

L'OFFRE MEDICALE CONFESIONNELLE EN HAUTE-VOLTA, 1947-1960 : ENTRE ŒUVRE SOCIALE ET PROSELYTISME RELIGIEUX.

Worondjilé HIEN

Doctorant à l'Université Joseph Ki-Zerbo de Ouagadougou (Burkina Faso)
hienworondjile@gmail.com

Résumé

À la reconstitution de la Haute-Volta en 1947, les difficultés socioéconomiques réapparurent et se posèrent avec plus d'acuité qu'auparavant. Le secteur sanitaire était le plus affecté et nécessitait des plans d'action d'urgence pour être à même de fournir un paquet minimum de soins aux populations. Les autorités initièrent plusieurs politiques de développement afin de rendre le territoire viable. Les plans d'équipement du territoire en matériels médicaux et infrastructures sanitaires se révélèrent limités et la Santé publique n'était pas en mesure de satisfaire seule les besoins en santé de la population. Elle renouvela et intensifia la collaboration avec les Missions chrétiennes installées dans la colonie et qui jouissaient d'une longue et solide expérience dans l'offre des soins médicaux. Cet article décrit les mécanismes des rapports mutuels engendrés par la collaboration entre les Missions et l'administration pour résoudre les énigmes sanitaires. En fait, les Missions avaient, dans leur stratégie d'évangélisation érigé des dispensaires qui prodiguaient des soins aux consultants et servaient aux missionnaires de canal de contact avec leurs auditeurs et de diffusion de l'évangile. Le service sanitaire confessionnel devint un partenaire clé du service public et eut pour résultats de bénéficier aux politiques coloniales de la France en Haute-Volta, mais, surtout renforça les prestations des dispensaires confessionnels, leur offrant le statut de leader à certains niveaux. Le succès médical augmenta l'audience du discours religieux auprès des populations et contribua nettement à l'expansion du christianisme, notamment le catholicisme dont la méthode avait permis de créer le plus de dispensaires.

Mots-clés : Haute-Volta, dispensaire, santé, missions

Abstract

When Upper Volta was reconstituted in 1947, socio-economic issues emerged again and became more acute than before. The most affected sector was health, requiring emergency action plans to supply the population with the minimum health care package. The authorities set up several development policies to make the territory viable. Plans to provide the territory with medical equipment and health infrastructure were limited, and public health alone was not in a position to meet the population's health needs. Hence, they renewed and intensified their collaboration with the Christian Missions in the colony, which had a long and solid experience in providing medical assistance. This article describes the mechanisms of the mutual relationships between the Missions and the administration in order to solve health issues. In fact, the Missions had, as part of their evangelization strategy, built clinics that provided care for the patients and served as a channel for the missionaries to be in touch with their audience and to spreading the gospel. The church health service became a key partner of the public service and benefited France's colonial policies

in Upper Volta, but also strengthened the church clinic services, giving them leadership status at certain levels. The medical success increased the audience of the religious speeches and significantly contributed to the expansion of the Christian faith, particularly Catholicism, which method had allowed the creation of more clinics.

Keywords: Upper Volta, clinics, health, missions

Introduction

La colonie de la Haute-Volta, actuel Burkina Faso, a connu une existence tumultueuse contrairement aux autres colonies constituant l'Afrique Occidentale Française (A. O. F.). Elle fut créée en 1919 puis supprimée treize ans plus tard, en 1932 pour insuffisance de résultats économiques. Ses territoires furent morcelés et intégrés aux colonies de la Côte-d'Ivoire, du Soudan et du Niger. En 1947, les différentes démarches et luttes initiées plusieurs années plus tôt par les leaders politiques, les chefs coutumiers et religieux aboutirent à sa reconstitution en tant que colonie. Cette évolution sinueuse affecta de manière spécifique toutes les politiques de développement économique de la colonie reconstituée. Les nouvelles autorités locales en charges de son administration héritent d'un territoire à la case départ. Sur le plan sanitaire, le besoin en équipements était encore plus criant. Les populations vivaient toujours sous la menace d'épidémies ou d'endémio-épidémies. La priorité accordée au secteur de la santé dans l'élaboration du budget et les plans d'acquisition des équipements et infrastructures médicaux adoptés comme solution au problème, ne suffirent pas pour réduire le déficit.

Dans ce difficile contexte d'après-guerre, les institutions religieuses notamment les Missions d'évangélisation catholiques installées sur le territoire depuis 1900 et celles protestantes à partir de 1921 et, très actives dans le domaine de la santé dès leurs premières années d'installation, constituèrent des partenaires fondamentaux par l'implantation d'un service médical. Cependant, la création des dispensaires par les Missions s'inscrivaient en premier lieu dans la logique de faire prospérer l'évangélisation consistant à la conversion des âmes. En deuxième lieu, le manque d'équipements et d'infrastructures, qui leur était propre obligea les dispensaires confessionnels à une collaboration étroite avec l'autorité publique coloniale. Elle les conduisit à un second rôle tout autant important que le premier, celui de préparer les peuples voltaïques à l'acceptation de la biomédecine. L'objectif du présent article, en premier

