

**Action sanitaire et contrôle social
au Ruanda (1920 – 1940)**
Femmes, missions et politiques de santé

Anne Cornet



Deuxième partie
ion sanitaire et contrôle social

BGSH-BMAG

Lv

42908

Volume 2

INTRODUCTION

Cette deuxième partie interroge l'action sanitaire dans le champ du pouvoir et des interactions entre deux sociétés, mais également entre divers acteurs intervenant dans cette sphère. La question centrale pourrait être : l'action sanitaire mise en place au Ruanda durant l'entre-deux-guerres a-t-elle contribué à renforcer l'emprise occidentale sur les structures locales et sur les populations ? Par son caractère humanitaire a-t-elle permis de consolider le quadrillage de ce territoire par les divers pouvoirs étrangers (puissance mandataire, missions, etc.) ou endogènes (royauté et chefferies) ? Consciemment ou non ? A-t-elle été ressentie comme une contrainte par les populations ?

Avant de nous lancer dans cette analyse, il nous faut préciser ce que nous entendons par emprise et par quadrillage sanitaire. Le terme emprise s'emploie pour parler d'une domination intellectuelle ou morale exercée sur un individu ou sur l'homme en général. Il se rapproche du concept d'ascendant, d'autorité, d'empire, d'influence ou de mainmise (1). Le terme de quadrillage a quant à lui généralement une connotation militaire ou policière : il évoque la division d'un territoire en compartiments où il est possible de répartir des troupes de manière à exercer un contrôle aussi serré que possible de la population. Il définit également l'« action d'assurer, dans un secteur géographique donné, une implantation dense et méthodique d'établissements (commerciaux, etc.), de services publics (santé, transport, etc.), d'organisation politique ou syndicale » et son résultat (2). Le Grand Robert le comprend comme l'action d'« établir un réseau de contrôle (politique, économique) dans une zone donnée » (3).

Pour notre part, nous l'entendons comme le compartimentage des populations en régions ou groupes restreints auxquels une action sanitaire peut être ainsi administrée, voire imposée, et sur lesquels un contrôle est exercé à des fins d'hygiène et de santé publique. Le terme quadrillage impliquant un contrôle méthodique et une contrainte exercée de l'extérieur, nous retiendrons comme critère pour détecter des actions sanitaires correspondant à ce cadre le fait que les actions en question doivent être obligatoires et appliquées systématiquement à une zone ou un groupe déterminé. Il est également intéressant de mesurer la répartition géographique de l'offre laissée à la liberté des patients : il ne s'agirait pas alors d'un quadrillage au sens fort du terme, mais plutôt d'un maillage, c'est-à-dire d'une structuration en réseau (4).

Pour répondre aux diverses interrogations évoquées plus haut, il convient dans un premier temps d'enquêter sur l'existence ou non d'un ou de plusieurs quadrillages *sanitaires* au Ruanda. Pour cela, il nous faut interroger la ou les pratiques médicales

- 1 Selon le *Grand Robert de la langue française. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française* de Paul Robert, Paris, 1981, t. II, p. 467.
- 2 CNRS. Institut national de la langue française. Nancy, *Trésor de la langue française. Dictionnaire de la langue du XIXe et du XXe siècles (1789-1960)*, t. 14, Paris, 1990, p. 91-92.
- 3 *Le Grand Robert de la langue française. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française* de Paul Robert, 2e éd. entièrement revue et corrigée par A. REY, t. VII, Paris, 1996, p. 926-927).
- 4 *Trésor de la langue française...*, op. cit., t. 11, Paris, 1985, p. 165 (« répartition en réseau plus ou moins dense ») ; *Le Grand Robert...*, op. cit., t. 6, p. 150 (« structuration en réseau, densité d'un réseau »).

et sanitaires mises en place sur le terrain par les structures officielles et adressées à l'ensemble de la population (5). Nous envisagerons successivement la médecine curative dans les structures fixes, la lutte contre les endémies et épidémies, ainsi que les mesures d'hygiène publique appliquées au pays, en cherchant à mesurer l'ampleur du réseau mis en place et son caractère contraignant ou non. Cette thématique fera l'objet du premier chapitre de cette seconde partie. Comment s'organisait le travail sanitaire de l'État ? Dans quelle(s) optique(s) était-il mis en place ? Avait-il un impact dépassant le cadre strict de la médecine sociale ? Voilà quelques questions qui seront abordées dans ce chapitre.

