.
- Stiénon, Ch. (1918). *La campagne anglo-belge de l'Afrique orientale allemande*. Paris : Berger-Levrault.
- Strachan, H. (2004). *The First World War in Africa*. Oxford-New York: Oxford University Press.
- Taylor, C. (1992). *Milk, Honey, and Money: Changing Concepts in Rwanda Healing*. Washington DC: Smithsonian Institution Press.
- Tasnier, L. & Van Overstraeten, R. (1926). *La Belgique et la guerre. III. Les opérations militaires. Titre V : La campagne d'Afrique*. Bruxelles : Henri Bertels, 327-356.
- Taute, M. (1919). Ärztliches aus dem Kriege in Deutsch-Ostafrika. *Archiv für Schiffs-und Tropenhygiene*, 23, 523-544.
- Taute, M. (1939). A German Account of the Medical Side of the War in East Africa, 1914-1918. *Tanganika Notes and Records*, 8, p.1-20.
- Terlinden, Ch. (1932). Les campagnes belges dans l'Est africain allemand, 1914-1917. *Revue d'histoire des colonies*, 20(85), 77-98.
- Todt, D. (2023). L'État colonial et les élites africaines, une histoire de soumission ? In I. Goddeeris, A. Lauro & G. Vanthemsche (dir.), *Le Congo colonial, une histoire en question* (pp.265-278). Bruxelles : La Renaissance du livre.
- Tombeur, Ch. (1924). *Campagnes des troupes coloniales belges en Afrique centrale (1914-1918)*. Bruxelles : Notre colonie.
- Tombeur, Ch. (1935). La valeur de nos troupes coloniales pendant la guerre mondiale, 1914-1918. In *Cinquante années d'activité coloniale au Congo, 1885-1935*. Bruxelles : Avenir colonial belge.
- Triest, A., Janssens, P.G., Muyembe, T. & De Schaepdryver A. (1992). L'enseignement médical. In P.G. Janssens, M. Kivits & J. Vuylsteke (dir.), *Médecine et hygiène en Afrique centrale de 1885 à nos jours*, I, Bruxelles: Fondation Roi Baudouin, 161-193.
- Vanderlinden J. & Ryckmans P. (1988). *Inédits de Pierre Ryckmans avec une introduction et des notes*. Bruxelles : Arsom.
- Vangansbeke, J. (2006). Afrikaanse verdedigers van het Belgisch grondegebied, 1914-1918. *Belgische bijdragen tot de militaire geschiedenis*, 123-134.
- Vangansbeke, J. (2008). Comrades in Arms? Het diplomatische steekspel tussen België en het Britse Empire in Afrika tijdens de Grote Oorlog. *Revue belge d'histoire contemporaine*, 38(1-2), 131-158.
- Van Lerberghe, W. & De Brouwere, V. (2000). État et santé en Afrique. In M.E. GRUÉNAIS & R. POURTIER (dir.), *La santé en Afrique ; anciens et nouveaux défis* (pp.175-190). Paris : La Documentation française.
- Vanthemsche, G. (2009). *Le Congo belge pendant la Première Guerre mondiale. Les rapports du ministre des Colonies Jules Renkin au Roi Albert Ier, 1914-1918*, Bruxelles : Académie royale de Belgique.
- Vanthemsche, G. (2012). De verhouding tussen de katholieke kerk en de staat in koloniaal Congo (1885-1960). In D. Ruyscher, P. Hert & M. Metsenaere (dir.), *Een leven van inzet. Liber amicorum Michel Magits* (pp.197-242). Mechelen : Kluwer.

- Van Zuylen, P. (1959). *L'échiquier congolais ou le secret du Roi*. Bruxelles : Charles Dessart éditeur.
- Vaughan-Williams, H.W. (1941). Medical Services in the East African Campaign, 1916-1917. *South African Medical Journal*, 15, 9-12.
- Vellut, J.-L. (1992). La médecine européenne dans l'État Indépendant du Congo (1885-1908). In P.G. Janssens, M. Kivits & J. Vuylsteke (dir.), *Médecine et hygiène en Afrique centrale de 1885 à nos jours* (pp.61-81). Bruxelles : Fondation Roi Baudouin.
- Vellut, J.-L., Loriaux, F. & Morimont, F. (1996). *Bibliographie historique du Zaïre à l'époque coloniale (1880-1960) : travaux publiés en 1960-1996*, Louvain-la-Neuve-Tervuren.
- Vervloet, G. (1921). Le service sanitaire belge pendant la campagne de l'Est-Africain allemand. *Bulletin de la Société belge d'études coloniales*, 28(9-10), 573-578.
- Verwaest, R. (2010). La Haye sous l'Équateur. La Belgique et les lois de la guerre dans la campagne d'Afrique orientale (1914-1917). *Outre-Mers*, 97, 366-367.
- Vijgen, I. (2005). *Tussen mandaat en kolonie. Rwanda, Burundi en het Belgische bestuur in opdracht van de Volkenbond (1916-1932)*, Louvain: Acco.
- von der Heyden, E. (1922). Une nouvelle industrie. *Bulletin missionnaire*, 1(2), 13-15.
- Von Lettow-Vorbeck, P. (1920). *Heia Safari! Deutschlands Kampf in Ost-Afrika. Der Deutschen Jugend unter Mitwirkung seines Mitkämpfers Hauptmann von Ruckteschell erzählt von general von Lettow-Vorbeck*. Leipzig: R.F. Koehler.
- Waite, G.M. (1992). *A History of Traditional Medicine and Health Care in Pre-Colonial East-Central Africa*. New York: Lewiston Edwin Mellen Press.
- Weber, Capitaine (1926). Influence des facteurs politiques sur la conduite de la guerre en Afrique orientale allemande. *Bulletin belge des sciences militaires*, 7(2), 174-190.
- Weber, Capitaine (1928). L'effort belge au lac Tanganika pendant la guerre 1914-1918. *Bulletin belge des sciences militaires*, 8(6), 509-528.255-271.
- Winter, J. (2013). *La Première Guerre mondiale*. T.1 : *Combats*. Paris, Fayard.
- Wydooghe, J. (1922). L'hôpital de la Niamba. Création d'un centre hospitalier au cœur de l'Afrique pendant la guerre. *Bruxelles-Médical*, 2(20), 512-516.
- Zana Etambala, M. (2015a). La Grande Guerre et la campagne camerounaise de la Force Publique (septembre 1914-avril 1916). In I. Ndaywel e Nziem & P. Mabilia Mantuba-Ngoma (dir.), *Le Congo belge dans la Première Guerre mondiale (1914-1918)* (pp.63-100). Paris : L'Harmattan.
- Zana Etambala, M. (2015b). Les attaques allemandes et incursions tutsi : le Kivu dans la Grande Guerre (septembre 1914-mai 1915). In I. Ndaywel e Nziem & P. Mabilia Mantuba-Ngoma (dir.), *Le Congo belge dans la Première Guerre mondiale (1914-1918)* (pp.151-199). Paris : L'Harmattan.

- 
- [1] Note concernant les pertes des troupes belges établies selon les rapports du Service médical des Troupes de l'Est en février 1919 (Archives générales du Royaume, Bruxelles, dépôt Joseph Cuvelier, fonds Force Publique, dossier FP 2663). Ce dépôt d'archives sera désormais noté « AGR2 » et le fonds Force Publique sera mentionné par l'abréviation « FP ».
- [2] Pour un aperçu et une mise en perspective de l'historiographie allemande et anglo-saxonne, voir Koller, 2014.
- [3] Exposition « Loopgraven in Africa » (Ostende, Bruxelles, Anvers, 2014-2015) ; exposition itinérante « Les Congolais dans la Grande Guerre. Inconnus à cette adresse », conçue par l'Institut des Vétérans et le Musée royal de l'Afrique centrale dans le cadre du programme de commémoration 2014-2018 (Bruxelles, Anvers, Ottignies, Ostende, Namur, Tervuren, Kigali, Lubumbashi, 2016-2018).