ressort, est d'analyser la réoccupation de l'espace public voltaïque via les centres de santé après la reconstitution du territoire par les Missions d'évangélisation et les implications socioculturelles induites. En dernier ressort, nous tirerons les conséquences notamment religieuses de l'évangélisation par les soins médicaux. Les informations essentielles employées à la rédaction du texte proviennent des archives du Centre National des Archives du Burkina Faso (CNABF) de Ouagadougou et des Archives de l'Archevêché de Ouagadougou (AAO). Cependant, pour la critique de ces informations, nous ne nous sommes pas limités à une analyse introspective des données archivistiques seulement. En période coloniale, le phénomène religieux étant très fortement tributaire du cadre politique dans lequel il évoluait et les œuvres sociales dont étaient porteuses les Missions, expression du principe d'existence même du christianisme, nous avons recours à des ouvrages et articles spécialisés. Nous avons marqué un arrêt particulier sur ceux qui discutent le fonctionnement du christianisme, la politique religieuse de la France pendant la colonisation et qui mettent en exergue les rapports entre l'administration coloniale et les congrégations. Evidemment, la consultation des travaux antérieurs a permis de mieux cerner le fonctionnement interne des Missions en Afrique colonisée et partant, de pouvoir déterminer le caractère prosélyte de certaines offres sanitaires confessionnelles auxquelles le leadership religieux tenta d'attribuer une dimension purement humanitaire.

1- Le dynamisme des soins médicaux confessionnels

Les soins médicaux offerts par les missions religieuses ont évolué conformément aux conditions et contextes dans lesquels ils étaient exercés. En Haute-Volta, l'évolution des prestations resta tributaire, en premier, de la disponibilité du personnel soignant et en second, des progrès thérapeutiques opérés.

1-1- L'action médicale religieuse dans la colonie de Haute-Volta

Les investissements des missions chrétiennes dans le domaine de la santé sont allés de l'humanisme informel à des centres de santé formels prestant service dans les règles de la médecine moderne. Les offres médicales proposées par les équipes missionnaires, essentiellement

masculine, au départ, se faisaient de manière fortuite à l'intérieure des stations et lors des tournées apostoliques dans les villages environnants. Mais l'intention d'établir, plus tard, un service de santé digne de ce nom n'a pas été fortuite. Comme l'a évoqué Jean-Marie Sédès, les soins médicaux, depuis le début des missions d'évangélisation, constituent un « puissant levier » (Sédès, 1950 : 102) d'un apostolat qui se voulait brillant auprès des populations non chrétiennes et le rempart de sauvegarde de la santé des missionnaires eux-mêmes. Les kits médicaux qu'emportaient toujours les missionnaires chrétiens ou les sommaires initiations en médecine dont ils étaient bénéficiaires servaient d'abord à leurs propres soins, afin de leur permettre de survivre à la fièvre, au paludisme, etc., légendaires fossoyeurs de la vie de plusieurs centaines d'Européens lors de la conquête et aux heures matinales de la colonisation. Mais une fois sur les champs missionnaires, la fonction de catalyseur et de formalisation de l'œuvre sanitaire du message évangélique, qui, à l'état, demeurait assez abstrait, a poussé les prélats à partager également leur trousseau médical avec les autochtones. En effet, l'objectif étant de mouvoir et d'émouvoir les populations vers leur apostolat, le choix des personnes à soigner était porté sur les couches les plus fragiles, dont l'assistance réveillera la sensibilité de tout l'entourage.

Ainsi, dès les premières heures de l'évangélisation, les prêtres catholiques s'engagèrent à composer avec le peu de matériels et les modestes connaissances médicales à leur disposition. Ils construisirent, quelque temps après leur installation à Koupéla, un modique dépôt pharmaceutique suivi en 1901 d'une paillote abritant des lépreux et des personnes de troisième âge (Bouron, 2012 : 106) qui avaient besoins d'assistance sociale. Sans exagérer, l'on remarque que la santé et l'assistance sociale leur avaient servi d'éléments d'intégration en plus d'être une sorte d'appât jetée à leurs hôtes. Toutefois, l'engagement pastoral et les contraintes matérielles et techniques ne permirent pas aux missionnaires d'instaurer tout de suite un service médical formel. L'arrivée en 1912 des Sœurs Missionnaires de Notre-Dame d'Afrique aux côtés des Pères Blancs dans la mission évangélisatrice de la Haute-Volta marqua le début d'une structuration formelle de l'action sanitaire religieuse comme un service à part entière de l'évangélisation. Cette arrivée des religieuses eut un double avantage ; les Pères Blancs purent se consacrer entièrement à leurs activités apostoliques itinérantes dans les villages et à l'exercice des confessions quotidiennes. Quant au service

médico-social accompagnant le catéchuménat, il fut confié aux Sœurs qui en faisaient désormais leur tâche principale. Cette « division du travail » favorisa à la fois l'expansion de la christianisation et l'action sanitaire : les deux missions se nourrissant l'une du développement de l'autre. Le catholicisme gagna du terrain si bien qu'autour de chaque station missionnaire naissait « un espace catholique », d'où émergeait souvent un dispensaire, facteur d'une « identité chrétienne en formation » (Bouron, 2012 : 107). Ainsi, l'infirmerie fut lancée en 1913 et devint plus tard le plus grand succès médical de la mission. Elle se spécialisa dans les soins ophtalmologiques en 1932 avec l'arrivée du Père médecin Louis Goarnisson.

