

L'ACTION MEDICALE PROTESTANTE DANS L'OUEST BURKINABE. QUAND L'ORIGINE DE LA MISSION S'ERIGE EN PARI, 1923-1966 ?

HIEN Worondjilé

*Historien, Assistant à l'Université Yembila Abdoulaye Toguyéni,
Burkina Faso*

hienworondjile@gmail.com

KONATE Essai

*Doctorant en histoire à l'Université Joseph Ki-Zerbo, Burkina Faso
essaikonate@gmail.com*

Résumé :

En 1923, l'Alliance Chrétienne et Missionnaire s'installe dans la ville de Bobo-Dioulasso dans l'optique d'évangéliser le peuple bobo et les communautés voisines. Cependant, le contexte politique généré par la politique religieuse coloniale française est difficile et défavorable aux missions protestantes étrangères. En plus, sur le plan religieux, les populations fortement islamisées ou profondément attachées aux cultes traditionnels résistent à se convertir au protestantisme. Afin d'accomplir la mission d'évangélisation, les missionnaires devaient inventer des stratégies et des outils de communication pour se faire écouter: L'action médicale qui se présenta comme un bon véhicule d'informations, connu, toutefois, une mise en œuvre lente jusqu'à l'indépendance du Burkina Faso en 1960. Deux causes essentielles expliquent le développement tardif de la pastorale médicale. En premier, la posture théologico-doctrinale de l'ACM misait sur le bonheur spirituel et la guérison par les prières, qui procédaient tous de Dieu. En second, on a pu noter que l'ACM n'avait bénéficié d'aucune subvention financière du budget territorial de la colonie de Haute-Volta.

Mots clés : *pastorale médicale, ouest burkinabè, bonheur, évangélique.*

Abstract :

In 1923, the Christian and Missionary Alliance (CMA) set up in the town of Bobo-Dioulasso with a view to evangelizing the Bobo people and neighboring communities. However, the political context created by French colonial religious policy was difficult and unfavorable to foreign Protestant

missions. What's more, on a religious level, the populations were highly Islamized or deeply attached to traditional cults and resisted converting to Protestantism. In order to accomplish the mission of evangelization, the missionaries had to invent strategies and communication tools to make themselves heard. Medical action, which proved to be a good vehicle for information, was, however, slow to take off until Burkina Faso gained independence in 1960. There were two main reasons for the late development of pastoral medical care. Firstly, the theological-doctrinal stance of the CMA focused on spiritual happiness and healing through prayer, all of which came from God. Secondly, the CMA did not receive any financial subsidy from the territorial budget of the colony of Upper Volta.

Key words: *medical pastoral care, western Burkina Faso, happiness, evangelical.*

Introduction

Les églises protestantes sont issues de la réforme opérée par Martin Luther, ses collaborateurs et ses disciples dès 1517. L'une des marques différentielles aussi bien rhétoriques qu'humanitaires voulues par les églises de la réforme d'avec l'Église catholique romaine était la recherche du bien-être spirituel des fidèles (le véritable salut procédant de l'amour divin par Jésus-Christ mort à la croix en échange des péchés de l'humanité) et de leur réussite sociale. Lorsque, par des missions d'évangélisation, elles s'élancèrent à la conquête de la conversion des peuples hors d'Europe et d'Amérique, l'objectif de restaurer spirituellement des communautés demeurées dans l'idolâtrie (G. Kearney, 2002, p. 51 et M. Vaillant, 2010, p. 92) ou dans l'ignorance du Jésus sauveur et de leur permettre d'accéder aux bontés du Dieu créateur ne connut aucune mutation véritable dans le fonds ; plutôt, elle prit plus d'urgence. En Afrique, selon les institutions missionnaires protestantes, les populations semblaient être plus victimes des dédoublements idolâtriques de Satan qui, en plus de les maintenir dans un esclavage mental, leur avaient stimulé un mode de vie, source de diverses souffrances physiques. Donc, évangéliser les Africains

était une nécessité existentielle, tant pour leurs âmes que pour leurs corps. Parallèlement au message évangélique destiné au salut de l'âme, certaines missions protestantes ont aussi entretenu un réseau d'apostolat social très dense pour accompagner la diffusion proprement dite de l'évangile et pour soulager les souffrances physiques des populations. L'on peut, en la matière, citer la Qua Iboe Mission (QIM) qui disposait d'un hôpital au sud du Nigéria et l'œuvre du docteur Albert Schweitzer, même si cette dernière est de plus en soumise à une critique acerbe (P. David, 2007, p. 274).

Cependant, l'historique des missions protestantes au Burkina Faso, dont certaines sont des ramifications des missions mères qui ont su développer une action sociale vivante ailleurs crée le doute au sujet d'une véritable quête simultanée du salut pour l'âme et du bonheur physique pour les personnes visées par leurs prédications. La Mission de l'Alliance Chrétienne et Missionnaire (ACM) qui a eu un réseau médical important dans le Soudan français (Mali) faisant immédiatement frontière avec l'Ouest burkinabè où elle était pionnière y a été plutôt lente à construire une pastorale médicale similaire. Jusqu'à l'indépendance, en 1960, en dehors des soins médicaux volontairement offerts par les missionnaires à domicile et sur les aires des stations, très peu de centres de santé formels existaient. Le contraste des faits et pratiques qui se dégage ici est si élevé qu'il ne manque pas de susciter des questionnements.

D'abord, pourquoi cette disparité de l'apostolat médical de l'ACM du Soudan français à l'Ouest du Burkina Faso colonial ? Certes, l'on peut écrire, par comparaison aux autres missions protestantes installées dans les autres régions du pays¹, que l'ACM n'était pas unique à relayer l'œuvre sociale, particulièrement l'action médicale à l'arrière-plan. Néanmoins, son exemple intrigue davantage, en ce sens qu'au-delà juste de

¹ Il s'agit de la *Soudan Interieur Misson* (SIM) à l'Est, la Mission des Assemblées de Dieu dans la péninsule centrale et la *Worldwide Evangelization Crusade* à l'extrême Sud-ouest du Burkina Faso.

la ligne frontalière qui séparait Bobo-Dioulasso, sa base, à l'ouest, l'ACM proposait une offre de soins d'assez bonne facture. Alors, faut-il d'ores et déjà attribuer cette lenteur de l'ACM à élaborer un système de soins aux politiques sanitaire et religieuse mises en vigueur par la France en Haute-Volta (le Burkina Faso colonial) ou y a-t-il lieu d'envisager que le délaissement de l'action médicale relevait d'un choix libre stratégique des missionnaires en faveur de la conversion des âmes ? Tout le débat à mener tout au long de notre réflexion se situe à ce niveau des responsabilités. En clair, la politique coloniale voltaïque et la stratégie d'évangélisation de l'ACM, à laquelle des deux institutions revenait la responsabilité du faible et tardif développement de l'apostolat médical ? L'on peut déjà émettre l'hypothèse d'une responsabilité partagée. D'un côté, la politique religieuse française, en prônant une discrimination positive sur fonds d'un nationalisme avéré en faveur des missions chrétiennes d'origine française qui recevaient le plus de subventions en matière de soins et contre les missions étrangères, a gêné administrativement l'œuvre sanitaires de l'ACM qui était une mission américaine. De l'autre côté, l'ACM, une mission du courant évangélique était profondément influencée par la vision paulinienne² du bonheur et ses missionnaires en Haute-Volta semblaient accorder la priorité à la dimension spirituelle marquée par la recherche du salut de l'âme dans les programmes apostoliques au détriment de l'assistance sociale. En plus d'avoir voulu appliquer une vision idéalisée (la vision paulinienne) d'un salut qui devait apporter paix et réconfort physique aux convertis, la Mission éprouvait aussi un déficit budgétaire et en personnel médical qualifié.