- [4] Le lieutenant-colonel Désiré Thomas (1870-1936) dirigeait le 2<sup>e</sup> régiment de la Brigade Sud pendant la campagne de Tabora, puis la Brigade Nord à partir de la fin de l'année 1916. Ses archives, conservées au Musée royal de l'Afrique centrale (MRAC), se sont avérées riches d'informations sur les questions sanitaires (archives MRAC Tervuren, dossier HA 1983.35, Papiers Thomas). Ces archives seront désormais citées « Papiers Thomas ». Philippe Molitor (1869-1952) commandait la Brigade Nord pendant la campagne de Tabora. Emmanuel Müller (1879-1956) était commandant du 1<sup>er</sup> régiment de la Brigade Sud pendant les campagnes de Tabora et de Mahenge. Frederik Valdemar Olsen (1877-1962)

- 
- commandait la Brigade Sud pendant la campagne de Tabora, puis fut commandant en chef des Troupes de l'Est. Jean Rouling (1869-1939) était commandant de bataillon, puis il fut nommé commandant ad interim des troupes du Nord. Il fut gravement blessé lors de la bataille de Kato. Charles Tombeur (1867-1947) était le commandant en chef de l'armée coloniale belge. Les archives de ces différents officiers sont conservées au MRAC.
- [5] Alphonse De Ruddere (1885-1958) était médecin de bataillon au sein de la brigade Nord. Jérôme Rodhain (1876-1956), diplômé de l'Université de Louvain, travailla à partir de 1903 comme médecin de l'État indépendant du Congo. Pendant la Première Guerre mondiale, il fut nommé médecin en chef des Troupes de l'Est. Après la guerre, il devint médecin en chef de la Colonie jusqu'en 1925. Julien Wydooghe (1887-1944), diplômé de l'Université de Gand, médecin de 2<sup>e</sup> classe à partir de 1912 devint responsable du service de l'hygiène du 3<sup>e</sup> tronçon du *Chemin de fer du Congo supérieur aux Grands Lacs africains* en 1914. Il fut mobilisé comme médecin du « Groupe Tanganika et Service étapes » au sein de la Brigade Sud pendant le conflit.
- [6] Le « Rapport sur le fonctionnement général du Service médical des Troupes de l'Est pendant la campagne de 1917 », rédigé par le Dr Rodhain à Vernon (Eure, France) en novembre 1918, est conservé aux AGR2 (fonds FP 2661 n°1170, Bruxelles, AGR2). Ce rapport, qui sera désormais cité « Rapport Rodhain 1917 », traite de la période mars 1917-mars 1918. Son introduction évoque un autre rapport consacré à la campagne de 1916, et au regard de cette mention, une annotation au crayon questionne : « où est-il ? ». Nous n'avons pas pu localiser ce rapport à ce jour. Néanmoins, dans son rapport de 1917, Rodhain signale qu'il répète les informations concernant l'organisation générale du service médical du corps expéditionnaire.
- [7] René Martens (1891-1981), étudiant en médecine, se porta volontaire pour le front africain en 1915 et exerça les fonctions de médecin auxiliaire dans diverses unités au cours du conflit. Ses carnets de route concernent la période 1915-1919 (dossier HA.01.0289, MRAC).
- [8] Note pour les médecins de brigade rappelant les divers rapports périodiques et documents variés à fournir par les médecins des troupes, sans date ; Ordre n°14 du GQG sur les pièces mensuelles à fournir, 10 juin 1917 ; « Notes annexes au plan de bataille schématique du personnel médical des Troupes de l'Est par le médecin en chef du Service de santé des Troupes de l'Est, 14 juin 1917 (Archives africaines du ministère des Affaires étrangères, Bruxelles, fonds Gouvernement général, dossier GG 16893). Nous mentionnerons désormais ce dépôt d'archives par l'abréviation « AA » et le fonds Gouvernement général par la mention « GG ».
- [9] Ces rapports inédits sont conservés au ministère des Affaires étrangères (AA, fonds GG). Nous y avons consulté les dossiers GG 15116, 15150, 15154, 15158, 15191, 15405, 15415, 15711, 15763, 16632, 16748, 16886, 16887, 16890, 16891, 16893, 16894, 16895, 16897, 16899, 22238. D'autres rapports sont conservés aux AGR2 (dossiers FP 2449 n°1117 et 1119).
- [10] Les archives des Sœurs missionnaires de Notre-Dame d'Afrique sont conservées à la maison-mère de la congrégation à Rome. Dans cet article, elles seront mentionnées « ASMNDA-Rome ».
- [11] Les archives des Pères Blancs sont conservées à la maison-mère de la société à Rome. Nous les citerons désormais sous la mention « APB-Rome ».
- [12] Ce diaire (ASMNDA-Rome, dossier A590-08) sera désormais cité sous la mention « Journal des Sœurs infirmières ».
- [13] Le dépouillement des diaires du vicariat du Haut-Congo concerne les postes missionnaires de Baudouinville, Kasongo, Lukulu et Mpala. Pour le Rwanda, les diaires des postes de Muyaga, Mugeru, Nyundo, Rwaza et Save ont été consultés.
- [14] Pour le Katanga, nous avons exploité les rapports de Baudouinville, Kabalo, Lusaka, Lukulu, Mpala et Sola (Bruges Saint-Donat) ; pour le Kivu, ceux de Bobandana (Saint-Joseph de Pélicy), Katana (Liège Saint-Lambert), Nyagezi (Thielt Saint-Pierre), Rugari (Tongres Sainte-Marie) et Roulers Saint-Michel ; pour le Maniema, ceux de la mission de Vieux-Kasongo.
- [15] Les rapports concernant le Rwanda documentent les postes de Kabgaye, Kigali, Mibirizi, Murunda, Nyaruhengeri, Nyundo, Rambura, Rulindo, Rwaza, Save et Zaza. Ceux concernant le Burundi proviennent des postes de Buhonga, Kanyinya, Mugeru, Muyaga et Rugari.
- [16] Le dépouillement des rapports du vicariat de l'Unyanyembe concerne les postes d'Iraku, Itaga, Msalala, Ndala, Tabora, Turu, Ulungwa et Ushiroambo. Pour le vicariat du Tanganyika, nous avons exploité les rapports des postes de Chala, Kala, Karema, Kate, Mamba, Mkulwe, Mwazy, Urwira, Utinta et Zimba.
- [17] L'actuel Ouganda se trouvait à cheval sur deux circonscriptions ecclésiastiques. Nous avons consulté le rapport du poste d'Usambiro (vicariat de l'Unyanyembe) et ceux de Busubizi, Entebbe, Gayaza, Katende, Mitala, Nadangira et Rubaga (vicariat de l'Uganda).
- [18] Pour l'actuelle Zambie, nous avons dépouillé le rapport de la mission de Mpangwe, et pour le Malawi, les rapports de Bembeke, Kachebere, Likuni, Mua et Ntakataka.
- [19] Parmi les fonds photographiques documentant le travail médical, nous avons exploité au MRAC ceux de Franz Cornet (conservateur au Musée du Congo belge, qui effectua une mission de collecte de documents

- historiques au Congo belge en 1948) ; Dr Georges Mattlet (médecin de bataillon) ; lieutenant-colonel Emmanuel Molitor ; Dr René Mouchet ; major Henri Pieren ; major Jean Rouling ; lieutenant Jef Saquet ; sous-lieutenant Segers ; général Charles Tombeur ; commissaire de district André Van Iseghem ; agent militaire Robert Verhaert ; et enfin ceux du Service photographique du Ministère des Colonies. Nous avons également recouru aux photographies publiées dans divers ouvrages (notamment *Les campagnes belges d’Afrique*, 1917).
- [20] Quelques aquarelles sont insérées dans le diaire des religieuses infirmières des Carrier Hospitals en Afrique orientale (« *Journal des Sœurs infirmières* »).