Les protestants se sont investis dans le domaine de la santé à la fin des années 1940. C'est le couple missionnaire français des Assemblées de Dieu, M. et Mme Dupret, qui ouvrit les portes d'une infirmerie au sein de l'école protestante en octobre 1949. Les modestes soins prodigués aux élèves se déroulaient d'abord sous un néré. En quelques mois, le service dépassa le cadre des écoliers et élèves pour intéresser les populations riveraines qui souffraient de nombreuses infections liées à leur proximité avec une mare devenue aujourd'hui le barrage de Tanghin. En 1952, l'infirmerie bénéficia d'un bâtiment en banco où étaient soignés les malades. Ses offres s'élargirent très rapidement et le statut de dispensaire lui fut officiellement accordé par l'administration à travers un arrêté du 28 juillet 1953. Les visées prosélytes du dispensaire poussèrent le couple Dupret à offrir des soins dans les domiciles des malades riverains. Cette démarche n'était pas une pratique isolée de la Mission des Assemblées de Dieu. La *Sudan Interior Mission* (SIM) installée en pays gourmantché dans l'Est de la colonie, à partir de 1930, avait préalablement commencé à offrir des soins aux populations par l'intermédiaire de Mademoiselle Black, une infirmière diplômée qui faisait le travail avec compétence et dévouement auprès de la population (CNABF, 1950, Dossier 37V119). La *World Evangelisation Crusade* (WEC) qui œuvrait dans le cercle de Gaoua, au Sud-Ouest avait fait également recours aux soins médicaux à domicile. Ce fut une pratique par laquelle les missionnaires de la WEC suscitèrent d'ailleurs les premiers adhérents.

1-2- Lien entre l'action médicale religieuse et la politique coloniale en Haute-Volta

Le lien entre la colonisation et la mission d'évangélisation se situe à deux niveaux. Il y a le lien de *nature*. Nous disons un lien de nature, non pas que c'était un lien originel sans l'effort des protagonistes en présence, mais c'était un rapport qui s'était imposé par les objectifs des deux entreprises. Étant toutes des initiatives des Européens ou du moins des occidentaux ayant les mêmes fondements culturels, qui emploient la même grille de perception du monde et dont, l'objectif de leur venue en Afrique était de changer l'Homme africain en un « Homme nouveau » quelle que soit la nouveauté, elles ne pouvaient mener une vie distante l'une de l'autre. Enfin, on note le lien complice que l'on peut aujourd'hui définir comme la programmation de l'une de faire appel à l'autre pour réaliser ses plans en dépit des éventuels inconvénients que l'association aurait sur les populations locales. Parfois, le lien complice se créait de manière passive avec la « bénédiction » que recevait l'une dans ses tentatives forcées d'exécuter son programme par l'autre, qui y voyait dans l'accomplissement, la réalisation du sien. Leurs entreprises avaient eu un impact négatif sur les cultures africaines, dont ils dénonçaient du reste le caractère primitif et qualifiaient les Africains de sauvages qui s'adonnaient à des pratiques sataniques et superstitieuses (Somé, 2012 : 26). Chaque groupe de missionnaires ou de chercheurs occidentaux se voyaient ainsi en mission pour apporter les lumières de la « Civilisation » aux Africains. Claude Prudhomme, citant le *Mémoire sur les missions des Noirs* de Libermann, précise que Mission et civilisation sont inséparables. Il justifie sa position par deux principes. Le premier principe est que la construction d'une foi stable sur laquelle allait se reposer les Églises qui naissaient en Afrique était fortement tributaire du « secours de la civilisation perfectionnée » (Prudhomme, 2005 : 26). Cela, parce que les missionnaires ne doivent pas seulement apporter le salut aux Africains, il y avait plutôt urgence de compléter la prédication spirituelle par la technique, fer de lance du changement recherché. Le deuxième principe est construit sur la persuasion du missionnaire qui croit que « la civilisation est impossible » (Prudhomme, 2005 : 26) sans la foi. Ainsi, Prudhomme est convaincu que le rôle d'accompagnement joué par les missionnaires dans l'exploitation coloniale a pu éviter bien des dérives. Mais en suivant les faits, il apparaît que dans la réalité, les missions ont

exercé souvent comme des auxiliaires de l'administration et sont par là même des complices de l'oppression coloniale.

Magloire Somé a montré qu'en Haute-Volta, l'Etat colonial de façon générale avait été favorable à l'entreprise missionnaire, particulièrement catholique, en dépit des conflits qui éclatèrent sur la question du respect des coutumes et d'une politique coloniale jugée favorable à l'islam. En effet, les missions catholiques, au contraire des missions protestantes d'origine américaine, se présentaient comme les seuls capables de diffuser l'influence française auprès des populations (Somé, 2015(a) : 145-167). Ce qui a donné lieu à une collaboration faite de discontinuités, de ruptures et parfois d'oppositions conflictuelles. Partant de son constat il est malaisé de parler de complicité tous azimuts entre les deux institutions, comparativement à d'autres contrées africaines où les missions chrétiennes ont joué sans conteste le rôle d'auxiliaires de l'administration coloniale (Somé, 2015(b)). Toutefois, pour nous, en contournant les positions et discours officiels pour considérer le traitement des faits, la complicité entre missions catholiques et l'administration coloniale n'est pas à exclure. Les difficultés (ruptures et discontinuités) dont il est question relèvent de la logique des rapports interhumains ou interinstitutionnels. Dans tous les cas, l'administration française, qui était toujours en lutte avec certains groupes notamment les peuples des cercles de Gaoua, de Diébougou et de Dédougou dans le processus de pacification, avait eu besoin et avait employé le christianisme et ses différentes œuvres sociales comme voie de recours, même si les résultats attendus ne furent pas ceux obtenus. Les autorités étaient persuadées que le christianisme demeurerait un ferment de changements et que le travail d'ébranlement des convictions qu'opérait la conversion, notamment la conversion au moyen de l'action sociale participait à la construction d'un espace mental réceptif de la civilisation occidentale. Aussi, les autorités administratives françaises avaient toujours considéré l'action sanitaire confessionnelle comme un service auxiliaire des outils de la colonisation, surtout au lendemain de la conférence de Brazzaville, qui a fait de la politique de santé un moyen majeur de légitimation de la mission civilisatrice. Alors, la fondation de dispensaires chrétiens participait à la réalisation des ambitions coloniales, car ceux-ci participaient à la mise en œuvre des programmes de santé publique. En Haute-Volta, les congrégations favorisèrent « ainsi par leur patiente sollicitude, l'appropriation des populations dont elles