Si un ou des quadrillages devai(en)t être observé(s) selon ces critères, la question suivante serait alors de savoir s'il(s) renforçai(en)t d'autres quadrillages, d'ordre politique, religieux ou culturel. Ceci doit se vérifier d'abord en observant la place accordée à d'autres acteurs sanitaires que ceux du service de l'hygiène dans l'organisation générale et au rôle qui leur était confié ou abandonné. Dans le deuxième chapitre, nous envisagerons la place des sociétés missionnaires, en étant attentive à la fois aux traces de collaboration et/ou de contrôle exercées à leur égard. Nous nous pencherons sur l'action sanitaire et médicale mise en place par les missions à destination de la population dans son ensemble. Nous avons réservé le volet de protection maternelle et infantile pour la troisième partie de ce travail. Chaque société missionnaire sera passée en revue, dans sa manière d'organiser son travail, d'y associer des aspects d'évangélisation, mais aussi sous l'angle de ses installations matérielles.

Nous scruterons également la manière dont les services sanitaires et administratifs officiels employaient ou associaient des acteurs non sanitaires à l'organisation générale d'une politique sanitaire sur le terrain : faisait-on appel aux fonctionnaires territoriaux, aux agents de services techniques ou autres (travaux publics, service vétérinaire, etc.), aux autorités politiques pour appuyer les décisions prises dans ce champ d'action spécifique ? Quel rôle leur demandait-on éventuellement de jouer ? Dans quels secteurs spécifiques de la santé et de l'hygiène ? L'activité sanitaire mise en place pouvait-elle modifier les relations entre ces différents acteurs et les populations ? Engageait-elle des processus d'emprises autres que sanitaires et médicales ? Nous tenterons de déterminer si ces activités sanitaires permirent d'accroître ou d'asseoir une certaine forme d'emprise « coloniale » au Ruanda (6).

Il devient alors important de mesurer, dans le cadre limité de nos sources occidentales, la manière dont les populations ressentirent ces diverses actions d'hygiène publique et de couverture médicale et sanitaire. Y a-t-il des indices permettant de discerner leur accord ou leurs réticences ? Quelles furent ces réactions ? Comment se manifestèrent-elles ? Eurent-elles un impact sur les politiques et pratiques menées sur le terrain par les autorités et les sociétés

5 Il serait également possible de scruter les quadrillages sanitaires appliqués à des collectivités restreintes (prisonniers, soldats, malades mentaux). Nous avons délibérément choisi de laisser de côté ces cas spécifiques, car ils nous semblaient peu pertinents par rapport à l'hypothèse que nous cherchons à éprouver ; en effet, même dans des sociétés où l'emprise des pouvoirs publics est très lâche, ce type de groupements fait l'objet de longue date d'une surveillance sanitaire serrée (voir entre autres D. ARNOLD, *Colonizing the Body. State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India*, Berkeley-Los Angeles-Londres, 1984, ou encore les divers travaux inspirés de la pensée de Michel FOUCAULT, et en particulier *Surveiller et punir. Naissance de la prison* (Paris, 1975).

6 Comme nous l'avons déjà évoqué dans l'introduction générale de ce travail, le terme colonial ne doit pas être pris ici au sens légal du terme, puisque le Ruanda était un territoire sous mandat. Nous envisageons sous ce terme davantage la confrontation de deux sociétés, l'une étant soumise à l'autre.

missionnaires ? Nous tenterons d'apporter des éléments de réponse à ces interrogations dans le troisième chapitre.

En conclusion, nous nous interrogerons sur le fait de savoir d'une part si l'action (éventuellement) prégnante des services sanitaires sur la société et les populations était le fruit d'une politique sanitaire soigneusement pensée et mûrie ou l'effet des balbutiements d'une politique procédant par essais et erreurs ; et d'autre part, au cas où un renforcement des autres champs de pouvoir aurait été constaté, si cette collusion entre action sanitaire et emprise occidentale avait été conçue et organisée consciemment ou inconsciemment, si elle était le résultat induit par ses actions ou le fruit d'un choix délibéré dès le départ. La recherche de documents officiels théorisant cet aspect des choses sera employée.

Nous souhaitons encore signaler les difficultés liées au type de sources exploitées : les rapports officiels notamment sont peu diserts sur les pratiques du travail effectué sur le terrain. En ce sens, nous rejoignons l'historienne britannique Ann Beck pour laquelle les sources officielles concernant l'Afrique de l'Est britannique sont écrites dans un langage trop vague pour fournir au lecteur contemporain une connaissance précise de ce qui se passait concrètement sur le terrain (7). Trop souvent, les sources officielles concernant le Ruanda sous administration belge recèlent des lacunes similaires. Malgré tout, le croisement des sources officielles et non officielles permet de dessiner un schéma d'ensemble.