Ces hypothèses ci-dessus soulignées sont celles que nous nous fixons l'objectif de soumettre à vérification dans la suite de notre analyse sur la période de 1923-1966. L'année 1923 est la

² Nous y reviendrons tout au long du texte avec quelques références bibliques pour étayer le concept de la vision paulinienne

date de fondation de la Mission ACM et 1966 se réfère à la chute du régime de Maurice Yaméogo (le premier régime du pays) qui peut être considérée comme la fin officielle de la continuité coloniale dans l'histoire du pays. Elle marque également le début d'une nouvelle ère politique dans l'histoire du Burkina Faso, ce qui ne manquera pas d'affecter le religieux. Pour atteindre notre objectif, nous nous appuyons sur les notes tirées aussi bien de la consultation des archives coloniales du Burkina Faso que des archives religieuses de la Mission ACM et de l'Église de l'Alliance Chrétienne du Burkina Faso (EAC/BF). L'examen critique mené sur les données s'est fait par une démarche de comparaison de celles-ci avec d'autres missions protestantes qui ont évangélisé le pays. La méthode nous a permis de dresser des aspects propres à une tendance missionnaire protestante, de relever des postures spécifiques que l'ACM a développé pour côtoyer l'administration française et sa politique coloniale au Burkina Faso, et enfin de déceler les pratiques médicales et religieuses combinées pour procurer la santé aux populations de son aire apostolique. Nous pensons qu'une telle démarche est une pertinence pour nous permettre de déterminer le degré de responsabilité de l'autorité politique et de la Mission dans l'attentisme de la pastorale médicale.

L'organisation concrète de l'analyse s'est faite autour de deux points. Le premier décrit brièvement la politique coloniale à l'Ouest du Burkina Faso et dans laquelle la mission de l'ACM mena son action évangélique. Quant au deuxième point, il s'articule à l'explication de l'action médicale et ses portées socioreligieuses dans le temps.

I. L'installation de la Mission de l'ACM dans l'ouest de la colonie de Haute-Volta

L'Alliance Chrétienne et Missionnaire s'est étendue dans l'Ouest du Burkina Faso dans un contexte politico-religieux peu

favorable à l'écllosion de son apostolat. Toutes les missions protestantes étrangères représentaient pour l'autorité française une potentielle voie d'influence de leurs pays d'origine dans les colonies françaises. En conséquence, l'ACM, au lendemain de son installation, dut faire des ménages pour surmonter les difficultés issues d'une politique religieuse française où l'action sociale religieuse s'évaluait en tant que moyen d'échange.

1. La politique religieuse

La politique religieuse française, au début du XX siècle, fut marquée par la laïcité dans tout l'empire : la loi du 9 décembre 1905 institua la séparation des Églises et de l'État. Cependant, selon Gérard Vigner la laïcité voulue générale connut une application très différenciée de la métropole aux colonies, en particulier dans les colonies africaines. En Afrique Noire, la laïcité fut déformée par une alliance contrastée, fondement des relations missions catholiques-administration coloniale. À propos, Claude Prudhomme évoque une « impossible indépendance » (G. Vigner, 2015, p. 133) ou un « malentendu consenti » motivé par « la raison d'État républicain » du côté de l'autorité coloniale et « la raison d'Église » chez les missionnaires catholiques (C. Prudhomme, 2022, p. 406). L'alliance de l'administration aux missionnaires catholiques contre les missions protestantes étrangères, et souvent en marge des intérêts fondamentaux des populations africaines était donc moins une communion de principes et de valeurs qu'une union de fait destinée à la réalisation des intérêts supérieurs de part et d'autre : l'accomplissement de la politique coloniale pour les gouverneurs et pour les supérieurs religieux, l'expansion du catholicisme par une conversion massive des auditeurs. La politique religieuse coloniale qui en sortit entretint une collaboration « à rebours de la politique conduite en métropole » avec les missions catholiques, au lendemain du

décret-loi de Georges Mandel du 16 janvier 1939 visant à définir le statut juridique des missions dans les colonies (G. Vigner, 2015, p. 143). Les sujets sanitaires jouèrent un rôle cardinal dans cette « coopération illégale » (illégal, parce que la coopération n'a pas suivi l'esprit de la loi du 9 décembre 1905) dans les colonies.

Toutefois, nous ne saurons faire une analyse de la politique religieuse sans en fixer son mode conceptuel d'élaboration et d'exécution. La collaboration entre les institutions chrétiennes et l'État français en général et, spécifiquement, entre les missions d'évangélisation et l'autorité coloniale s'était fondée sur une complémentarité factuelle dans laquelle l'œuvre sociale religieuse, notamment les soins médicaux ont servi de monnaie d'échange et d'outil d'accréditation du service offert de part et d'autre. L'œuvre médicale (puisque c'est d'elle qu'il est question ici) permettait, en fait, de jauger la confiance de l'autre partenaire. Les subventions de l'autorité publique à l'endroit des dispensaires religieux exprimaient le crédit que les organisations missionnaires qui en bénéficiaient étaient utiles voire indispensables à l'accomplissement des objectifs coloniaux. De leur côté, les missions chrétiennes qui recevaient les subsides du trésor public confirmaient le partenariat de manière implicite avec l'autorité publique qui était même perçue comme un partenaire sûr et stable dans le domaine sanitaire. Ainsi, comme dans la France métropolitaine où l'engagement des organisations confessionnelles dans le secteur médical devait être envisagé « en termes de marché » (O. Faure, 2012, p. 13), dans les territoires d'outre-mer, et plus précisément dans le Burkina Faso colonial, il ne l'était pas moins. Dans le contexte de la domination coloniale où la médecine coloniale avait largement dépassé le cadre spécifique de la recherche du bien être sanitaire « pour se situer sur le terrain de la politique » (M. Bouyahia, 2022, p. 431) en tant qu'outil de la gouvernance politique, le

marchandage des soins médicaux religieux a confié indirectement un rôle éminemment politique aux missions disposant de centres de santé comme à celles qui n'en avaient pas. C'est donc suivant un schéma où la santé était un sujet politique en temps colonial tout comme après les indépendances que nous analysons la politique religieuse française et surtout la politique médicale à l'endroit des missions d'évangélisation.

Dans cette politique, les missions catholiques devinrent des partenaires incontournables dans la mise en œuvre du nouveau pacte (sociopolitique) colonial issu de la conférence de Brazzaville. Leur présence, déjà forte en AOF dans le secteur de l'enseignement où elles géraient de nombreuses écoles, se renforça aisément dans le secteur de la santé. La santé publique eut besoin énormément de la contribution du personnel médical religieux pour faire face au manque de financements et à l'insuffisance des structures sanitaires. En retour, l'administration française gratifiait la Mission catholique de divers accompagnements propulseurs de son action. Le marché entre les deux parties fonctionna jusqu'au début de la dernière décennie précédant les indépendances en Afrique subsaharienne, tant que les échanges effectués répondaient bien aux attentes de l'un et de l'autre. Mais dans les années 1950, à la faveur et en faveur des mouvements d'émancipation ; les missions catholiques soucieuses d'établir des églises africaines, fers de lance de la mission interne et qui devront, pour cela, être dirigées par un leadership local dont la formation avait commencé plutôt marquèrent leur divergence. Elles soutinrent nettement, parfois ostentatoirement la vision d'une Église africaine indépendante pour exercer dans des territoires autonomes, voire totalement indépendants. Alors, sans faire union sacrée avec leurs sœurs rivales protestantes anglo-saxonnes qui suscitaient le doute de l'administration au sujet de l'importance profrançaise de leur apostolat, les catholiques s'accommodent des contradictions jadis enterrées et se déterminèrent à lâcher la politique coloniale

très réticente à l'autonomie des peuples colonisés. Ce fut quasiment le même schéma suivi dans le Burkina Faso colonial, sauf que les acteurs locaux avaient pris en compte les réalités présentes.