gagnèrent la confiance, et leur propagande contribue puissamment au rayonnement de la pensée et de l'influence française » (Bouron, 2012 : 107). Telle était l'apport exprès ou tacite de l'œuvre sanitaire confessionnelle à la marche de la colonisation. Les autorités françaises ont d'ailleurs porté les plus grandes distinctions honorifiques au personnel soignant catholique (Bouron, 2010 : 74), certainement pour les services rendus pour la survie de plusieurs milliers de personnes mais aussi pour leur coup de propulsion portée à la construction d'une image positive de la France auprès de nombreux voltaïques.

1-3- L'évolution numérique des centres de santé confessionnels

Dès la reconstitution de la Haute-Volta, les nouvelles autorités, pour une bonne organisation du service de la santé, ont rapidement recensé de façon exhaustive les dispensaires de la colonie et ont établi une liste nominale de ceux-ci. Dans un tableau présentant 65 dispensaires, 9 étaient confessionnels, dont huit étaient catholiques et un protestant. En 1950, soit trois ans après, de nouveaux décomptes attribuent aux structures missionnaires 2 maternités, 1 dispensaire ophtalmologique et 19 dispensaires (CNABF 1950, Dossier 37V12). Les chiffres ont doublé. De toute évidence, ces dernières données avaient comptabilisé des centres de soins non encore reconnus officiellement, mais bénéficiant de l'approvisionnement en médicaments du fait de l'importance de leurs offres médicales. C'est aussi une marque que les Missions avaient multiplié la création des dispensaires. Les nombres fournis par Jean-Marie Bouron pour l'année 1951, bien que proches de ceux du rapport de l'année précédente, montrent un léger décalage. Evoquant spécifiquement les formations sanitaires catholiques, il souligne que d'un nombre total de 20 formations, seulement 3 étaient toujours à la charge de la mission alors que 17 étaient intégrés ou en phase d'intégration au sein de l'Assistance Médicale aux Indigènes (AMI) (Bouron, 2010 : 111) créée le 8 février 1905 par arrêté du Gouverneur général de l'AOF. Cependant, des fonds de documents révèlent que des dispensaires confessionnels ont continué de se créer même à quelques pas de l'indépendance. Les dispensaires de Tikonti, de Kologh-Naba tous de l'initiative de la Mission catholique sont de ceux-là.

Au reste, les motifs de création desdits dispensaires au lendemain de la reconstitution diffèrent des protestants aux catholiques. Les missions protestantes se penchaient plus sur les aspects religieux, attitude qui

tendait à démontrer leur neutralité par rapport au politique et aux affaires touchant la sensibilité nationaliste de la France. Mais, visiblement, ce n'était qu'une intention ; dans les faits, tous les domaines de la vie courante des sociétés évangélisées n'ont pas échappé au processus de transfert culturel. Quant aux Missions catholiques, elles, mettaient régulièrement en avant les avantages sociaux de leurs actions et n'hésitaient pas à rappeler le rôle cardinal que pouvaient jouer leurs établissements dans la mise à exécution de la politique sanitaire officielle et la promotion de l'image de la France. Cette posture des leaders catholiques de l'époque, n'était, d'ailleurs, qu'un aspect d'une démarche générale consistant, par le moyen des œuvres sociales, à transférer la modernité au sein de la communauté chrétienne. Magloire Somé note que les acteurs espéraient fermement que le processus produirait des chrétiens modèles, qui fussent à mesure d'attirer plus de conversions. A propos, il écrit que l'entreprise de l'action sociale méticuleusement suscitée et entretenue par les Pères Blancs avait en vue « l'évolution des sociétés qu'ils évangélisaient vers la modernité en espérant que le christianisme y occuperait une place de choix. (...) Le catéchiste devait être un modèle-type de réussite sociale et morale afin d'attirer d'autres Africains dans le christianisme » (Somé, 2016 : 268). Donc, il fallait moderniser le chrétien pour gagner d'autres ; un tel projet avait influencé la répartition géographique des dispensaires appartenant aux Missions.