- [21] Les rapports de médecins comprennent des schémas organisationnels, des cartes manuscrites et des plans d’hôpitaux : voir entre autres : Rapport Rodhain 1917 ; Plan de bataille schématique du personnel médical des troupes de l’Est par le Dr Rodhain, Kibati, 10 mai 1916 (AA, GG 16748) ; carte de la campagne de 1917, sans date (AA, GG 16890) ; carte de la position des troupes et du service médical, 4 novembre 1917 (AA, GG 16890) ; Plan de bataille schématique du personnel médical des troupes de l’Est, mai 1916 (AA, GG 16893) ; Plan d’ambulance de Mottoule au médecin en chef des troupes Nord, 31 août 1915 (AA, GG 16891) ; carte du combat de Lulanguru et installation du poste de pansement et de secours, 27 septembre 1915 (AA, GG 15158) ; plans des hôpitaux de Makala, Niemba, Albertville, etc., insérées dans le rapport du service des étapes, décembre 1916 (AA, GG 16894), etc.
- [22] Ces clichés sont conservés dans les fonds Burnet (MRAC, HP.1966.41) ; Habran (MRAC, HP.1965.14 et HP.1966.1) ; Hennebert (MRAC, HP.1966.1) ; Licot (MRAC, HP.1966.1) ; Tombeur (MRAC, HP.1958.40 et HP.1966.1) ; Verhaert (MRAC, HP.1966.1).
- [23] Fonds Service photographique du MRAC (HP.1966.1).
- [24] Entre autres les fonds du lieutenant-colonel Hill, du lieutenant Powell, du lieutenant-colonel Mann, du lieutenant-colonel Cooke, du sergent quartier-maître Richards, du volontaire de la police montée de l’Est-Africain Granville. Ces divers fonds sont accessibles en ligne sur le site de l’Imperial War Museum (<https://www.iwm.org.uk/collections/photographs>).
- [25] Georges (dit Puck) Chaudoir (1873-1930) était commandant d’une compagnie de mitrailleuses sur le front du Kivu. Il rentra en Europe en octobre 1915. Pierre Daye (1892-1960) était mitrailleur au sein des troupes du Nord. Pierre Ryckmans (1891-1959) commença la guerre sur le front de l’Yser, puis se porta volontaire pour le front africain. Il participa à la campagne du Cameroun, puis aux deux campagnes de l’Est-Africain allemand. Il poursuivit ensuite une carrière coloniale comme résident de l’Urundi, et plus tard comme gouverneur général.
- [26] Une thèse de doctorat inédite sur les combattants rwandais pendant la Seconde Guerre mondiale démontre le potentiel de ce type de sources (Singiza, 2018). Les chansons populaires, récits et gestes des royaumes d’Afrique orientale pourraient également enrichir le corpus. Les travaux de Jean-Baptiste Nkulikiyinka par exemple témoignent de leur importance pour restituer une histoire « d’en bas » (Nkulikiyinka, 2022). En Afrique orientale, des chansons relatent des viols perpétrés par des soldats des King’s African Rifles pendant la Première Guerre mondiale (Koritschoner, 1937, p.61).
- [27] Rapport Rodhain 1917, notamment aux p.57, 61, 64, 67, 83, 98, 100-101, 109, 117, 133.
- [28] Idem, p.98.
- [29] idem, p.100.
- [30] Par exemple : « Certaines données concernant les hospitalisations de Makala et Albertville, qui permettraient d’évaluer de manière précise le taux de morbidité générale pendant cette période [avril-août 1917] nous manquent » (Rapport Rodhain 1917, p.57).
- [31] Note du Dr Houssiau, chef du service de santé des Troupes de l’Est, à Durbecq, commandant du Personnel de la Ligne d’Étapes Kilossa-Mahenge pour les Services arrière et base, Ujdjidi, 4 juin 1918 (AA, GG 16890).
- [32] Note du Dr Houssiau, médecin en chef du service de santé des Troupes de l’Est, Ujdjidi, 13 juin 1918 (AA, GG 16890).
- [33] Ibidem.
- [34] Rapport Rodhain 1917, p.117.
- [35] Idem, p.64.
- [36] Idem, p.67.
- [37] Rodhain souligne que le taux de morbidité présenté dans son rapport est « un chiffre certainement inférieur à la réalité, car un nombre considérable de malades durent être soignés dans les infirmeries de bataillon » (Rapport Rodhain 1917, p.57).
- [38] Rapport Rodhain 1917, p.61.
- [39] Idem, p.83.
- [40] Idem, p.100-101.
- [41] Idem, p.57.
- [42] Idem, p.61.
- [43] Idem, p.133.

- [44] Idem, p.64.
- [45] Idem, p.109.
- [46] Note du Dr Rodhain pour le Dr Lejeune, médecin chef de service de la Brigade Sud, concernant les soins médicaux à donner aux porteurs d'origine « britannique », Dodoma, 1<sup>er</sup> août 1917 (AA, GG 16893).
- [47] Extrait d'un discours de Rutten à l'Union coloniale, 22 décembre 1923 (Habran, 1925, p.46). Martin Rutten (1876-1944) fit une carrière de magistrat dans l'EIC puis la colonie du Congo belge. De 1923 à 1927, il fut gouverneur général.
- [48] Les recherches en histoire sur les pratiques médicales traditionnelles sont encore rares pour l'Afrique centrale et orientale, contrairement à celles réalisées en anthropologie. Voir par exemple pour le Rwanda : Taylor, 1992. Pour l'Afrique orientale : Waite, 1992 ; Bruckhausen, 2010.
- [49] Liste établie à partir de la copie d'une lettre du lieutenant-colonel Molitor, commandant de la Brigade Nord, au commandant en chef, Saint-Michael [Tanzanie], 24 août 1916 (Papiers Thomas).
- [50] Rapport Rodhain 1917, p.137.
- [51] Idem, p.13.
- [52] Ambulances de guerre Congo belge. Juin 1917-avril 1919 (ASMNDA-Rome, dossier A590.08).
- [53] Ibidem.
- [54] « En Afrique, un régiment correspond en importance à une division de l'Armée métropolitaine, c'est-à-dire qu'il possède tout ce qu'il faut pour assurer sa vie propre » (De Ruddere, 1921, p.388). « Le régiment de l'armée en Afrique doit être considéré comme une grande unité : il correspond à la Division de l'Armée d'Europe en ce sens qu'il possède les différents services nécessaires à son activité propre, qu'il forme une colonne d'expédition qui peut être isolée et vivre sur elle-même et qu'il peut entamer seul une action importante : il dispose en effet de section d'Artillerie, de peloton de Génie et de services accessoires » (Fontana, 1939, p.118).
- [55] La formule « pas d'élites, pas d'ennuis » résume assez bien la philosophie des autorités coloniales belges. Le 30 juin 1960, le Congo belge ne compte que 30 diplômés de l'enseignement supérieur, et il n'y a ni médecin, ni juriste, ni officier congolais (Ryckmans, 2020, p.61). Les autorités coloniales privilégient jusqu'après la Seconde Guerre mondiale des élites traditionnelles souvent réinventées, « l'émancipation par l'éducation n'[étant] assurément pas à l'ordre du jour » (Depaepe et Lembagusala Kikumbi, 2023, p.338). L'émergence d'élites africaines « modernes » n'est significative qu'après 1945 (Todt, 2023, p.270). Cette réticence envers la formation des élites est particulièrement forte au sein de la Force Publique, où plane le souvenir des mutineries de la fin du XIXe siècle et la peur d'un retournement d'une élite militaire noire contre les Belges (Leloup, 2015, p.53).
- [56] Une des premières initiatives de formation structurée d'infirmiers africains date de 1911, via le Fonds de la Fleur de la Reine, en lien avec l'érection d'un lazaret à Léopoldville (Louwers, 1918, p.79).
- [57] Du côté britannique également, il fallut en urgence organiser un service médical intégrant des unités médicales indiennes, britanniques et anglo-indiennes, en y ajoutant plusieurs unités sanitaires africaines improvisées (MacPherson et Mitchell, 1924, p.421-422).