L'histoire de la politique religieuse dans la colonie de Haute-Volta a fait l'objet de productions scientifiques explicites ou d'importants ouvrages historiques prenant en compte le sujet (M. Somé, 2004 et 2015). La politique française a fondé son action sur la crainte de la montée de l'influence anglosaxonne (britannique ou américaine) par voie des missions d'évangélisation et avait pour objectif de parvenir à une orientation de l'apostolat protestant ou à la maîtrise de l'emprise socioculturelle de ses missionnaires sur les populations autochtones voltaïques. Il ressort ici que la politique religieuse coloniale de la France avait la mission de construire un marché politique à double dimension : entretenir le marché avec la Mission catholique et le renforcer par l'intégration des protestantes. Dans l'ouest du Burkina Faso, l'élaboration des échanges conduisit à une refondation de la politique religieuse provoquée par des révoltes des autochtones et par des conflits qui ont impliqué, d'une manière ou d'une autre, des confessions et des missions religieuses. En effet, les remous au sein de la population se sont étalés sur plus d'une décennie. Dans le dernier trimestre de l'année 1914, une révolte éclatée au sein des Toussian embrasa les milieux gouin et marka. À la même période de l'année suivante, le 17 novembre 1915, se déclencha la grande révolte des Marka, Bwa, San et Léla dans les cercles de Dédougou et Koudougou. Qualifiée de révolte fétichiste, celle-ci mit à jour l'opposition entre la faction musulmane partisane de la politique coloniale en cours et la faction des adeptes des traditions africaines opprimés par l'économie de prédation et opposée à l'autorité française. Les souvenirs douloureux des repressions visant à restaurer le calme et à mettre fin aux révoltes ne se sont guère effacés lorsqu'en 1927, à

Mandiakuy, une crise confronte les administrateurs aux missionnaires catholiques installés dans le cercle de Dédougou. Ces derniers étaient accusés de comportements subversifs à l'ordre colonial et dégénératifs de l'image de la France (M. Somé, 2004 ; pp. 130-134). Ces crises donnèrent une alerte à l'administration que la place des faits religieux dans la conduite de la colonie de Haute-Volta devenait de plus en plus grande. Les autorités devinrent plus critiques sur le rôle négatif que pouvaient jouer les missions chrétiennes dans l'entreprise coloniale. Et ce rôle serait encore pratiquement plus négatif si les révoltes étaient influencées par des missions étrangères. La situation serait devenue incontrôlable et stigmatisant pour l'image de la France. L'urgence d'un contrôle effectif des activités connexes de l'évangélisation et leur portée civilisationnelle des missions étrangères se présenta comme un devoir régalien pour le ministère des colonies ainsi que pour les gouverneurs coloniaux et leurs équipes administratives. Pour ce faire, la monnaie d'échange que constitue l'œuvre sociale confessionnelle se plaça au cœur des manœuvres. Avec la Mission catholique, les subventions sanitaires furent maintenues avec, toutefois, un contrôle de rigueur. Du côté des missions protestantes étrangères, par exemple l'ACM, l'action médicale fut grevée par une lenteur à les accompagner. Leurs productions n'étaient pas viables pour l'équilibre du marché politique. Pis, l'éclosion de leur action pouvait constituer un risque d'influence de puissances étrangères.

La raison, les missions protestantes d'origine anglaise, par exemple, étaient soupçonnées de « favoriser l'influence anglaise au détriment de la politique française de conquête et d'implantation coloniales » (G. Vigner, 2015, p. 134). Les autorités manifestaient une grande méfiance traduite par la surveillance des mouvements des missionnaires, en l'occurrence à la frontière avec la Gold Coast et par la lourdeur des budgets territoriaux à subventionner la construction des centres de santé

dans l'enceinte des stations missionnaires. Le doute de la France à promouvoir l'action sociale protestante n'était autre que le doute que les résultats produits à l'époque fussent de l'ordre de l'intérêt général, de l'ordre de la vulgarisation de la civilisation française. De fait, dans le secteur de l'enseignement, ce fut de façon tranchée que fut appliquée aux missions protestantes américaines et britanniques l'interdiction d'employer l'anglais comme une langue d'apprentissage dans les écoles. Aussitôt, pour les autorités politiques, le choix des langues locales à défaut du français s'imposait. L'application stricte de la mesure explique l'absence d'écoles formelles au sein des stations missionnaires protestantes jusqu'à la fin des années 1940, puisque les missionnaires ont préféré promouvoir les langues locales, outils essentiels de la diffusion de l'évangile. On comprend alors le rôle pionnier dans la transcription des langues nationale burkinabè dans les régions où les missions protestantes ont fait le prosélytisme (le lobiri et le birifor dans le Sud-ouest, le gulmance à l'Est). Mais, l'ouverture d'une école primaire en 1948 par la Mission des Assemblées de Dieu qui accueillit fraîchement un pasteur français, Pierre Dupret, puis le collège mixte protestant créé en 1953 à Ouagadougou (K. Langewiesche, 2003, p. 218) témoigne qu'au-delà des priorités religieuses les missions protestantes manquaient de compétence en langue française pour ouvrir des écoles formelles.

À la proclamation de l'indépendance de la Haute-Volta en 1960, le paysage politique des affaires publiques évolua peu jusqu'en 1966 : le marchandage de l'œuvre sociale religieuse ne cessa point, même si des modifications intervinrent. La place dominante du catholicisme dans l'arène sociopolitique se renforça avec la présidence de Maurice Yaméogo qui était un pur produit intellectuel de la Mission catholique. De plus, la masse des intellectuels et des cadres administratifs de l'État étaient majoritairement des anciens séminaristes et surtout des anciens écoliers de l'enseignement catholique. Dans le secteur de la

santé, le nouvel hôpital construit en 1961 reçut une équipe de soignantes religieuses (W. Hien, 2022, pp. 313-314). De fait, sur le terrain de jeu politico-religieux et d'influence, le catholicisme s'est retrouvé favorisé sur le plan communicationnel ; il est même socialement plus visible, se présentant comme une source fiable de réussite sociale. Pour les protestants, l'indépendance est une nouvelle ère d'espoir. Les missions et leurs églises naissantes s'organisent en Fédération des Églises et Missions Évangéliques (FEME) en 1961. Mais, le nombre restreint de leurs fidèles et leur éloignement prolongé vis-à-vis du débat politique se posèrent comme un handicap à leur visibilité. En tous cas, ils n'étaient pas des acteurs majeurs de la politique et influençaient minimalement les grandes décisions de la politique sociale. Quant à l'islam, victime de la politique du péril vert contre le panislamisme dans la dernière décennie de la colonisation, il réside désormais à l'ombre du christianisme en dépit de la création de la Communauté Musulmane de Haute-Volta (CMHV) en 1962. Donc on peut retenir que s'il n'existait pas de politique religieuse officielle favorable à telle ou telle confession, dans la pratique elle est restée globalement à la cause de l'Église catholique qui s'était donnée, des années plutôt, les moyens de son agrégation politique.