La répartition géographique des structures confessionnelles était fort dépendante de l'occupation missionnaire du territoire voltaïque. Conformément à leur but apostolique, celui de prêcher aux Voltaïques et les convertir à l'évangile, les missionnaires avaient une préférence pour les confins du territoire après qu'ils aient pu établir une base à la fois administrative et religieuse dans un grand centre. Suivant cette logique, les dispensaires tenus par les instances religieuses étaient pour la plupart situés en zones rurales. Toutefois, dans les régions urbanisées où étaient implantées de grandes communautés religieuses concentrant l'essentiel des responsables et dirigeants, on y trouvait des formations médicales modèles, comme le dispensaire de Dissin dans la circonscription de Diébougou (Dore-Audibert, 1999 : 293). Aussi, les centres sanitaires confessionnels ont demeuré tout au long de la colonisation, concentrés dans les zones évangélisées.

2- Les services offerts dans les dispensaires confessionnels

Les structures confessionnelles mettaient à la disposition des populations africaines, ainsi qu'européennes une variété de services allant des plus élémentaires comme la distribution de médicaments à la chirurgie oculaire en passant par les activités de prévention. Leur personnel soignant ainsi que leurs dispensaires avaient contribué énormément à la formation des agents publics.

2-1- La collaboration pour la formation du personnel

Les marques de la collaboration franche entre les structures confessionnelles et l'autorité sanitaire publique se perçoivent à plusieurs niveaux. Les centres religieux s'étaient soumis à l'autorité publique. En retour, celle-ci ne manquait pas, à leur endroit, d'éloges soutenus par des subventions gracieuses en médicaments ou souvent financières depuis la création du Fonds d'Investissements et de Développement Economique et Social (FIDES) par la loi du 30 avril 1946. Les services publics, habituellement, recouraient aux compétences missionnaires lors des crises sanitaires, notamment en cas d'épidémie. Alors, le personnel confessionnel assurait une partie des soins à donner aux malades et devenait pour peu un apport indispensable aux services publics dans la lutte contre les foyers épidémiques. Ce n'est donc pas étonnant de lire des notes de reconnaissance de la part des autorités administratives employant des termes élogieux comme « dévouement », « sollicitude » à l'endroit de l'action des Missions. La collaboration de la Mission catholique s'est traduite par une offre de services de type basique. C'est au niveau de la formation des infirmiers que la contribution s'est montrée formelle et indispensable. En la matière, le Père médecin Jean-Louis Goarnisson reste le symbole de la collaboration académique entre l'administration coloniale de la Haute-Volta et les institutions religieuses dans le secteur de la santé. Paul Pauliat avance qu'il était sans doute celui qui représentait le mieux l'unité entre mission et civilisation (Pauliat, 1995 : 538). Bien que son action sanitaire fût orientée vers l'apostolat, le père Goarnisson fut très utile au secteur public. Dès son arrivée en 1931 à Ouagadougou, il fut chargé du laboratoire bactériologie de la colonie. D'ailleurs, le Père était le seul résident qui offrait des cours aux sœurs infirmières. Plus tard, les élèves infirmiers recrutés par concours

recevaient, sous sa direction, les cours sous forme de séminaires et suivaient leur stage pratique dans les ambulances de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso. Les infirmiers spécialisés en chirurgie, bactériologie, pharmacie et hygiène effectuaient leur stage uniquement à Bobo-Dioulasso, dans les laboratoires du Service général Autonome d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SGHMP) et à la Pharmacie d'Approvisionnement. En 1948, le père Goarnisson fait une publication majeure, fruit de 17 ans de pratique médicale essentiellement tropicale, le *guide médical africain*. La valeur scientifique on ne peut plus claire et son utilité pratique contribuèrent largement à l'obtention de résultats thérapeutiques efficaces dans les centres de soins en Haute-Volta et dans toute l'AOF. Au plan mondial, le guide fut reconnu et adopté par l'OMS, qui la sélectionna et l'adopta comme manuel de formation des infirmiers francophones. C'était un manuel qui assurait par sa disponibilité et accessibilité scientifique la formation continue des infirmiers.

Les missions protestantes ne furent pas moins coopératives. Contrairement à la collaboration des catholiques marquée de temps à autre par des incompréhensions avec l'administration, les responsables protestants des missions américaines s'étaient voulu politiquement neutres afin d'éviter toute altercation avec l'autorité, fait qui nuirait à l'évangélisation, premier objectif de leur présence. Pour maintenir ce standard de collaboration, elles se sont attachées à montrer leur bonne foi d'impartialité au sujet des événements politiques et diplomatiques. Succinctement, leur coopération avec l'autorité coloniale locale demeura plutôt tacite.