- [58] Giovanni Trolli (1876-1942), diplômé en médecine de l'Université de Sienne, était un vétéran de l'EIC. Il se porta volontaire au début de la guerre et fut désigné comme médecin en chef des troupes du Katanga, puis de la Brigade Sud. Après la guerre, il devint le médecin en chef des territoires occupés, puis, de 1925 à 1932, médecin en chef de la Colonie.
- [59] Par exemple, la pharmacie de la Géomines, « une mine de médicaments », est réquisitionnée dès le début de la guerre (Muller, 1937, p.44), tandis que des missionnaires font travailler leurs catéchumènes pour fabriquer des civières.
- [60] Journal des sœurs infirmières, p. 69.
- [61] Instructions du Dr Rodhain au médecin directeur de l'hôpital de base, sans date (AA, GG 15154).
- [62] Rapport de la mission de Pélichy (Kivu), vicariat du Haut-Congo, 1914, p.14 (APB-Rome).
- [63] Le pathologiste René Mouchet (1884-1967), diplômé de l'Université de Liège, travailla au laboratoire de l'État de Léopoldville (1911-1913), avant de s'engager au service de la Géomines. Volontaire au début de la guerre, il occupa le poste de médecin en chef de l'Union Minière à partir de 1915. Il termina sa carrière au service de l'État et devint médecin en chef de la Colonie en 1932. Il est à noter que les trois médecins en chef de la Colonie qui se sont succédé après la Première Guerre mondiale ont tous participé à la guerre en Afrique en tant que volontaires.
- [64] « On entend par hôpitaux des établissements sanitaires permanents et fixes. On entend par ambulances des établissements sanitaires temporaires et mobiles, qui suivent les troupes et les blessés » (*Des ambulances et des hôpitaux*, note non datée, AA, GG16886).
- [65] Le Dr Rodhain fait parvenir au Dr Trolli les premières directives réglant l'organisation du Service sanitaire des Troupes de l'Est, dans lesquelles il détaille la composition de chaque échelon, depuis le poste de pansement jusqu'à l'hôpital de base et à celui d'évacuation. Il y joint un Plan schématique du personnel médical des Troupes de l'Est (Kibati, 10 mai 1916, lettre de Rodhain à Trolli, AA, GG 16893).

- [66] Rapport du médecin du 10<sup>e</sup> bataillon sur le fonctionnement du service médical au combat de Kinyenyema, octobre 1917 (AA, GG 16890). Une carte dessinée par le médecin du 2<sup>e</sup> bataillon dans son rapport sur le combat de Lulanguru montre le positionnement du poste de pansement près de la ligne de feu et à l'abri d'un monticule rocheux, et celui du poste de secours, situé plus loin des combats (Rapport sur le fonctionnement du service médical lors du combat de Lulanguru, 9 octobre 1916, AA, GG15158).
- [67] Dr Wagner au médecin en chef des Troupes du Nord, Miragano, 29 novembre 1915 (AA, GG 16893).
- [68] Rapport établi au camp de Kibati le 29 octobre 1914 par le Dr Sirigu concernant le service d'ambulance à l'occasion du combat du 4 octobre 1914 (AA, GG 15154).
- [69] Rapport Rodhain 1917, p.11.
- [70] Dr Rodhain, médecin en chef des Troupes de l'Est, au Dr Trolli, médecin du service médical de la Brigade Sud, Premières directives réglant l'organisation du Service sanitaire des Troupes de l'Est, Kibati, 10 mai 1916 (AA, GG 16748).
- [71] Instructions concernant l'organisation du service médical par le médecin en chef des troupes de l'Est au Dr Lejeune, médecin de la Brigade sud, Udjidji. 11 juin 1917 (AA, GG 15154).
- [72] Le Dr Mottoule, médecin du 1<sup>er</sup> bataillon, donne un aperçu des constructions en paille pour son ambulance à Bineï dans une lettre adressée le 31 août 1915 au médecin en chef des troupes, lettre accompagnée d'un plan manuscrit montrant une construction aux piliers de bois et cloisons de paille et bambou de 18 m de long (AA, GG 16891).
- [73] Lettre du médecin du service des étapes au colonel Moulaert, Kigoma, 20 octobre 1916, AA, GG 16748).
- [74] Dr Rodhain, médecin en chef des Troupes de l'Est, au Dr Trolli, médecin du service médical de la Brigade Sud, Premières directives réglant l'organisation du Service sanitaire des Troupes de l'Est, Kibati, 10 mai 1916 (AA, GG 16748).
- [75] Règlement de l'hôpital de Kibati, non daté (AA, GG 15154).
- [76] Par exemple, l'hôpital de base de la Brigade Sud est installé dans les salles de catéchisme de la mission des Pères Blancs de Thielt-Saint-Pierre (Kivu) au début de l'offensive belge en Afrique orientale allemande d'avril à juillet 1916 (Rapport de la mission des Pères Blancs de Thielt-Saint-Pierre, vicariat du Haut-Congo, 1916, p.48-49, APB-Rome).
- [77] À Issavi, un hôpital est établi dans la mission des Sœurs Blanches, ainsi que dans l'église (Dr Bonstein, Rapport sur le fonctionnement de l'hôpital de base de la Brigade Nord depuis le 1<sup>er</sup> juin jusqu'au 20 octobre 1916, Tabora, 24 octobre 1916, AA, GG 16891). À Kissenyi, le Dr Sirigu investit une maison de commerce allemande pour y installer son ambulance lors du combat du 28 mai 1915 (Rapport sur le service de santé au combat de Kissenyi du 28 mai 1915, Kibati, 1<sup>er</sup> juin 1915, AA, GG 16893). Idem à Kigali (Service médical de Kigali au médecin en chef des troupes en campagne, 16 juin 1916, AA, GG 16894). Le Dr De Ruddere soigne à l'hôpital auxiliaire du Kaiserhof à Tabora les officiers et sous-officiers belges grands blessés, paludéens et hématuriques jusqu'à leur transfert à l'hôpital de Kigoma à partir d'octobre 1916 (ASMNDA-Rome A590.08/9).
- [78] Les aquarelles réalisées par les Soeurs Blanches en attestent (Journal des Sœurs infirmières).
- [79] Le Rapport du Service des Étapes de décembre 1916 comporte un plan de cet hôpital de Makala (AA, GG 16894). On y voit quatre implantations principales : quartier des dysentériques, deux quartiers pour Africains séparés de l'hôpital des Noirs, et l'hôpital des Européens.
- [80] Rapport de la mission de Roulers (Kivu), vicariat du Haut-Congo, 1916, p.51 (APB-Rome).
- [81] Instructions du gouverneur général Henry au commissaire commandant des étapes à Stanleyville, Boma, 26 septembre 1916 (AA, GG 16887) ; Rapport Rodhain 1917, p.72.
- [82] Instructions permanentes du directeur du Service de santé des Étapes aux médecins attachés aux lazarets installés sur les lignes de communication et dépendant du Service de santé des Étapes, Albertville, 15 février 1918 (AA, GG 16891).
- [83] Rapport Rodhain 1917, p.2.
- [84] Pour la seconde campagne, il manquait notamment cinq médecins chirurgiens et six médecins auxiliaires (Rapport Rodhain 1917, p. 6).
- [85] Le terme racial est employé ici en référence à la pensée véhiculée à l'époque coloniale, non à celle de l'auteur de l'article. Dans d'autres armées coloniales, telle l'armée française (Clayton, 1994) et l'armée allemande dans l'Est-Africain (Porte, 2006 ; Shorter, 2010), des Africains pouvaient devenir officiers (et même, dans le cas de l'Afrique noire française, commander des Européens).
- [86] Note de Huyghé, commandant en chef, sur les relations entre les médecins et le commandement, Udjidji, 2 mars 1916, (AA, GG 16890).
- [87] Par exemple, le Dr Costantinidi, médecin du Ve bataillon, compare dans un certificat médical rédigé 19 octobre 1916 les blessures résultant d'impacts de balles tirées par des Mauser et des fusils Gras, afin de déterminer si la blessure provient de l'ennemi ou de l'arme du soldat blessé (Papiers Thomas).