Le changement dans la politique religieuse intervint à partir de la chute du régime de Maurice Yaméogo en 1966. La déchéance du président sur fonds de conflit ouvert avec le magistère catholique local, bien que ce fut sur un sujet très personnel du président (la question de divorce), marqua l'ère du recul de la propension politique de l'Église catholique dans l'arène nationale. L'arrivée du régime militaire de Sangoulé Lamizana confirme le changement avec la nationalisation de la plupart des écoles catholiques en 1969. Le renforcement de la coopération avec les pays musulmans et les organisations islamiques introduit l'islam dans les circuits de décision, même si ce fut accessoirement à l'époque.

2. La fondation de l'ACM et son expansion

L'expansion des missions d'évangélisation en Afrique s'est faite dans un contexte de deux complexités majeures : le complexe de supériorité de l'homme à la peau blanche sur le Noir proclamé par les Européens et le complexe de vérité du christianisme vis-à-vis des religions africaines défendu par les évangélistes. Sur le plan *stricto sensu* religieux, la diffusion du christianisme évangélique dont l'ACM était porteuse devait se faire par la méthode de la table rase, de remplacement des croyances africaines tout court. La vision paulinienne de la religion ne proclama-t-il pas que la période préchrétienne est un temps d'ignorance³ ? Alors, le christianisme venu devait se substituer à la foi par voie ancestrale ! Cette vision rend la mission à accomplir brutale dans son fond mais non dans sa forme. La mission était brutale dans le fond, puisque les missionnaires faisaient savoir à leurs interlocuteurs qu'ils devaient totalement abandonner leurs divinités intermédiaires et adorer le Dieu par Jésus-Christ. Autrement dit, ceux-ci devaient simplement se convertir. Quant à la forme adoucie, elle était marquée par la possibilité dont disposait chaque mission (et même chaque missionnaire) d'opérer à travers une gamme de méthodes et de techniques, toutefois exclusives de la coercition, pour avoir la conversion des adeptes. L'ACM qui décida de répandre l'évangile dans l'Ouest burkinabè s'était fixée dans ce cadre théorique tout en déroulant son action suivant les réalités présentes sur le champ missionnaire. Le complexe de vérité du christianisme a créé une confrontation de rigidité religieuse tripartite. Concrètement, l'ACM partisane d'une interprétation littérale de l'évangile destinée à remplacer toutes les autres croyances trouvées entra en contact avec un peuple bobo très conservateur des religions africaines et des communautés

³ Dans le livre des Actes des Apôtres 17 : 30, l'apôtre Paul, s'adressant aux athéniens à travers un discours à l'Aréopage, dit : « Dieu sans tenir compte des temps d'ignorance, annonce maintenant à tous les hommes, en tous lieux, qu'ils aient à se repentir », la Bible, version Louis Segond traduction 1910.

musulmanes attachées à l'islam, et devait, à partir de 1928, partager son champ missionnaire avec la Mission catholique déterminée que c'était à elle le droit prioritaire et légitime d'occuper les territoires de la Haute-Volta (J. M. Bouron, 2012, p. 136) vis-à-vis des autres confessions.

En effet, l'ACM aménagea à Bobo-Dioulasso en 1923 pour ensuite se répandre dans toute la région occidentale du Burkina Faso. Le processus en vue de la fondation de la station de Bobo-Dioulasso consista à une exploration menée par Robert Shuman Roseberry, le directeur de l'ACM en Afrique de l'Ouest en 1922. Parti de Kankan, le siège Ouest-africain de l'ACM, Roseberry traversa le Soudan français et explora Bobo-Dioulasso et son arrière-pays. Le rapport de sa mission d'exploration fut teinté de sa vision linéaire de l'organisation et du mode de vie social de la communauté bobo et des autres communautés villageoises (R.S. Roseberry, 1934, p. 86). Mais, son propos mit l'accent sur les aspects spirituels qui présentèrent les Bobo comme de grands adorateurs des idoles ayant besoin de la prédication de l'évangile. Un second voyage d'exploration effectué en 1923 le conduisit à Ouagadougou où il rencontra le gouverneur Hesling qui marqua son accord pour ouvrir une station missionnaire et le directeur de la Mission des Assemblées de Dieu, le pasteur Wilbur Taylor. Avec Taylor il eut une entente tacite sur le partage du champ missionnaire voltaïque : sa future station sera basée à Bobo-Dioulasso. Quant à la Mission des Assemblées de Dieu de Wilbur Taylor, elle devait continuer l'évangélisation des Mossi.

Si les deux missions évangéliques sœurs disposaient de vastes territoires plus ou moins densément peuplées pour diffuser le christianisme, le contexte politico-administratif leur était peu propice, au regard de la politique religieuse ci-dessus analysée. Un an après la fondation effective des Assemblées de Dieu, en 1922, les Pères Blancs reçurent l'injonction de l'administration d'ouvrir des écoles de l'enseignement générale

ou technique « pour combattre l'influence des Américains qui s'infiltrèrent partout » et font du mal à la France (K. Langewiesche, 2003, p. 215). Cette disposition qui ne gênait pas l'œuvre religieuse d'évangélisation, l'objet principal de l'engagement de l'ACM, n'empêcha pas l'installation de ses missionnaires en 1923. Mais, l'arrivée de SIM à l'Est en 1930 et la fondation de la station de Qua Iboe Mission à Bouroum-Bouroum dans le Sud-Ouest du pays en janvier 1931 imposèrent une lecture plus préoccupante de l'influence du protestantisme anglo-saxon désormais plus présent. La réaction de l'autorité coloniale fut prompte et à la hauteur des inquiétudes pressenties. Katrin Langewiesche citant Audouin Jean et Joseph-Roger de Benoist rappelle que les missionnaires protestants avaient reçu du gouverneur « la consigne de ne pas visiter les villages où vont les catholiques. Les catholiques, en revanche, contrecarraient toute action des protestants en évangélisant immédiatement les villages où leurs rivaux s'installaient » (*ibidem*).

La station missionnaire de l'ACM à Bobo-Dioulasso a été ouvert par le couple Paul Elton et Mabel Katherine Freligh⁴. L'équipe formée par le couple fut progressivement renforcée par l'arrivée d'autres recrues dont des célibataires. Leur stratégie d'évangélisation fut compartimentée en deux axes, l'axe de l'exploration-découverte des communautés visées et la communication proprement dite de l'évangile. Pour l'exploration et la découverte de la culture Bobo en particulier et de tous les groupes sociaux de l'ouest en général, les religieux usèrent de divers stratagèmes pour créer le contact et maintenir les échanges sociaux avec leurs hôtes. Ainsi, tant que cela dépendait d'eux, ils essayaient d'être en paix avec les autorités coutumières et traditionnelles, et la communauté musulmane qui était désormais leur concurrente prosélytiste. Cette immersion dans les cultures locales n'avait point pour projet de faciliter leur

⁴ Freligh Alice, *Bons et fidèles serviteurs*, témoignage de souvenirs d'enfance de la fille de Paul Freligh premier missionnaire protestant à Bobo-Dioulasso, avril 2009. Archives de l'Alliance Chrétienne et Missionnaire (AACM) de Bobo-Dioulasso.

adoption, c'était plutôt une démarche dont la finalité consistait à obtenir davantage de connaissances sur le fond culturel pour mieux élaborer la communication de pénétration religieuse.