2-2- Les soins

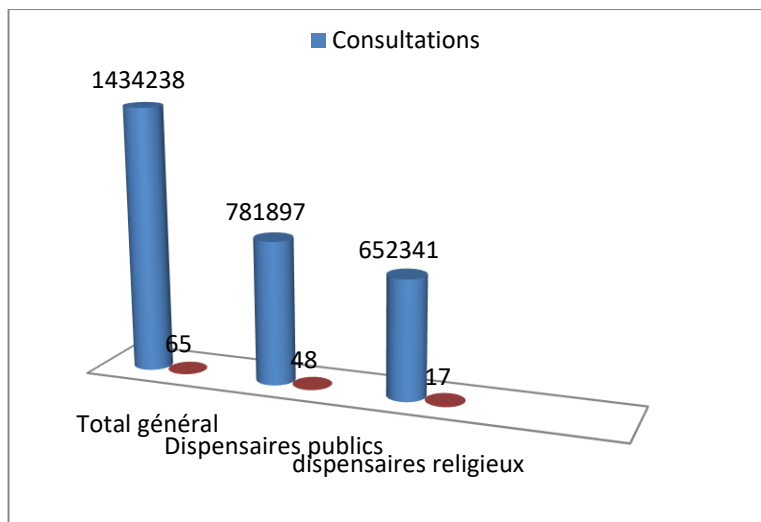
Les soins, dans les dispensaires confessionnels, étaient prodigués par les occidentaux, notamment les missionnaires européens et américains et du personnel africain (sœurs religieuses et laïcs bénévoles). Au fil des ans, les responsables ont procédé à une réorganisation du personnel soignant, confiant à chaque catégorie d'agents des tâches plus ou moins précises. Le personnel féminin catholique ou protestant appelé à la rescousse fut assigné au travail d'assistance sociale et surtout, aux tâches de soins médicaux. Les prêtres et pasteurs se sont davantage adonnés aux prêches religieux et aux responsabilités de commandement plus qu'à l'activité médicale elle-même. Les dispensaires religieux, à l'instar des dispensaires AMI, distribuaient les médicaments à titre préventif et curatif,

procédaient aux pansements des plaies et avaient disposé des lits d'hospitalisation ou surtout de mise en observation des patients gravement atteints. Ainsi, les champs missionnaires étaient devenus une sorte de laboratoire d'expérimentations médicales et surtout pharmaceutiques. Du reste, les dispensaires religieux, même ceux situés en rase campagne, délivraient souvent des services largement au-dessus de ceux qu'ils sont censés donner. Selon le médecin chef du cercle de Fada N'Gourma, le dispensaire de Tikonti, situé dans la préfecture Apostolique de Niamey, traitait, sous l'égide d'une infirmière appuyée par les pères lors de leurs tournées apostoliques, une dizaine de maladies et de familles de maladies au profit de 3 000 habitants (CNABF, 1950, Dossier 37V119). En plus, l'on note les services d'urgence sanitaire que délivraient les structures confessionnelles à l'occasion des épidémies : le personnel des centres confessionnels était constamment sollicité afin d'augmenter l'offre sanitaires. En plus, le dispensaire ophtalmologique de Ouagadougou offrait, en spécialité, le service de soins et d'opération des yeux, une offre essentielle dont ne disposaient pas les établissements publics. Ces différents actes médicaux n'étaient pas que diversifiés, ils étaient en quantité et de qualité.

Parlant de la qualité du service des structures religieuses, l'administration coloniale avait trouvé que les dispensaires confessionnels étaient tenus par un personnel « suffisamment qualifié », qui assurait la diffusion souhaitable des soins médicaux dans les régions de brousse et répondait à l'intérêt général français (CNABF, 1948, Dossier 37V119). Aussi, le Gouverneur recommanda-t-il désormais que l'autorisation d'ouverture puis la reconnaissance des dispensaires privés par les autorités fussent soumises aux conditions de qualité et d'utilité publique. Ce qui supposait que tout dispensaire confessionnel recevant une autorisation d'ouverture, doit disposer d'un agent ayant bénéficié d'une formation technique appropriée. En la matière, les responsables religieux ne lésinaient pas et avaient toujours parmi les équipes missionnaires un personnel religieux ou laïc qui disposait de connaissances médicales formellement acquises.

2-3- L'affluence dans les centres confessionnels

Figure :1 Fréquentation des dispensaires religieux en 1947



Source : CNABF 37V9 & 37V11

Pour élaborer le graphique illustratif ci-dessus représenté, nous avons recouru à la liste des dispensaires de la Haute-Volta et les totaux annuels de leurs consultations de 1947 et à la précision qu'apporte la liste de 1949. Ce qui donne un nombre final de 17 dispensaires missionnaires sur un total de 65 dispensaires, soit moins du tiers. Mais en termes de consultations, la part des centres confessionnels passe à 45,48%, ce qui n'est pas loin de la moitié. Seulement, ce fort pourcentage peut à la fois être des chiffres exagérés ou représenter un total à la baisse des services. Car, il arrive que plusieurs agents (infirmiers et autres personnels) des dispensaires missionnaires qui ne tenaient pas compte des registres de consultations confondent consultants (patients) et consultations. Le décompte des malades s'y faisait à l'aide de cailloux. A la fin de la journée, le nombre d'actes était reporté par maladie ou par service sans préciser s'il s'agissait du nombre des consultants ou des consultations. Il y avait des notes de ce genre : conjonctivite cinq, plaies quinze, divers 372 (CNABF, 1950, Dossier 37V13).