- [88] Note de Huyghé, commandant en chef, sur les relations entre les médecins et le commandement, Udjidji, 2 mars 1916, (AA, GG 16890).

- [89] Données provenant de la rubrique « Ordre de bataille » et des index biographiques des *Campagnes coloniales belges*, ainsi que de recherches biographiques effectuées en croisant *l'Annuaire officiel du Congo belge* de 1913-1914 et de 1923.
- [90] Le service médical de la Colonie comptait un bon nombre de médecins italiens, dont plus d'une vingtaine furent rappelés en avril 1915. Le Gouverneur général du Congo belge demanda au ministre des Colonies de solliciter auprès de l'Italie une dispense pour éviter une désorganisation totale (Henry à Renkin, télégramme n°124 du 29 juin 1916, AA, GG 16893). Mais Renkin n'obtint qu'un sursis de trois mois pour recruter des médecins en Belgique (Rapport de Renkin au roi Albert Ier, 1<sup>er</sup> juin au 20 juin 1915, Vanthemsche, 2009, p.59). Les médecins italiens qui avaient été engagés par l'EIC étaient les Drs Bonacina, Constantinidi, Delogu, Firelli, Sirigu, Strada, Trolli et Zerbini. Certains d'entre eux obtinrent une dérogation et continuèrent à travailler au Congo pendant la guerre.
- [91] Ce paragraphe s'appuie sur les données provenant de la rubrique « Ordre de bataille » et des index biographiques des *Campagnes coloniales belges*, ainsi que sur des recherches biographiques dans *l'Annuaire officiel du Congo belge* de 1913-1914 et celui de 1923.
- [92] Note du médecin en chef de la Brigade Sud au médecin en chef des Troupes de l'Est, Albertville, 5 juin 1918 (AA, GG 16895).
- [93] Lettre de Schepers à Thomas, Anvers, 25 février 1921 (Papiers Thomas). Paul Martin (1883-) fut médecin auxiliaire pour les Services de l'Arrière et des Bases, en charge de la quarantaine de la Brigade Sud à Malagarassi.
- [94] Les informations de ce paragraphe sont tirées de sources conservées aux archives ASMNDA à Rome : « Ambulances : Équateur, Tanganika, Congo belge... » (Dossier A590.08 ) ; Diaries des postes missionnaires des Sœurs Blanches imprimés à usage interne dans la *Chronique trimestrielle de la Société des Sœurs Missionnaires de Notre-Dame d'Afrique*, 1914-1919 ; Répertoire des religieuses de la Congrégation des Sœurs missionnaires de Notre-Dame d'Afrique (ASMNDA-Rome).
- [95] Rapport du Dr Walker au Dr Rodhain, Lukuga, 25 mai 1916 (AA, GG 16893) ; Rapport du Service médical des troupes de l'Est au médecin en chef de la Colonie, 16 juin 1916 (AA, GG 16894) ; Rapport du Service des étapes, décembre 1916 (AA, GG 16894) ; Rapport Rodhain, 1917, p. 29-30 (AGR FP 2661).
- [96] Journal des Sœurs infirmières, p.39 et 59 ; Lettre de la sœur Cyrille à la Mère Supérieure, Mombassa, 2 septembre 1917 (ASMNDA-Rome, A590.08).
- [97] Récapitulatif des affectations et fonctions des Sœurs Marie-Ange (Lucie Roy), Marie-Berchmans (Louise Dobaire) et Marie-Julie (Martha Fucker) dans les hôpitaux et ambulances belges (ASMNDA-Rome, A590-08).
- [98] Note du Gouverneur général au médecin en chef, Boma, 29 janvier 1916 (AA, GG 16893).
- [99] Voir entre autres le Rapport général du Vicariat de l'Uganda, 1917, p.42 (APB-Rome).
- [100] Instructions concernant l'organisation du Service médical, Ujijidji, 11 juin 1917 (AA, GG 15154).
- [101] Note du Gouverneur général au médecin en chef de la Colonie, Boma, 29 janvier 1916 (AA, GG 168934).
- [102] Note du médecin en chef des Troupes de l'est au médecin du 3<sup>e</sup> bataillon, Kilossa, 22 janvier 1918 (AA, GG 16895).
- [103] Dr Gérard, médecin du 1<sup>er</sup> régiment, au médecin de brigade, Tabora, 1<sup>er</sup> octobre 1916 (AA, GG 16893).
- [104] Note du médecin en chef de la Brigade Sud sur les blessés noirs de la campagne de Mahenge, sans date (AA, GG 15116).
- [105] Dr Gérard, médecin du 1<sup>er</sup> régiment, au médecin de brigade, Tabora, 1<sup>er</sup> octobre 1916 (AA, GG 16893).
- [106] « Il faut six porteurs par brancards et quatre par hamacs » (Rapport Rodhain 1917, p.10).
- [107] Dr Rodhain au Dr Bomstein, Kibati, 14 mars 1915 (AA, GG 16748).
- [108] Rapport sur les brancardiers, Makala, 25 juin 1917 (AA, GG 16891).
- [109] Rapport du médecin du 3<sup>e</sup> bataillon sur les combats, octobre 1917 (AA, GG 15116).
- [110] Rapport du médecin du 10<sup>e</sup> bataillon de la colonne Gilly sur le fonctionnement du service médical au combat de Kinyenyema/M'Tuka, 1<sup>er</sup> octobre 1917 (AA, GG 16890).
- [111] Note du Dr s'Heeren au médecin en chef des Troupes, Rutshuru, 10 avril 1916 (AA, GG 15154).
- [112] Lettre du commissaire de district de Boma au Gouverneur général, 25 août 1915 (AA, GG 16893) ; Notes semestrielles sur les Infirmiers noirs civils détachés aux troupes : évaluation pour médaille commémorative et fiches biographiques (AA, GG 16899).
- [113] Rapport du médecin auxiliaire Maertens sur le combat de Maboma, 1<sup>er</sup> septembre 1916 (AA, GG 16893) ; Notes semestrielles du Service médical, 1918, fiches individuelles (AA, GG 15158) ; Fiches personnelles (AA, GG 15150). Parmi les infirmiers diplômés qui étaient agents de la Colonie avant les campagnes : Godefroid Gongoma (Coquilhatville), Théophile Matandiku (Buta), Hyacinthe Apomato (Lusambo), Cassien Kangamu, Jacques Monkwaoko (Lisala), Alphonse Marilani (Kabinda), Lambert Kofi et Joseph Bokanga (Boma). Parmi les engagés pendant le conflit : Louis Kibonge, André Tshomba, ainsi que le soldat Patrice Lutula (Lusambo).

- [114] Note du Dr Rodhain pour l'Auditeur général du Grand Quartier général, Kilossa, 14 octobre 1917 (AA, GG 16894).
- [115] Note du lieutenant-colonel Moulaert au commandant en chef des Troupes de l'Est, Kigoma, 8 janvier 1917 (AA, GG 15150).
- [116] Rapport général des Pères Blancs du Tanganyika 1915, p.30 et 57 ; Rapport de la mission d'Utinta, Vicariat du Tanganika, 1916, p.9 (APB-Rome).
- [117] Rapport de la mission de Karema, vicariat du Tanganika, 1916, p.9 ; et 1918, p.39 (APB-Rome). Atiman décède en 1956.
- [118] Note du lieutenant-colonel Moulaert, 8 janvier 1917 (AA, GG 15150).
- [119] Rapport du Dr Bomstein, directeur de l'hôpital volant du XIII<sup>e</sup> bataillon de la Brigade Nord, Ikissu, 6 juillet 1917 (Papiers Thomas).
- [120] Note du Dr s'Heeren au commandant de la 2<sup>e</sup> Brigade, Rutshuru, 8 avril 1916 (AA, GG 15154).
- [121] Note pour les médecins de brigade rappelant les divers rapports périodiques et documents variés à fournir par les médecins des troupes. Notes annexes au plan de bataille schématique du personnel médical des Troupes de l'Est par le médecin en chef du service de santé des Troupes de l'Est, 14 juin 1917 (AA, GG 16893).