La direction de l'ACM, comme celles des Assemblées de Dieu en pays mossi, de SIM chez les Gourmantché et de QIM puis de la WEC parmi les Lobi et Birifor, opta de communiquer l'évangile par la langue locale bobo. Dès 1925, Marie Freligh initia un projet de transcription du bobo. Mais, il fallait parler d'abord la langue. La nécessité poussait les missionnaires à parcourir quotidiennement les villages afin de nouer des contacts et apprendre la langue. Ceux-ci rendaient visite à des familles et témoignaient beaucoup d'intérêt pour leurs travaux champêtres et ménagers. L'apprentissage se faisait en même temps que la prédication de l'évangile lors des sorties. Également, le domicile des missionnaires devenait parfois une aire de prédication : ils y jouaient des disques pour attirer les visiteurs les après-midis. La stratégie de l'audio avait fait, initialement, l'objet de doute de la part de leurs hôtes avant d'être un générateur de confiance et un canal efficace de diffusion⁵.

En termes de résultats, on peut dire que la portée conversive de la stratégie de communication est restée faible jusqu'à la fin des années 1920 : c'était uniquement à Bobo-Dioulasso, à Santidougou et à Fo que se réunissaient des groupes de fidèles⁶. À partir de la décennie 1930, le contexte politique plus favorable et l'intégration des missionnaires permirent une expansion continue et maintenue des églises jusqu'en 1966. Par exemple, en 1942, en pays Bobo, on rencontrait des communautés protestantes dans les villages bobo de Dogona, Kwa, Dafinso, Dingasso, Makuma, Sangouléma, Natema, Dohoun, Lena, Koundougou, Péni, Founzan, Toussiana, Faramana (C. Esquerre, 1932, pp. 399-400). L'expansion ne fut pas faite sans heurts ; au contraire, la fondation des assemblées

⁵ Freligh Alice, *Bons et fidèles serviteurs*, doc. cit. p. 4.

⁶ *Ibidem*. p. 5.

locales dans les villages s'est déroulée au prix de longues années de labeurs, face à une résistance passive locale qui n'était pas moins handicapant qu'une opposition frontale et conflictuelle. Les Bobo, grands conservateurs des croyances endogènes et les autres communautés musulmanes ont manifesté une indifférence déroutante vis-à-vis de l'évangile annoncé pour les missionnaires. Dans une tradition africaine, ces populations firent preuve d'une solidarité agissante et génératrice d'une cohésion sociale dont le personnel de L'ACM profitât pour travailler. Toutefois, à l'évangile prêché, elles marquèrent un refus d'adhésion aussi profond que l'accueil solidaire offert.

De plus, on ne peut évoquer la réaction de la population sans faire allusion au culte de san appelé le « fétiche de San » ou encore le « culte du Massa » qui a perturbé brièvement l'espace religieux dans l'Ouest du Burkina Faso au début des années 1950. Le culte de san a été inventé, en 1949, par Péné Dombélé, un Miniaka qui s'est proclamé prophète et prêtre de puissants autels autour desquels se déroulait le culte. Initialement dirigé contre l'islam, le culte de san a fini par agacer, le Mogho Naaba, l'administration coloniale et la Mission catholique qui le perçurent respectivement comme un rejet de l'autorité politique, une subversion à l'ordre public établi et un paganisme religieux qui gêne le catholicisme (G. Massa, 1999). Bien que la Mission ACM ne fit pas entendre sa voix discordante face à l'expansion du culte qui avait atteint en 1951 les localités de Sikasso, Bobo-Dioulasso, Orodara, Banfora, le nord de la Côte d'Ivoire et le nord de la Gold Coast, il est certain qu'elle n'avait pas approuvé de tel mouvement. Pour l'ACM qui était une mission d'obédience évangélique, le principe est simple : le culte de san n'est pas biblique et n'accomplit pas la volonté de Dieu énoncée dans la Bible. Et il faut comprendre que le silence ne signifie pas l'inaction. Les protestants aiment à confier tout à leur Dieu qui

est le juste juge⁷ qui amène toute action humaine en jugement⁸. La direction de l'ACM est restée dans l'expectative et dans l'observation pour ne pas donner plus de résonance au mouvement et a dû conseiller les fidèles à l'évitement de celui-ci.

L'élargissement de la communauté protestante augmenta les besoins sociaux de base. Néanmoins, l'œuvre sociale pourvoyeuse de ces besoins ne mobilisa pas autant d'énergie que celle fournie pour convertir les âmes en Christ. La première explication à suggérer peut être attribuée à la complexité de l'action sociale protestante elle-même.

II. Un apostolat médical à contrecourant de la rhétorique du salut

L'évangélisation protestante visait le bien-être de l'âme par le salut, un bien-être spirituel qui devait, à terme, améliorer l'existence socioéconomique du sauvé en lui attirant les bénédictions du sauveur, Dieu. Seulement, les évangélistes de l'ACM dans le Burkina Faso colonial, pendant longtemps, n'investirent pas leur énergie au-delà des prêches religieux, comme confiant à l'Esprit saint de Dieu seul la responsabilité du bonheur des communautés évangélisées. Dans le domaine de la santé, ils insistèrent sur le pouvoir de guérison de l'Esprit saint au détriment de la possibilité d'instaurer un paquet de soins médicaux à leurs hôtes : ils invoquèrent le contexte politique difficile. Mais, la conception même du bonheur était, elle aussi, une autre problématique.

1. Quel bonheur pour le croyant ?

Le protestantisme, en rappel, n'est-il pas né de la

⁷ La bible, version Louis Segond, 1 pierre 2 : 23.

⁸ *Ibidem*, Romains 2 : 16.

protestation contre la sécularisation et la mondanisation de la vie chrétienne provoquées par le clergé catholique attiré par les richesses temporelles, de l'avis de ses fondateurs au XVI^e siècle ? Martin Luther et ses disciples avaient reproché aux prélats catholiques d'avoir voulu réduire la foi chrétienne à l'exercice de leur propre fantasme d'autorité au détriment de la volonté divine et de ses enseignements salvifiques pour une vie éternelle des chrétiens. Ce qui avaient réduit les fidèles à des serviteurs du clergé et non à celui de Dieu. De tous les courants protestants, la branche évangélique à laquelle appartiennent les missions qui ont évangélisé les populations burkinabè est la plus conservatrice de la doctrine mettant l'accent sur la dimension spirituelle de l'évangélisation. Le leadership du courant évangélique tirant leçon des dérives et déviations catholiques nés de l'acoquinement entre le pouvoir spirituel intemporel (l'Église) et le pouvoir politique temporel de l'Empire romain prône une grande réserve à ses disciples quant à leur engagement politique. L'union entre la politique et l'Église souille le chrétien (K. Langewiesche, 2003, p. 224).

La réplique au niveau local de cette position par les missions protestantes voltaïques⁹ s'adjugea, tout de même, de prolongements et d'approfondissements. Visiblement, plus que tout autre facteur, ce fut la politique religieuse anti-étrangère dans les champs missionnaires en colonies françaises qui provoqua ces compléments. Ensuite, la majorité des missions d'évangélisation protestantes, collectivement ou individuellement, se sont définies historiquement comme des vocations divines et comme telles, les décisionnaires priorisèrent le salut de l'âme afin de conformer leur but à leur appel. Bien que le bien-être social des prosélytes ne préoccupât pas moins les religieux, il ne mobilisa pas autant de consécration de leur part, surtout lorsque les conditions matérielles essentielles à sa

⁹ Nous voulons, par *missionnaires voltaïques* ici, désigner les missionnaires qui ont évangélisé des sociétés voltaïques

réalisation firent défaut, comme ce fut l'exemple de l'ACM en Haute-Volta.