Néanmoins, les diverses statistiques révèlent que les Voltaïques utilisaient plus fréquemment les structures confessionnelles que les établissements publics qui leur étaient destinés. Les dispensaires

missionnaires drainaient des foules de consultants qui y accouraient pour se soigner. Des notes précisent que certains malades préféraient mourir ou parcourir plusieurs dizaines de kilomètres pour se soigner dans les dispensaires appartenant aux missions que de fréquenter les dispensaires publics souvent plus proches. Les rapports sur les consultations, preuves matérielles du taux de fréquentation des postes de santé, regorgent de nombreuses données certifiant la préférence des populations voltaïques pour les centres confessionnels (graphique 1). En plus, dans un rapport de la mission catholique rédigé en 1961, il apparaît nettement que la forte affluence s'est maintenue sur une longue période ; elle a même connu une hausse considérable. Selon les données générales rapportées des archives de l'archevêché de Ouagadougou (AAO Carton D 1262, Dossier Père Goarnisson), de 1940 à 1960, 3 500 000 malades se sont faits consulter dans le dispensaire ophtalmologique ; cela a occasionné 15 500 opérations des yeux, dont 1800 cataractes ayant permis à 5 000 aveugles de recouvrer la vue. En 1959, 251 000 consultations ont donné lieu à 1 008 opérations en ophtalmologie et en 1960, 252 000 consultations ont abouti à 1 356 opérations. Pour l'année 1960, cela représente « plus de huit cents malades par jour ouvrable, dont 300 enfants de moins de quatre ans et 26 interventions par semaines ».

Ces chiffres sont énormes et suscitent *a priori* de la satisfaction au sujet de la prise en charge médicale, en particulier dans le domaine de l'ophtalmologie, des patients voltaïques au lendemain de la reconstitution de la colonie. C'est également une preuve tangible que les structures confessionnelles ont constitué un maillon fondamental dans la chaîne de distribution des soins médicaux par les services de Santé publique de l'époque. Toutefois, une critique surgit quand l'on examine le ratio de « huit cents malades par jour ouvrable » : c'est celle de l'efficacité ou de la validité médicale de toutes les consultations. Déjà, en considérant les capacités physiologiques de l'être humain et partant, celles des soignants il est évident que, la fatigue faisant, les premiers malades bénéficient de plus d'attention, de plus de questions et de plus de conseils que les derniers venus, au moment où l'agent soignant est épuisé et son corps réclame *de facto* du repos. En outre, le rapport notant que « depuis 1948, les bâtiments ont cessé de s'étendre alors que le travail doublait en 12 ans » laisse transparaître que les conditions d'accueil et de traitements étaient difficiles, ce qui ne pouvait manquer d'influer négativement sur

certaines actes médicaux par le long temps d'attente des patients et tous ses inconvénients psychologiques subsidiaires.

Pour Jean-Marie Bouron l'attraction des dispensaires des Missions sur les malades relevait moins du « mode de traitement » que de « l'enrobage religieux et l'accompagnement psychologique » (Bouron, 2014 : 116) déployés par les missionnaires-soigneurs. L'influence psychologique était à tel point que les malades avaient conçu un imaginaire de miracle autour de toutes les personnes soignant dans ces centres. Pour eux, la guérison qu'ils recevaient n'était pas due seulement aux vertus préventives ou curatives des médicaments. Les agents religieux étaient aussi comme des gens en qui Dieu avait certainement imparti son pouvoir surnaturel et les avait dotés, d'office, de compétences spéciales qui dépassaient les compétences des autres soignants. Donc, de la perception des patients guéris, ces agents ne pouvaient être que des guérisseurs de Dieu dotés de son mystère. Une autre raison de l'attrait de ces dispensaires réside dans le fait de la distribution de soins majoritairement curatifs. Ainsi, ils ont fait du médicament la composante essentielle des soins médicaux. Cette pratique combinait pleinement les représentations sur la biomédecine des populations africaines pour qui, la qualité d'un établissement sanitaire se mesure par la disponibilité en médicaments. En effet, pour les utilisateurs des centres confessionnels, « les médicaments sont un bon indice de "l'aide" que le dispensaire » leur apporte (Berche, 1985 : 90). D'ailleurs, la recherche de cette sorte d'idéal a conduit les dispensaires à adopter une politique de permanence en médicaments. Enfin, les établissements confessionnels avaient la particularité d'offrir des soins spécialisés notamment en ophtalmologie. La Mission catholique disposait de trois établissements délivrant les soins des yeux : les dispensaires ophtalmologiques de Ouagadougou fondé en 1913 et reconnu en 1931, de Bam (1933) et de Nouna (1955).

Quelque furent les résultats de l'affluence des patients, une multitude de malades guéris ou des soins superficiels prodigués à la hâte du fait du nombre important de consultants en attente, les dispensaires confessionnels ont participé durablement à établir la visibilité sociale des Missions, en particulier catholiques et à l'expansion de l'évangile. Il est évident que tous les malades guéris à travers les soins dans les dispensaires des Missions, surtout les aveugles qui ont recouvré la vue, ont gardé une image positive du christianisme, s'ils n'étaient pas devenus

des adeptes. Par la parole ou par des gestes symboliques, ces derniers ont pu constituer des passerelles de justification de la présence des missionnaires, de leurs activités de prêche et, finalement, de la diffusion du christianisme. Bref, les soins médicaux intensément développés en Haute-Volta par les Missions d'évangélisation ont fait barrière à un rejet brutal de la religion chrétienne, la rendant culturellement acceptable par les cultures locales. De plus, même si aider à l'expansion expresse de la civilisation occidentale ne faisait pas partie des objectifs initiaux des Missions, leurs structures de santé ont participé à la légitimation sociale de la présence du colonisateur français en terres voltaïques en ces moments difficiles de l'après-Seconde Guerre mondiale. Elles ont pu jouer un rôle déterminant dans la diffusion de la culture occidentale en créant surtout des transits de fixation de la civilisation française en particulier et occidentale en général.