- [122] Un exemple éclairant : le Rapport du Dr Sirigu sur le fonctionnement du service d'ambulance à l'occasion du combat du 4 octobre 1914 près de Kisenyi (où 48 soldats furent blessés ou tués) comporte une liste nominative des blessés et détaille leurs blessures et fractures, Kibati, 30 octobre 1914 (AGR2, FP 2649 n°1117).
- [123] Rapport du Dr John Harold, Medical Officier, sur les soldats belges blessés pendant l'engagement du 28 juin 1915 (AA, GG 15118) ; Rapport médical du combat du Lubafu du 27 janvier 1915 par le médecin du 10<sup>e</sup> bataillon, Mirasano, 26 janvier 1915 (AA, GG 16890) ; Rapport du Dr Gérard, médecin du 1<sup>er</sup> régiment, au médecin en chef de la Brigade sud, Tabora, 1<sup>er</sup> octobre 1916 (AA, GG 16893).
- [124] Rapport du Dr Baerts au Commandant, position militaire de Saisi, 4 septembre 1915 (AA, GG 15158).
- [125] Note du Dr Boigelot au commandant du Groupe I, Abercon, 17 septembre 1915 (AA, GG 15158).
- [126] Rapport de la mission de Lusaka, vicariat du Haut-Congo, 1916, p.43 (APB-Rome).
- [127] Rapport du Dr Gérard au Dr Trolli, médecin en chef des Troupes du Sud, Pweto, 6 octobre 1915 (AA, GG 15158).
- [128] Recommandations du lieutenant-colonel Thomas au groupement de l'aile droite, sans date (Papiers Thomas).
- [129] Rapport du médecin de brigade au médecin en chef des Troupes à Tabora, Kigoma, 30 novembre 1916 (AA, GG 16893).
- [130] Rapport Rodhain 1917, p.99.
- [131] Souvenirs du Dr Maisin relatifs au voyage du VI<sup>e</sup> bataillon de Kigoma à Sikonge via Lulanguru, Gottorp, 1918 (Papiers Thomas).
- [132] Rapport sur les dernières opérations avec le XIII<sup>e</sup> bataillon par le capitaine Woodhouse, chargé de la liaison avec les troupes coloniales belges, non daté (Papiers Thomas).
- [133] Lors de la seconde campagne, la situation pharmaceutique fut sensiblement meilleure. La maîtrise du chemin de fer central permit un meilleur approvisionnement depuis l'Europe. « Il ne se produisit donc plus de pénurie de médicaments, sauf peut-être à la fin des opérations au début de 1918 » (Rapport Rodhain 1917, p.15).
- [134] Dr Trolli au Dr Rodhain, Tabora, 10 octobre 1916 (AA, GG 16893).
- [135] Rapport du Dr Martens, médecin du 7<sup>e</sup> bataillon sur le combat de Mabama, Brigade Sud, 1<sup>er</sup> septembre 1916 (AA, GG 16893).
- [136] Ibidem.
- [137] Par exemple le Journal des sœurs infirmières, p.56.
- [138] Voir par exemple le rapport de la mission de Nyundo (Rwanda), Vicariat du Kivu, 1918, p.85 (APB, Rome), évoquant des lions et léopards mangeurs d'hommes.
- [139] Rapport Rodhain 1917, p.61.
- [140] Idem, p.57.
- [141] Idem, p.61.
- [142] Ibidem.
- [143] Idem, p.84.
- [144] Dr Ferrier, « Aperçu des services que j'ai eu à remplir depuis mon arrivée au front en juillet 1915 et considérations sur la situation sanitaire des troupes du 2<sup>e</sup> Régiment », Kisaka, 18 juin 1916 (AA, GG 16890).
- [145] Décès constatés à l'hôpital volant du 2<sup>e</sup> Régiment. Considérations sur les causes de ces décès par le Dr Ferrier, 7 juillet 1916 (Papiers Thomas).

- [146] Dr Ferier, « Aperçu des services que j'ai eu à remplir depuis mon arrivée au front en juillet 1915 et considérations sur la situation sanitaire des troupes du 2<sup>e</sup> Régiment », Kisaka, 18 juin 1916 (AA, GG 16890).
- [147] (Rapport Rodhain 1917, p.103.
- [148] Ibidem.
- [149] Ordre provincial n°107 de Moulaert, commandant des Troupes du Tanganika, Albertville, 4 octobre 1916 (AA, GG 16748).
- [150] Rapport du Dr Bomstein sur le service de santé de la Réserve d'opérations des Troupes de l'Est, Nganga, 1<sup>er</sup> novembre 1917 (AA, GG 16890).
- [151] Avis et considérations du lieutenant-colonel, commandant du groupement de l'aile droite de la Brigade Sud, Kasaka, 5 juillet 1916 (Papiers Thomas).
- [152] Recommandations du Dr Ferier, Kisaka, 28 juin 1916 (AA, GG 16890).
- [153] Rapport du Dr Mottoule rédigé à Bangwe en juillet 1918, cité par Thomas dans sa Justification relative aux opérations du 6<sup>e</sup> bataillon au Nord du rail, Udjidji, 12 juillet 1918 (Papiers Thomas).
- [154] Rapport médical du médecin des étapes pour le mois de novembre 1917, Kabalo, 8 décembre 1917 (AA, GG 16890).
- [155] Justification relative aux opérations du 6<sup>e</sup> bataillon au Nord du rail, Udjidji, 12 juillet 1918 (Papiers Thomas).
- [156] Rapport Rodhain 1917, p.56.
- [157] Idem, p.61.
- [158] Idem, p.84.
- [159] Idem, p.61.
- [160] Diaire des Pères Blancs de Muyaga, 13 décembre 1916 (APB-Rome).
- [161] Rapport du Dr Bomstein sur la situation sanitaire de la Réserve d'opérations des Troupes de l'Est, Nganga, 1<sup>er</sup> novembre 1917 (AA, GG 16890).
- [162] Rapport Rodhain 1917 p.53.
- [163] Rapport sanitaire non daté de la position de Bobandana (AA, GG 15154).
- [164] Ibidem.
- [165] Dr Trolli, Rapport sanitaire des camps de la batterie Saint-Chamond et de la batterie Van Deuren, janvier 1917 (AA, GG 16880).
- [166] Rapport du Dr Bomstein sur le fonctionnement de l'hôpital volant de la Brigade Nord contre la colonne Wintgens-Naumann, 15 avril-10 septembre 1917 (AA, GG 16890).
- [167] Rapport du Dr Bomstein sur le fonctionnement du service médical de la Réserve d'opérations, 24 septembre 1917 - 7 janvier 1918 (AA, GG 16890).
- [168] Ibidem.
- [169] Lieutenant-colonel Philippe Molitor au commandant en chef, Mambali, 17 septembre 1916 (Papiers Thomas).
- [170] Instructions au commandant du 5<sup>e</sup> bataillon, Unyakuru, 3 septembre 1916 (Papiers Thomas)
- [171] Instructions de Thomas à Muller, 6 septembre 1916 (Papiers Thomas)
- [172] Rapport Rodhain 1917, p. 98 et 101.
- [173] Idem, p. 95-97.
- [174] Idem, p.82.
- [175] Idem, p.71.
- [176] Rapport mensuel du médecin en chef de la Brigade Sud pour le mois de mars 1918 (AA, GG 15116).
- [177] Par exemple le Rapport du Dr Bomstein du 16 juillet 1917 (AA, GG 16890).
- [178] Lettre du Dr Gérard, médecin du 1<sup>er</sup> régiment, au médecin en chef de la Brigade Sud, 11 septembre 1917 (AA, GG 15116). Il existe bien d'autres témoignages de ce genre. Par exemple Vanderlinden, 1988, p.46, citant le journal de Pierre Ryckmans.
- [179] Dr Ferier, « Aperçu des services que j'ai eu à remplir depuis mon arrivée au front en juillet 1915 et considérations sur la situation sanitaire des troupes du 2<sup>e</sup> Régiment », Kisaka, 18 juin 1916 (AA, GG 16890).