Par ailleurs, c'est une posture qui relève de la surestimation de la capacité du salut seul de l'âme à octroyer le bonheur au sauvé et de la perception même du bien-être. Pour les évangélistes protestants des peuples africains, s'ils sont des « pécheurs » ignorants de la loi divine du salut, ils ne le sont pas en ce qui concerne le bonheur, puisque le confort matériel qu'apporte la civilisation occidentale n'est pas la source du vrai et complet bonheur. Quand bien même le bonheur soit défini en tant que la jouissance du plaisir matériel et psychologique des progrès scientifiques afin de diminuer la souffrance humaine, le protestantisme évangélique recommande l'utile ou le vital, c'est-à-dire ce qui est indispensable à la survie du chrétien. Car, de l'analyse de Michel Grandjean du bien-être protestant, « le [véritable] bonheur est ce qui demeure au-delà des choses matérielles » (E. Perrie, 2017, p. 12). Ainsi, le complet bonheur relève de l'ordre de *l'espérance* qui est perçue et vécue comme la joie interne à distance de la béatitude céleste éternelle à venir¹⁰. Donc, les causes fondamentales de la souffrance des peuples africains non convertis au christianisme ne découlent pas de l'absence de progrès. Leur malheur provient du péché et de Satan qui les privent de la jouissance saine des richesses de la nature que le créateur a mis à la disposition de l'homme¹¹. Le salut spirituel ouvre alors la voie du bonheur naturel. Et la lenteur des missionnaires de l'ACM à réunir les conditions sociales d'épanouissement insinue que la restauration partielle¹² du bonheur perdu dans le jardin d'Eden à l'homme par la voie du salut suffira aux fidèles chrétiens. L'ouverture de

¹⁰ Paul s'adressant aux fidèles chrétiens de l'église d'Éphèse écrit : que Dieu « illumine les yeux de votre cœur, pour que vous sachiez quelle est la richesse de la gloire de son héritage qu'il réserve aux saints », lettre aux Éphésiens 1 : 18.

¹¹ La bible, version Louis Segond 1910, livre d'Ésaïe 1 : 17-19.

¹² Selon l'apôtre Paul, le salut de l'âme met le chrétien en contact avec, seulement, une partie floue des réalités célestes. Dans l'épître de 1 Corinthiens 13 :12, il affirme : « aujourd'hui nous voyons au moyen d'un miroir, d'une manière obscure, mais alors nous verrons face à face ; aujourd'hui je connais en partie, mais alors je connaîtrai comme j'ai été connu ».

dispensaires n'étaient pas donc une condition primordiale dans un contexte (politique) de travail déjà difficile aux yeux de l'ACM pour commencer l'évangélisation des Bobo.

2. Un tissu médical protestant épars sur le terrain

Dans la période de l'entre-deux-guerres, la biomédecine a connu d'importants progrès scientifiques et réalisations techniques ; le personnel soignant est passé progressivement de l'art de guérir à une science médicale. En répercussion à ces avancés, l'institution de l'Assistance Médicale Indigène (AMI) chargée de la santé des populations colonisées s'est beaucoup développée durant la même période. Seulement, son extension en termes de couverture sanitaire sur l'ensemble du territoire de l'AOF ne suffit pas pour résorber les problèmes de santé des populations¹³. Les missions chrétiennes catholiques ou protestantes, emmenant avec elles des professionnels de santé suppléèrent largement l'État colonial dans le domaine de l'assistance médicale, les politiques publiques sanitaires n'ayant pas suffi pour couvrir les besoins médicaux dans les brousses profondes où œuvraient les missions. En effet, les femmes missionnaires, de plus en plus en nombreuses entre 1920 et 1960, formèrent la charpente de l'architecture des soins médicaux offerts par les institutions religieuses. Un nombre important des religieuses catholiques ou des laïques protestantes avaient bénéficié d'une formation médicale (W. Hien, 2022, pp. 147, 150). Le personnel de l'ACM partageait volontiers les acquis avec leurs hôtes soit à titre personnel à domicile soit à travers des infirmeries non reconnues officiellement jouxtant les stations missionnaires.

Ainsi, l'œuvre sanitaire de l'ACM s'est exercée de manière informelle, dans un cadre non officiel et généralement

¹³ Prost André, 1970, *Les missions des Pères Blancs en Afrique occidentale avant 1939*, Ouagadougou-Paris 3^e édition, Maison provinciale des Pères Blancs, p. 122.

avec des moyens médicaux élémentaires jusqu'à l'indépendance. Sur le plan politique, le désintéressement du Service de la Santé publique vis-à-vis de l'apostolat médical de l'ACM reste une spécificité de la politique religieuse française, mais aussi une particularité à l'endroit de la Mission elle-même¹⁴. Car l'institution catholique bénéficiait de plein régime de l'Aide Médicale aux Missionnaires (A.M.M) et les dispensaires de la Mission SIM installée à l'Est de la colonie recevaient des subventions en médicaments octroyées par les services de santé du cercle de Fada N'Gourma. Au Soudan français où l'ACM exerçait également, l'œuvre médicale a reçu l'appui de l'administration à travers des subventions diverses. Le témoignage du couple missionnaire Mamy et Marius Bonjour sur l'accompagnement de l'administration française en dit long :

Il faut dire que nous étions privilégiés par l'administration coloniale française [du Soudan français], qui nous pourvoyait de tous les instruments et médicaments dont nous avions besoin, gratuitement. Ces fournitures que nous commandions chaque mois nous arrivaient par caisses des Services pharmaceutiques du Mali (le Soudan français en ce temps-là). Ces envois étaient adressés au Médecin Chef du dispensaire de Sanékui, voyez que l'on considère notre action médicale comme importante¹⁵

L'hésitation de l'autorité publique française a eu un effet de pesanteur sur l'action sanitaire de la Mission. L'absence de subventions gouvernementales à l'ACM de la Haute-Volta a conduit les quartiers généraux de la mission à abandonner les projets de construction de dispensaires dont la réalisation constituait une charge financière de trop pour leur budget. Pour les soins qu'ils accordaient à domicile ou dans les infirmeries, les officiants recevaient des kits sanitaires et des médicaments qui arrivaient des Etats-Unis par voie maritime. Les appels à don

¹⁴ Pierre Milton et Pierre Nancy, *Les triomphes, épreuves, tapages et futilités de l'histoire : soixante-quinze années du ministère de l'Alliance au Burkina Faso*, 1997, p. 78. AACM de Bobo-Dioulasso.

¹⁵ Marius Bonjour, 1984, *Une grande aventure au Nord et au Sud du Sahara ...*, op. cit., p. 116.

lancés sur le sol américain permettaient, chaque année, de collecter le matériel et les médicaments nécessaires.

Les premiers centres de santé protestants n'émergèrent dans l'ouest de la Haute-Volta qu'à la fin des années 1940. Dans la ville de Bobo-Dioulasso, c'était l'infirmière, Madame Joders, qui accordait des soins de santé aux disciples chrétiens comme aux populations non chrétiennes. Quant à l'infirmier de Sourou elle ouvrit ses portes en 1947. Elle fonctionna quelques années seulement avant d'être transférée à Tougan où elle fut gérée par le couple missionnaire Nehlsen. Mais, l'action sanitaire de l'ACM ne prit corps véritablement qu'au lendemain de l'indépendance du Burkina Faso. En 1960, l'ACM pilotait le dispensaire de Tougan fondé à Sourou en 1947 et les infirmeries dans les dix stations en fonctionnement¹⁶. L'investissement pour un système de soins formel préoccupa certains missionnaires tels que Royle Rollo. Il obtint de la FEME un financement avec lequel il construisit et équipa complètement un centre de santé à Santidougou où les soins étaient gratuitement offerts. Les patients y recevaient essentiellement des traitements contre les caries dentaires, les maux d'yeux, des céphalées et le pansement des plaies¹⁷. Les situations de maladies complexes ou les cas en complication étaient évacués sur Bobo-Dioulasso où les malades étaient pris en charge dans un centre de santé public disposant d'un plateau technique médical adapté. Selon les statistiques de l'ACM, 102 800 patients ont fréquenté ses sept dispensaires et cliniques de la mission en 1969¹⁸. Ainsi, les difficultés à exercer la médecine (problème d'approvisionnement en consommables médicaux et insuffisance de personnel qualifié) n'ont pas rendu moins mobilisateurs les dispensaires tardivement nés de l'ACM.