7 A. BECK, *A History of the British Medical Administration of East Africa, 1900-1950*, Cambridge, 1970, p. 31.

Action sanitaire de l'Etat



1.

CHAPITRE 1. ACTION SANITAIRE DE L'ÉTAT

Lorsqu'en 1923, après une vingtaine d'années de colonisation allemande et près de sept ans d'occupation militaire par les troupes belges, la Belgique se vit confier sous mandat de la Société des Nations l'administration du territoire, la situation sanitaire du Ruanda, en dépit de l'activité déployée par l'occupant allemand (notamment dans la lutte contre la maladie du sommeil), ne laissait pas d'être préoccupante. Le pian, la trypanosomiase humaine, la malaria, d'autres maladies à l'état endémique ou épidémique menaçaient ou frappaient les populations. L'hygiène, tant privée que publique, laissait fort à désirer. Les famines récurrentes affaiblissaient la population et aggravaient sa sensibilité aux maladies graves ou bénignes. Appréciée selon les critères occidentaux, l'éducation sanitaire paraissait inexistante et la médecine traditionnelle (d'ailleurs à peu près ignorée) d'une fiabilité ténue.

Le défi à relever paraissait et était effectivement considérable. Contrainte à une obligation de résultat en raison du mandat qui lui avait été confié et du regard critique des puissances coloniales opérant dans les territoires voisins, la Belgique, et singulièrement les autorités publiques, se devaient d'agir vite. Pour y faire face, quelle stratégie fallait-il mettre en place ?

Dans un territoire où la médecine libérale était inexistante, l'État était amené à installer un réseau permettant à l'ensemble de la population de se faire soigner pour les maladies les plus courantes. Trois secteurs s'avéraient complémentaires dans ce domaine : le maillage hospitalier, la lutte contre les endémies et épidémies sur un plan à la fois préventif et curatif, enfin le développement d'une politique d'hygiène publique. Dans la pratique, l'administration mandataire opta en fait pour quatre types d'actions, considérées comme complémentaires ou contradictoires selon les cas : outre les trois volets précités, elle ajouta des missions spéciales de lutte contre les maladies considérées comme prioritaires (la trypanosomiase humaine et le pian).

Dans ce chapitre, nous envisagerons successivement ces quatre segments sanitaires mis en place par l'administration mandataire à destination de l'ensemble de la population, en nous efforçant de confronter autant que possible théorie et pratique, réglementations et actions sur le terrain. Pour des raisons de lisibilité, nous évoquerons successivement ces secteurs de politique sanitaire générale, bien qu'ils soient parfois imbriqués les uns aux autres. Nous demandons au lecteur d'excuser les éventuelles impressions de répétition qui marquent l'enchevêtrement de ces aspects à un moment ou un autre.

Nous envisagerons successivement ces quatre types d'action, en gardant à l'esprit notre questionnement de départ. Ces segments d'activités opéraient-ils une contrainte systématique et méthodique sur les populations ? L'activité sanitaire et médicale produisait-elle une emprise sur les populations ? Cette emprise, si emprise il y avait, était-elle consciente ou non, voulue ou accidentelle ? L'observation de ces diverses activités permettra, nous l'espérons, de discerner dans quelle mesure un quadrillage sanitaire fut mis en place, dans quels secteurs, de quelle manière et avec quelle ampleur.

Avant d'examiner ces secteurs d'activités, nous passerons brièvement en revue les modes d'action des territoires voisins (Congo belge et Afrique orientale britannique,

principalement l'Uganda), afin de mieux situer les pratiques et options prises par les autorités mandataires belges au Ruanda.

A. LES MODELES SANITAIRES DES COLONIES VOISINES

Les modèles congolais et est-africain britannique ont peut-être joué un rôle dans les orientations choisies par les autorités administratives et sanitaires des territoires sous mandat belge. Nous passerons rapidement en revue les stratégies et les options de pénétration médicale britanniques et belges avant d'analyser la situation au Ruanda. On y constate des similitudes (option de départ pour une médecine destinée au cadre européen, prise de conscience tardive de l'état de santé des populations africaines, choix de médecine de masse), mais aussi des divergences dans le type d'actions prônées pour faire face à la situation nosologique.