- [180] Rapport Rodhain 1917, p.90.
- [181] Notes du médecin en chef du service de santé des Troupes de l'Est pour le rapport de mai-juin à envoyer à M. le ministre, Dodoma, 31 juillet 1917. Situation sanitaire générale (AA, GG 16895).
- [182] Ibidem.
- [183] Ibidem.
- [184] Rapport Rodhain 1917, p. 98.
- [185] Rapport du Dr Maisin sur le fonctionnement du service médical pendant la campagne de poursuite contre la colonne Naumann, de Sikonge à Dodoma, 29 août 1917 (AA, GG 16890).
- [186] Ibidem.

- [187] Dr Trolli, Rapport du service médical de la Brigade Sud pendant le mois de juin 1916, Tabora, 10 octobre 1916 (AA, GG 16890).
- [188] Lettre du sous-lieutenant Toussaint, commandant du 2/XIII, au commandant du XIII<sup>e</sup> bataillon, Nkalama, 8 juin 1917 (Papiers Thomas) ; Rapport du Dr Maisin sur le fonctionnement du service médical pendant la campagne de poursuite contre la colonne Naumann, de Sikonge à Dodoma, 29 août 1917 (AA, GG 16890).
- [189] Rapport du Dr Maisin sur le fonctionnement du service médical pendant la poursuite contre la colonne Naumann depuis Sikonge jusqu'à Dodoma, 29 août 1917 (AA, GG 16890).
- [190] Rapport Rodhain 1917, p.53.
- [191] Idem, p.61.
- [192] Idem, p.56.
- [193] Idem, p.61.
- [194] Idem, p.84.
- [195] Note du médecin des services d'étape au colonel Moulaert, Kigoma, 20 octobre 1916 (AA, GG 16748) ; Rapport du médecin auxiliaire Lagrande au colonel Moulaert, Usumbura, 26 novembre 1916 (AA, GG 16893).
- [196] Rapport de la mission de Msalala, vicariat de l'Unyanyembe, 1916, p.9 ; rapport général du vicaire apostolique du Nyassa, 1918 p.49 (APB-Rome).
- [197] Rapport du Dr Trolli sur la situation sanitaire de la Brigade Sud, décembre 1916 (AA, GG 16894).
- [198] Rapport du Dr Trolli sur l'inspection sanitaire du 1<sup>er</sup> régiment, janvier 1917 (AA, GG 16890).
- [199] Rapport du Dr Trolli sur la situation sanitaire à la Brigade Sud, décembre 1916 (AA, GG 16894).
- [200] Rapport du médecin en chef de la Brigade Sud sur le fonctionnement du service médical de la brigade, août 1917 (AA, GG 15116).
- [201] Rapport de la mission de Zimba, vicariat du Tanganika, 1916, p.22 (APB-Rome).
- [202] Liste des prostituées et leur origine, non datée (AA, GG 16887).
- [203] Rapport du médecin responsable du service médical de Tabora au médecin inspecteur, 9 janvier 1917 (AA, GG 16887) ; Note du commissaire de police Andries au commandant de la place de Tabora, 22 novembre 1916 (AA, GG 16887).
- [204] Journal des Sœurs infirmières, p. 19.
- [205] Rapport sanitaire de la Brigade sud pendant le mois de novembre 1916, Dr Trolli (AA, GG 16893).
- [206] Rapport Rodhain 1917, p.102.
- [207] Lettre du Dr Van Goitsenhoven au commissaire de district de Kongolo, Albertville, 9 septembre 1917 (AA, GG 16891).
- [208] Rapport du Dr Bomstein, directeur de l'hôpital de Lulanguru, 2 février 1918 (AA, GG 16890)
- [209] Rapport du Dr Strada, directeur de l'hôpital d'évacuation, au médecin en chef des troupes, Kilossa, 29 septembre 1917 (AA, GG 16891)
- [210] Dr Bonacina, responsable de l'hôpital d'Albertville, au Dr Goessens, médecin chef de service, Albertville, 17 août 1916 (AA, GG 16748).
- [211] Par exemple rapport du Dr Mottoule Bangwe, juillet 1918, cité par Thomas dans sa Justification relative aux opérations du 6<sup>e</sup> bataillon au Nord du rail, Udjidji, 12 juillet 1918 (Papiers Thomas).
- [212] Bulletin du major commandant la colonne mobile des troupes de l'Est, Malongwe, 24 juin 1917 (Papiers Thomas).
- [213] Justification relative aux opérations du VI<sup>e</sup> bataillon au nord du rail par le lieutenant-colonel Thomas, Udjidji, 12 juillet 1918 (Papiers Thomas).
- [214] Rapport de la mission Notre-Dame de l'Assomption (Ruaza, Rwanda), vicariat apostolique du Kivu, 2<sup>e</sup> rapport 1917-1918 (APB-Rome).
- [215] Justification relative aux opérations du 6<sup>e</sup> bataillon au nord du rail, Udjidji, 12 juillet 2918 (Papiers Thomas).
- [216] Rapport du Dr Ferier, Kisako, 28 juin 1916 (AA, GG 16690).
- [217] Rapport du responsable de l'hôpital de base de de Bobandana, sans date (AA, GG 15154).
- [218] Carnet relié contenant les brouillons de la correspondance du Dr Rodhain. Lettres adressées aux médecins, Nyanza, 20 mai 1916 (AA, GG 16899).
- [219] Bulletin du major commandant la colonne mobile des troupes de l'Est, Malongwe, 24 juin 1917 (Papiers Thomas).
- [220] Dr Mottoule à Gottorp (cité par Thomas dans la Justification relative aux opérations du 6<sup>e</sup> bataillon au nord du rail, Udjidji, 12 juillet 1918) (Papiers Thomas).
- [221] Souvenirs du Dr Maisin relatifs au voyage du 6<sup>e</sup> bataillon de Kigoma à Sikonge, non daté (Papiers Thomas).
- [222] Télégramme de Thomas du 5 juin 1917, repris dans la Justification relative aux opérations du VI<sup>e</sup> bataillon au nord du rail par le lieutenant-colonel Thomas, Udjidji, 12 juillet 1918 (Papiers Thomas).

- 
- [223] Récapitulatif concernant la situation des porteurs dans la campagne de Mahenge par le commandant de la Brigade Nord Désiré Thomas pour le Commandant supérieur des Troupes de l'Est, Ujdjidi, 6 juillet 1918 (Papiers Thomas).
- [224] Justification relative aux opérations du VI<sup>e</sup> bataillon au nord du rail par le lieutenant-colonel Thomas, Ujdjidi, 12 juillet 1918 (Papiers Thomas).
- [225] Ibidem.
- [226] Ibidem.
- [227] Bulletin du major commandant la colonne mobile des troupes de l'Est, Malongwe, 24 juin 1917 (Papiers Thomas).
- [228] Renseignements supplémentaires sur le fonctionnement de l'hôpital volant contre les colonnes Wintgens-Naumann, sans date (AA, GG 16890).
- [229] Rapport Rodhain 1917, p.117.
- [230] Rapport du Dr Bomstein sur le fonctionnement de l'hôpital volant de la Brigade Nord contre la colonne Wintgens-Naumann, 15 avril-10 septembre 1917 (AA, GG 16890).
- [231] Rapport Rodhain 1917, p. 96.
- [232] Rapport sur la situation hygiénique du 1<sup>er</sup> régiment pendant le mois de décembre 1916 (AA, GG 16894).
- [233] Dr Trolli, Rapport d'inspection sanitaire du 1<sup>er</sup> régiment, janvier 1917 (AA, GG 16890).
- [234] Rapport sur la situation hygiénique du 1<sup>er</sup> régiment pendant le mois de décembre 1916 (AA, GG 16894).
- [235] Rapport Rodhain 1917, p. 98.
- [236] Idem, p.120 bis.
- [237] Note du Dr Rodhain concernant les porteurs belges réformés, Dar-Es-Salam, 6 décembre 1917 (AA, GG 16891).