Quelle interprétation donnée à la stagnation de l'œuvre médicale de l'ACM ? Dans tous les cas une évidence est à

¹⁶ Ouédraogo J. P., 1961, *Statistiques de FEME*, 5 p., Archives de l'ACM, Fichiers numérisé par le Siège, Bobo-Dioulasso.

¹⁷ Coulibaly Enock, employé de l'ACM à la retraite, 83 ans, enquête faite le 1^{er} décembre 2019 à Bobo-Dioulasso.

¹⁸ Statistique de la Mission ACM, Mali/Haute-Volta, 1969, p. 2. Archives de l'ACM de Bobo-Dioulasso.

écarter : les difficultés des missionnaires dans le domaine de la santé ne relèvent pas de l'utilité publique des soins que le personnel médical prodiguait ou prodiguera, ni pour les populations ni pour l'ACM. Les soins ont participé de la bonne santé de ceux qui en recevaient et ont servi en tant que précieux outil de communication des prédicateurs. Ainsi, si l'équipe missionnaire qui savait pertinemment la force communicationnelle des centres de santé a voulu l'aide publique pour les développer, c'était une marque de leur incapacité budgétaire. Toutefois, c'était surtout une conduite découlant de leur choix doctrinal de construire le bonheur de leurs fidèles (comme nous l'avons effleuré plus haut) par l'œuvre thaumaturgique de l'Esprit saint guérissant les malades. Pour ce faire, les soins médicaux à domicile étaient associés aux persistants prêches qui insistaient non seulement sur la grâce de Dieu capable de sauver chaque pécheur repentant pour une éternité heureuse mais aussi sur le pouvoir de l'Esprit saint à guérir de toute maladie toute personne bénéficiant du salut de l'âme. Une telle pratique qui témoignait que la maladie ne procédait pas uniquement des causes physiques et naturelles attestait également que celle-ci avait ses raisons naturelles. C'est une vue très proche de la conception africaine de la maladie qui accorde une place primordiale aux manifestations des forces spirituelles. En effet, les protestants attribuaient également l'origine de certains maux à des facteurs métaphysiques, notamment l'action des esprits maléfiques ou des sorciers. La maladie pouvait être liée à un envoutement, à un sortilège ou à l'habitation de l'individu par un esprit (démon). Partant d'une telle conception, le rôle curatif et même préventif des progrès de la biomédecine est mis à une place marginale dans la guérison de certaines maladies. Pour les Missionnaire de l'ACM, sans la force cardinale émanant de l'Esprit saint ces maladies ne pouvaient être totalement guéries, voire simplement guéries. Ce qui remit

savamment ou par faiblesse au second plan la réalisation des centres de santé.

Pour l'autorité française, la réticence à accorder une aide expresse à l'ACM en Haute-Volta dépendait moins de la politique religieuse officielle que du paysage politico-religieux et sécuritaire qui prévalait dans cette partie occidentale de la colonie. Les nombreuses révoltes ont toutes eu des connotations religieuses et les tensions engendrées étaient restées vives sur de longues années. Un paysage religieux linéaire, c'est-à-dire un catholicisme dominant tentant de convertir les adeptes musulmans ou des religions traditionnelles était le gage d'une certaine stabilité pour les autorités. Donc, affaiblir implicitement l'affluence de la Mission en laissant dans un morne état son service médical qui était devenu un puissant canal de mobilisation de contacts humains concédait un large boulevard à la Mission catholique. Le rapprochement entre des missions protestantes et la France gaulliste durant la Seconde Guerre mondiale (M. Somé, 2004, p. 222) renforça cette perspective.

Du reste, les soins médicaux ont servi de médium aux missionnaires pour démontrer la miséricorde et l'amour divins qu'ils proclamaient à travers la prédication de l'évangile. Socialement, pour les missionnaires, l'assistance médicale forma un véritable facteur d'intégration de la mission au sein des communautés rurales. La stratégie portait du fruit, puis qu'il est révélé que la recherche de la santé était l'une des principales causes d'adhésion au protestantisme en milieu rural (K. Langewiesche, 2003, p. 84)¹⁹. L'œuvre sanitaire, malgré son caractère informel et embryonnaire devint l'une des voies de conversion utilisée par l'ACM. Les contacts suscités par les séances de soins formaient des opportunités uniques pour les missionnaires de convaincre que Dieu peut faire de l'impossible. Pour cela, les soignants au chevet des malades recouraient à de

¹⁹ Moussa Dakuyo, cultivateur adepte de l'islam et Coulibaly Filohan, ménagère, 81 ans, enquête réalisée le 15 novembre 2022 à Dédougou.

ferventes prières d'invocation et à l'huile d'onction (de guérison) afin d'implorer l'intervention miraculeuse de Dieu pour les guérir. En plus, dans un esprit de charité (J. Ki-Zerbo, 1978, p. 143), l'accueil était épris de sollicitude et de patience envers les malades, notamment à l'endroit des femmes en couche. Cette assistance médico-sociale et morale facilitait la guérison de maladies dont certaines étaient perçues à l'époque par la médecine traditionnelle comme étant incurables. Subséquemment, les patients et leurs familles se laissèrent convaincre que les missionnaires étaient différents des colonisateurs et leur bonté exprimait celle de Dieu²⁰. En conséquence, certains patients guéris se convertissaient au protestantisme.

Au-delà de sa fonction de communication religieuses, l'assistance médicale de l'ACM, bien que modeste, a été très bénéfique pour les populations rurales dont la précarité de leur condition sanitaire de la période de l'entre-deux-guerres a été décrite (J-P. Bado, 1996). Certes, nous ne disposons pas de statistiques sériées et étalées dans le temps, toutefois, en se référant aux données ci-dessus citées sur le nombre de centres de santé et sur le total des consultations effectuées, l'aide médicale missionnaire à domicile ou dans les postes de santé ont contribué à réduire la morbidité et la mortalité liée aux maladies infectieuses²¹. Néanmoins, cette introduction de la médecine moderne dans le milieu rural a contribué à la déchéance de la médecine traditionnelle. La médecine traditionnelle dont l'exercice est parsemé d'interdits, de rituels sacrés parfois mystiques apparut aux yeux des missionnaires comme relevant de la superstition. Elle fut simplement combattue comme telle sans complaisance.

²⁰ Coulibaly Enock, employé de l'ACM à la retraite... tem. cit.

²¹ Pierce Milton et Pierce Nancy, *Les triomphes, épreuves, tapages et futilités de l'histoire...* doc. cit. p. 78.

Conclusion

Pour conclure, c'est en 1923 que l'Alliance Chrétienne et Missionnaire (ACM) s'est installée à Bobo-Dioulasso et dans un contexte politiquement délétère pour les missions chrétiennes non françaises. Au plan socioreligieux, la Mission s'était logée au cœur des communautés profondément attachées à leurs croyances traditionnelles (surtout pour les Bobo) et islamiques, avec l'objectif primordial de répandre l'évangile, de convertir les populations hôtes et d'en fonder une Église. En dépit de la stratégie de rapprochement employée pour atteindre leurs interlocuteurs, les missionnaires de l'ACM durent peiner plusieurs années avant de pouvoir réaliser les objectifs projetés. La raison principale du succès religieux tardif est à rechercher du côté d'une stratégie de communication quasi exclusive d'une œuvre sociale d'assistance, notamment de l'action médicale et porteuse d'un message parfois contradictoire des représentations symboliques jusque-là expérimentées par les Burkinabè de l'Ouest.