§ 1. Afrique orientale britannique

Avant de résumer les grandes tendances sanitaires mises en place en Afrique orientale britannique, il n'est pas inutile de rappeler que cette région présentait des situations contrastées. On y trouvait des terres de colonisation européenne comme le Kenya (avec le corollaire des réserves dites indigènes) et d'autres où la politique d'administration indirecte était d'application (notamment l'Uganda) (8). Sous un autre angle, certaines régions connaissaient de faibles densités de population, comme les savanes du Tanganyika Territory, alors que d'autres avaient une forte densité démographique. Enfin, des écosystèmes divers caractérisent ces régions, et les questions sanitaires s'y posaient dès lors différemment.

Nous parlerons ici surtout du sud de l'Uganda, afin de comparer deux régions assez proches en termes de gouvernement local (emprise de l'État monarchique sur la société, domination des pasteurs sur les agriculteurs), de type de colonisation (l'Uganda comme le Ruanda ne connaissaient pas de colonie de peuplement et étaient soumis au régime d'administration indirecte), de populations (des agriculteurs et des pasteurs connaissant une densité démographique élevée), d'écosystèmes (plateau et haut plateau continental au climat influencé par l'altitude) et d'activités économiques (agriculture et élevage, quasi absence d'exploitations minières).

En Uganda comme au Kenya, les autorités britanniques concurent les premiers services médicaux comme prioritairement destinés aux Européens, et plus particulièrement aux employés de l'État ; elles n'avaient pas de plan sanitaire élaboré (9). Dans un second temps, l'administration se préoccupa de la santé des travailleurs indiens et africains occupés à la construction du chemin de fer de Mombasa à Kampala. Les populations africaines n'étaient prises en compte par les services sanitaires officiels qu'en cas d'épidémie. Au Kenya, en dehors de ces crises sanitaires, les services officiels s'en remettaient aux missions pour la santé des

8 Les informations sur l'Uganda sont extraites de W. HAILEY, *An African Survey...*, op. cit., p. 2, 1392. Pour le Ruanda, voir notamment P. GOUROU, *La densité de population au Ruanda-Urundi. Esquisse d'une étude géographique*, Bruxelles, IRCB, 1953. Nous avons également utilisé les actes du colloque d'Usumbura d'octobre 1989 : *Histoire sociale de l'Afrique de l'Est*, Paris, 1991.

9 Les informations concernant l'Afrique orientale britannique sont extraites de A. BECK, *A History of the British Medical Administration...*, op. cit. ; 127 ; J. ILIFFE, *East African Doctors...*, op. cit., p. 27-33.

populations dans les réserves, des territoires réservés aux populations locales et soumis à un régime spécial, à côté des grandes plantations européennes (10).

Il fallut attendre l'épidémie de maladie du sommeil qui toucha l'Uganda entre 1900 et 1904 pour que les autorités s'intéressent de plus près à la santé des populations autochtones. Le personnel médical expérimenta diverses mesures de protection des Européens et des populations africaines : les essais et erreurs de ces expériences expliquent les changements répétés de politique sanitaire avant la Première Guerre mondiale. Selon Ann Beck en effet, en Afrique orientale, et plus particulièrement en Uganda, ce fut l'expérimentation de nouvelles méthodes qui entraîna petit à petit l'élaboration de nouvelles politiques par les fonctionnaires coloniaux et non l'inverse : le mouvement de départ venait des réalités du terrain et non de théories élaborées dans les bureaux des supérieurs hiérarchiques. Pour cette historienne, « the history of medical evolution in the East African colonies is characterized by many very abrupt changes caused by a combination of medical, political, and economic factors » (11). Nous verrons que son analyse s'applique assez bien à la situation au Ruanda.

Parmi les facteurs explicatifs de ces volte-face, Ann Beck signale les perceptions divergentes en métropole et sur le terrain, les soubresauts budgétaires, l'importante rotation des effectifs sanitaires et des autorités politiques coloniales en Afrique. Elle y ajoute l'adaptation de la théorie aux réalités de terrain : les autorités devaient composer avec les coutumes et les croyances des populations ciblées (notamment la magie et la sorcellerie), afin de ne pas se les aliéner. Beck donne encore l'exemple des découvertes scientifiques : une fois connue la durée du cycle du trypanosome, une modification de la politique de déplacement des populations s'avéra nécessaire, l'infectivité de la mouche étant plus longue que ce que l'on pensait précédemment. Ces incohérences et changements de caps existaient à l'intérieur de chaque territoire, mais également entre les possessions britanniques : il n'y avait guère de coordination des politiques sanitaires et les essais de conférences régionales n'eurent que peu de succès ou d'efficacité.