- [238] Rapport Rodhain 1917, p. 120 bis, tableau n°15.
- [239] Rapport du Dr Lejeune sur le fonctionnement du service médical de la Brigade Sud, août 1917 (AA, GG 16891).
- [240] Par exemple, la morbidité au sein de la Brigade Sud était de 12,9% pour les soldats contre 23,5 pour les porteurs en juin 1916 (Rapport du Dr Trolli pour le mois de juin 1916, Tabora, 10 octobre 1916, AA, GG16690). À Ujdjidi en décembre 1916, elle atteint 39% (Rapport de l'hôpital d'Ujdjidi, décembre 1916, AA, GG 16894).
- [241] Rapport Rodhain 1917, p. 106.
- [242] Idem, p. 120 bis et tableau n°16, p.122.
- [243] Justification relative aux opérations du VI<sup>e</sup> bataillon au nord du rail par le lieutenant-colonel Thomas, Ujdjidi, 12 juillet 1918 (Papiers Thomas). Selon certains auteurs, les Britanniques sont plus sévères dans leurs recrutements. Par exemple, en Uganda, les médecins militaires rejettent 27.000 porteurs sur les 42.000 recrutés par les autorités administratives et doivent encore en écarter 7500 en cours de route (Hodges, 1986, p.61). Malgré tout, les pertes sont énormes.
- [244] Bulletin du major commandant la colonne mobile des troupes de l'Est, Malongwe, 24 juin 1917 (Papiers Thomas).
- [245] Note du major Bataille, État-major de la Brigade Sud, Mahenge, 28 octobre 1917 (AA, GG 16891).
- [246] Rapport du Dr Bomstein sur les porteurs militarisés de la réserve d'opérations, Nganga, 1<sup>er</sup> novembre 1917 (AA, GG 16890).
- [247] Télégramme du 12 octobre 1917 cité dans la Note du Dr Rodhain concernant les porteurs belges réformés, 10 décembre 1917 (AA, GG 16890).
- [248] Note du Dr Strada, directeur de l'hôpital d'évacuation, au Dr Rodhain, médecin en chef des troupes, Kilossa, 29 septembre 1917 (AA, GG 16891).
- [249] Note du Dr Strada, directeur de l'hôpital d'évacuation, au médecin en chef des troupes, Kilossa, 8 octobre 1917 (AA, GG 16891).
- [250] Rodhain au lieutenant-colonel en chef des Troupes de l'est, Kilossa, 8 octobre 1917 (AA, GG 16891).
- [251] Note du Dr Rodhain concernant les porteurs belges réformés, Dar-Es-Salam, 6 décembre 1917 (AA, GG 16891).
- [252] Note du colonel Huyghé et du Dr Rodhain au ministre des Colonies concernant les « porteurs originaires du Congo belge », 10 décembre 1917 (AA, GG 16891).
- [253] Rapport Rodhain 1917, p.102.
- [254] Idem, p.103.
- [255] Rapport du Dr Bomstein, Nganga, 1<sup>er</sup> novembre 1917 (AA, GG 16890).
- [256] Justification relative aux opérations du 6<sup>e</sup> bataillon au nord du rail, Ujdjidi, 12 juillet 1918 (Papiers Thomas).
- [257] Ibidem
- [258] Rapport Rodhain 1917, p. 95-97.
- [259] Idem, p. 96.
- [260] Idem, p. 95-97.

- 
- [261] *Idem*, p. 96.
- [262] Décès constatés à l'hôpital volant du 2<sup>e</sup> régiment par le Dr Ferier, directeur de l'hôpital volant et considérations sur les causes de ces décès, Kanka, 7 juillet 1916 (Papiers Thomas).
- [263] Ordre du lieutenant-colonel Thomas au commandant du VI<sup>e</sup> bataillon, Ikoma, 19 juillet 1917 (Papiers Thomas).
- [264] Rapport du médecin de brigade au médecin en chef des Troupes à Tabora, Kigoma, 30 novembre 1916 (AA, GG 16893).
- [265] Rapport du Dr Maisin sur le fonctionnement du service médical pendant la campagne contre la colonne Naumann de Sikonge à Dodoma, 29 août 1917 (AA, GG 16890).
- [266] Rapport général du vicariat du Haut-Congo, 1916, p.35 (APB-Rome).
- [267] Lagneau, commandant du 6<sup>e</sup> bataillon, compte-rendu des opérations effectuées par le 6<sup>e</sup> bataillon, Dodoma, 22 juillet 1917 (Papiers Thomas).
- [268] Lieutenant-colonel Thomas au commandant du VI<sup>e</sup> bataillon, Unyakuru, 3 septembre 1916 (Papiers Thomas).
- [269] Lieutenant-colonel Thomas au commandant de la colonne de gauche Borgerhoff, Unyakuru, 3 septembre 1916 (Papiers Thomas).
- [270] Rapport Rodhain 1917, p. 95-97.
- [271] Rapport du Dr Bomstein, Nganda, 1<sup>er</sup> novembre 12917 (AA, GG 16890)
- [272] Compte-rendu des opérations effectuées par le VI<sup>e</sup> bataillon par le commandant du VI<sup>e</sup> bataillon Lagneaux, Dodoma, 23 septembre 1917 (Papiers Thomas).
- [273] Rapport Rodhain 1917, p. 120 bis.
- [274] Rapport du responsable de la position de Bobandana, sans date (AA, GG 15154).
- [275] Thomas aux commandants et aux médecins des IV<sup>e</sup> et VII<sup>e</sup> bataillons, 29 août 1916 (Papiers Thomas). Les italiques sont d'origine.
- [276] Rapport du médecin en chef de la Brigade Sud sur le fonctionnement du service médical en août 1917 (AA, GG 15116).
- [277] Par exemple les rapports du Dr Bomstein des 16 juillet 1917 et 16 décembre 1917 (AA, GG 16890).
- [278] Télégramme du lieutenant-colonel Thomas au lieutenant Bruneau, Urambo, 16 février 1917 (Papiers Thomas).
- [279] Josué Henry de la Lindi (1869-1957) était un vétéran de l'EIC. En août 1914, il fut nommé commandant des troupes à la frontière orientale du Congo et repoussa les troupes allemandes lors de la bataille du Lubafu. En décembre 1915, à la suite de désaccords avec le ministre des Colonies sur la conduite d'une offensive dans l'Est-Africain allemand, il remit son commandement et rejoignit le front de l'Yser.
- [280] Colonel Thomas, Notes concernant les opérations d'Udjidji à Tabora par les Troupes de l'Est, pour le général major commandant en chef, Lulanguru, septembre 1916 (Papiers Thomas)
- [281] En attestent les motifs de réforme des porteurs par les médecins avec des mentions du type « moins de 16 ans », « trop âgé », « très âgé », etc. (Liste des porteurs réformés par le directeur de l'hôpital de Kilossa depuis le 21 juillet jusqu'au 31 octobre 1917 (AA, GG 16891).
- [282] Émile Lejeune (1886-1962)<sup>2</sup>, diplômé de l'Université de Liège, fit toute sa carrière au Katanga à partir de 1911. D'abord médecin de bataillon, il fut ensuite le médecin de la brigade Sud. Après la guerre, il devint médecin provincial du Katanga.
- [283] Huyghé, commandant en chef, au colonel commandant en chef, Kigoma, 13 février 1918 (AA, GG 16895). Nous n'avons malheureusement pas retrouvé le document du Dr Lejeune dans les archives, mais il est vrai qu'une partie est fortement altérée par les poissons d'argent, les moisissures, des dégâts des eaux...
- [284] Huyghé, commandant en chef, au colonel commandant en chef, Kigoma, 13 février 1918 (AA, GG 16895).
- [285] « Renkin était partisan d'une attitude plus offensive en Afrique, car il voulait obtenir des 'gages' territoriaux en vue d'un règlement de paix plus favorable à la Belgique à l'issue du conflit » (Vanthemsche, 2009, p. xix).
- [286] Rapport du médecin en chef du service médical de la Brigade Sud, août 1917 (AA, GG 15116).