Conclusion

Le service médical est l'œuvre sociale la plus ancienne proposée par l'apostolat des Missions chrétiennes en Haute-Volta. De type informel et itinérant au tout début de l'évangélisation, le service se formalise rapidement par la construction de dispensaires et l'engagement de personnel qualifié. Au lendemain de la reconstitution de la Haute-Volta et dans un contexte difficile d'après-guerre, l'offre médicale confessionnelle connaît une nouvelle impulsion marquée par l'ouverture de nouveaux dispensaires dans les zones rurales et un nombre croissant d'infirmiers dans les équipes missionnaires. Le développement du service médical s'est traduit aussi par une collaboration plus accrue avec les services de la santé publique et une forte présence de personnel religieux dans les dispensaires de l'AMI. Une telle coopération étroite a fait de l'offre médicale confessionnelle un acteur à part entière de la mission civilisatrice de la France en Haute-Volta, singulièrement de l'expansion de la biomédecine. Mais, les dispensaires confessionnels ont été, plus que tout, des instruments de prosélytisme. Grâce aux soins, les missionnaires chrétiens ont eu à leur disposition un *soft power* pour se maintenir dans un univers culturel où les modes d'approche des vérités existentielles sont parfois diamétralement opposés aux leurs.

Sources et bibliographie

Sources archivistiques

Centre National des Archives du Burkina Faso (CNABF), Dossier 37V9

Haute-Volta. Direction locale de la santé publique. Liste nominative des dispensaires et nombre de consultations, rapport 1947.

CNABF, Dossier 37V11

Colonie de Haute-Volta. Service de santé. Rapport annuel 1949

CNABF, Dossier 37V12.

Haute-Volta, Direction locale de la santé publique. Partie administrative du rapport annuel des services de santé de l'année 1950.

CNABF, Dossier 37V13.

Haute-Volta. Direction locale de la santé publique. Partie médicale du rapport annuel des services de santé de l'année 1950.

CNABF, Dossier 37V119.

Lettre du Gouverneur par intérim, F. Neveu de la Haute-Volta au Directeur local de la santé publique en date du 30 novembre 1948.

Lettre du Pasteur David Mitchell Osborne, Président du Conseil d'administration de la SIM à M. le Gouverneur des colonies, Gouverneur de la Haute-Volta en date du 18 avril 1950.

Archives de l'Archevêché de Ouagadougou (AAO) Carton D 1262, Dossier Père Goarnisson,

Les différents communiqués dans ce paragraphe ont été recueillis aux Archives de l'archevêché de Ouagadougou : Historique du dispensaire ophtalmologique.

Bibliographie

Berche Thierry (1985). « A propos d'une O. N. G. de développement sanitaire: l'Eglise catholique en Afrique et les soins de santé primaire », in *Sciences sociales et santé*, 3(3-4), pp. 85-103.

Bouron Jean-Marie (2010), « Les pères blancs, acteurs du jeu colonial. Mission catholique et enjeux politiques en Haute-Volta au lendemain de la Seconde guerre mondiale », in *Histoire et missions chrétiennes*, 2(14), pp. 59-81.

- Bouron Jean-Marie** (2012), « Le paradigme médical en milieu catholique: offre sanitaire missionnaire et demande de santé en haute-Volta (actuel Burkina Faso) », in *Histoire, cultures et religieuses*, 1(21), pp. 103-136.
- Bouron Jean-Marie** (2014), « Dominées ou dominantes? Les Soeurs Blanches dans l'ambivalence des logiques d'autorité (Haute-Volta et Gold Coast, 1912-1960) », in *Histoire, monde cultures religieuses*, 2(30), pp. 51-73.
- Dore-Audibert Andrée** (1999), *Décolonisation pacifique. Chronique pour l'Histoire*, Paris, Karthala, 359 p.
- Pauliat Paul** (1995), « Le Père Jean-Louis Goarnisson (1897-1981) », in *La Haute-Volta coloniale*, Paris, Massa Gabriel & Madiéga Yénouyaba Georges (dir.), Karthala, pp. 537-546.
- Prudhomme Claude** (2005), « Mission religieuse et action humanitaire: quelle continuité? » in *Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest*, 112(2), pp 11-29.
- Sédès Jean-Marie** (1950), *Histoire des missions françaises*, Paris, P. U. F., 103p.
- Somé Magloire** (2012), « Christianisme et changement social en Afrique aux XIXe et XXe siècles », in *Cahiers du CERLESHS*, XXVII(43), pp. 23-42.
- Somé Magloire** (2015(a)), « La politique religieuse de la France à l'égard des missions étrangères en AOF, 1900-1945 », in *La Mission en Afrique: terrains anciens, questions nouvelles avec Claude Prudhomme*, Paris, Saïda Oissilia & Zerbini Laurick (dir.), Karthala, pp. 145-167.
- Somé Magloire** (2015(b)), « La christianisation de la Haute-Volta de 1900 à 1960 », in *Le Burkina Faso, passé et présent*, Ouagadougou, Hamidou Diallo & Moussa Willy Bantenga (dir.), P. U. O., pp. 273-307.
- Somé Magloire** (2016), « Le transfert des modèles culturels dans l'évangélisation de la Haute-Volta, 1900-1960 », in *Les missionnaires, entre identités individuelles et loyautés collectives (XIXe-XXe siècles)*, Paris, Jean-Marie Bouron & Bernard Salvaing (dir.), Karthala, pp. 259-279.