L'échec de la pastorale médicale de l'ACM au cours de la période coloniale trouve les explications les plus plausibles dans le statut de la double origine de la Mission elle-même : c'était une mission étrangère (américaine) en colonie française et de courant protestant évangélique. Dans le Burkina Faso colonial, cette double origine s'est érigée en une véritable muraille à l'éclosion d'une action sociale efficiente pour accompagner l'évangélisation et proposer un bien-être durable aux prosélytes et leurs familles. L'action médicale est restée pour ainsi dire à la marge des stratégies d'évangélisation et les missionnaires appliquèrent aux catéchumènes dans leur démarche l'expérience du bonheur qui procède de Dieu par le salut christique et par la guérison que son Esprits saint réalise. Pour eux, la foi chrétienne, dans son essence, reste le domaine

de l'espérance de la béatitude céleste promise ; alors le chrétien devait vivre une exultation intérieure, attendant que l'espérance devienne réalité. Tel était l'univers théologico-doctrinale qui a fondé la philosophie d'évangélisation de l'ACM dans l'Ouest du Burkina Faso. C'est cette philosophie qui élucide le mieux l'apathie de la direction missionnaire à mettre en place une pastorale médicale systématique. La politique religieuse française discriminatoire à l'endroit des missions protestantes étrangères reste une cause subsidiaire du faible développement de la pastorale médicale de l'ACM.

Enfin, cette étude interroge doublement. Primo, elle met en question l'importance de l'apport des missions d'évangélisation pour le développement socioéconomique des sociétés africaines évangélisées jusqu'à la fin de la colonisation. L'on peut accepter que l'apport développemental ne fût pas nul ; il était tout de même inégalitaire d'une mission à une autre et d'une localité à une autre : ailleurs il fut important, au Burkina Faso la contribution sur le plan sanitaire de l'ACM a été faible jusqu'à la proclamation de l'indépendance en 1960. Secundo, l'étude relance l'éternel débat de la participation de ces missions à l'œuvre civilisatrice de la colonisation. Pouvons-nous affirmer que l'ACM a été un acolyte de l'entreprise coloniale française dans le Burkina Faso colonial, en dépit de ce qu'elle n'a quasiment pas reçu de subventions en vue d'une stratégie médicale formalisée jusqu'à l'indépendance ? Plutôt donner une réponse circonsise : le protestantisme répandu a favorisé le transfert d'éléments de culture occidentale de manière globale. Mais, l'ACM n'a pas été une partenaire ayant exécuté entièrement ou partiellement la politique coloniale française sur son champ apostolique.

Sources et bibliographie

Sources orales

Nom & Prénom	Âge	Fonction	Date et lieu de l'enquête
Coulibaly Enock	83 ans	Employé de l'ACM à la retraite	Enquête faite le 1 ^{er} décembre 2019 à Bobo-Dioulasso
Coulibaly Filohan	81 ans	Ménagère	Enquête menée le 15 novembre 2022 à Dédougou
Dakuyo Moussa	79 ans	Cultivateur	Interview effectuée le 15 mars 2023 à Dédougou

Les sources archivistiques

Archives de l'Alliance Chrétienne et Missionnaire (AACM), Bobo-Dioulasso (non classées), Freligh Alice, *Bons et fidèles serviteurs*, témoignage de souvenirs d'enfance de la fille de Paul Freligh premier missionnaire protestant à Bobo-Dioulasso, avril 2009.

Archives de l'Alliance Chrétienne et Missionnaire (AACM), Bobo-Dioulasso (non classées), Pierce Milton et Pierce Nancy, *Les triomphes, épreuves, tapages et futilités de l'histoire : soixante-quinze années du ministère de l'Alliance au Burkina Faso*, 1997.

Archives de l'Alliance Chrétienne et Missionnaire (AACM), Bobo-Dioulasso (non classées), *Les Statistique de la Mission ACM, Mali/Haute-Volta, 1969*, p. 2.

Archives de l'Alliance Chrétienne et Missionnaire (AACM), Bobo-Dioulasso (non classées) Ouédraogo J. P., 1961, *Statistiques de FEME*, 5 p., document numérisé.

Bibliographie

Alliance Biblique Universelle, (2008). La Bible, traduction version Louis Segond 1910 (édition revue avec références).

Bado J.-P. (1996). *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique*, Paris: Karthala, 332 p.

Bouron J.-M. (2012). D'un discours à l'autre. Concurrences rhétoriques et rapports interreligieux en Haute-Volta coloniale. *Archives de sciences sociales des religions* n° 158, pp. 33-52.

Bouyahia M. (2022). Genre, sexualité et médecine coloniale. Identité « indigène » et discours de vérité. Dans Bancel N., Blanchard P. et al, *Histoire globale de la France coloniale*. Paris : Éditions Philippe Rey. pp. 255-266.

David P. (2007). L'envers d'un mythe. Le docteur Schweitzer et son hôpital. *Dans Afrique contemporaine* 2 (n° 222), p. 273-276.

Faure O. (2012). Médecine et religion : le rapprochement de deux univers longtemps affrontés. *Chrétiens et sociétés*, 19, pp. 7-17. <https://doi.org/10.4000/chretienssocietes.3318>

Hien W. (2022). *Les structures de sante confessionnelles au Burkina Faso. Entre prosélytisme et contribution au développement humain durable, 1947 à 2000*. Thèse unique de doctorat en histoire, Université Josep Ki-Zerbo, Ouagadougou, 481 p.

Kearnay G. (2002). *A place prepared*. Belfast: editions Ambassador publications; 203 p.

Ki-Zerbo J. (1978). *Histoire de l'Afrique noire d'hier à demain*, Paris, Hatier, 702.

Langewiesche K. (2003). *Mobilité religieuse. Changements religieux au Burkina Faso*. Münster, Lit Verlag, 438 p.

Massa G. (1999). Le « fétiche de San ». Dans Madiéga Y. G., & Nao O., *Burkina Faso, Cent ans d'histoire, 1895 - 1995 tome 2*, Paris, Karthala, pp. 877-896.

Perrie E. (2017). La recette du bonheur protestant. *Réformés* (8), pp. 12-13.

Prost A. 1970. *Les missions des Pères Blancs en Afrique occidentale avant 1939*, Ouagadougou-Paris 3^e édition, Maison provinciale des Pères Blancs, 179 p.

Prudhomme C. (2022). Les missions catholiques et la colonisation française sous la III^e République. Dans Bancel N., Blanchard P. et al, *Histoire globale de la France coloniale*. Paris, Philippe Rey, pp. 393-404.

Somé M. (2004). *La christianisation de l'ouest-volta. Action missionnaire et réactions africaines, 1927-1960*. Paris, L'Harmattan, 516 p.

Somé M. (2015). La politique religieuse de la France à l'égard des missions étrangères en AOF, 1900-1945. Dans Saaida O. et Zerbini L. *La Mission en Afrique : terrains anciens, questions nouvelles avec Claude Prudhomme*, Paris, , Karthala, pp. 145-167.

Vaillant M. (2010). *L'empreinte du potier. Quarante années en Afrique de l'ouest, autobiographie*. Montélimar, éd. CLC, 236 p.

Vigner G. (2015). Missions religieuses, laïcité et colonies : au cœur d'une contradiction bien française (1871-1914). *Langues & Parole n° 1*, pp. 127-144.