Lorsque la maladie du sommeil fut mieux connue et mieux circonscrite, les discours des services médicaux britanniques firent désormais de la lutte contre les maladies récurrentes (malaria, choléra, typhus, peste, méningite cérébrospinale, etc.), une priorité ; en effet, elles étaient considérées non seulement comme dangereuses pour le personnel occidental, mais aussi comme menaçantes pour le développement du pays par les risques qu'elles faisaient peser sur la santé des Africains. Or ces maladies impliquaient une politique d'hygiène publique, de médecine préventive et d'éducation de base des populations. Cependant, avant la Première Guerre mondiale, les réalités de terrain n'infléchirent guère les décisions prises en métropole ou en Afrique de l'Est : l'hygiène publique demeura absente des rapports des services médicaux.

Les modifications hiérarchiques entre métropole et colonies eurent un impact sur les lignes politiques adoptées en ce domaine. Aux alentours de 1910, les rapports médicaux ne furent plus expédiés au *Colonial Office*, mais à l'*Advisory Medical and Sanitary Committee for Tropical Africa*. Le changement d'instance de référence entraîna un changement de priorité : désormais, l'hygiène publique (*sanitation*) fut

10 Le terme *réserve* provient du mot anglais *reservation*, un vocable apparu vers 1830 aux États-Unis et au Canada pour parler des territoires réservés aux Indiens. Il fut également employé en Afrique du Sud et dans les colonies britanniques.

11 A. BECK, *A History of the British Medical Administration of East Africa...*, op. cit., p. 24-25.

d'avantage mise en exergue. À la veille de la Première Guerre mondiale, une nouvelle stratégie se mit en place qui encourageait l'établissement en Afrique orientale de départements distincts, l'un s'occupant de soins médicaux, l'autre d'hygiène publique.

Les déplacements de troupes, et surtout le grand nombre de porteurs embrigadés par les armées britanniques et allemandes en Afrique de l'Est, modifièrent également la politique sanitaire dans la région. Ces contingents de porteurs connurent en effet une énorme morbidité et mortalité. Les autorités coloniales prirent conscience du mauvais état de santé général des populations de la région. Jusqu'alors, elles ne s'étaient penchées sur ces populations qu'en cas d'épidémies et n'avaient pour ainsi dire aucun contact avec les gens vivant dans les réserves. En 1917, les autorités militaires britanniques exigèrent un examen médical systématique des recrues. Pour la première fois dans l'histoire médicale de l'Afrique orientale, un bilan médical complet fut effectué pour chaque recrue africaine. Ces enquêtes furent effectuées dans les habitations des futurs soldats et porteurs : les agents médicaux découvrirent des populations qui ne se rendaient jamais dans leurs dispensaires, ainsi que leurs conditions de vie. La conclusion fut que l'état de santé général dans les provinces du Kenya et du Nyanza était déplorable et causé en premier lieu par le pian. Dès lors, les autorités se préoccupèrent de l'hygiène des camps et de l'hygiène alimentaire.

En parallèle, la guerre mit en exergue le manque de personnel sanitaire. Une attention plus soutenue envers la formation d'auxiliaires médicaux africains se développa dès les dernières années du conflit ; des voix s'élevèrent pour demander davantage de moyens matériels et humains pour couvrir les besoins sanitaires des populations dans leur ensemble, car la guerre avait aggravé la situation sanitaire en affaiblissant les populations et en répandant les maladies dans des zones élargies. Des épidémies se développèrent durant la guerre, mais également après le conflit, lors du rapatriement des contingents dans les réserves où aucune mesure d'hygiène publique n'avait été prise pour les éviter. La famine et la grippe achevèrent d'aggraver la situation. Les services médicaux et territoriaux mirent alors sur pied une série de mesures préventives : construction d'abris le long des routes du retour, inspections médicales des hommes qui rentraient dans les réserves, hospitalisation des plus faibles et des plus atteints. En métropole également, le Parlement britannique fit pression pour comprendre les raisons des pertes énormes de soldats et porteurs africains pour cause de maladies (12).

À la fin de la Première Guerre, la ligne politique générale était de promouvoir une amélioration de la couverture médicale en Afrique orientale britannique : l'horizon du rôle médical des services coloniaux s'élargit radicalement. En métropole, une série d'hommes politiques de l'époque tenaient en effet un discours sur la dette morale contractée par la métropole à l'égard des populations africaines qui l'avaient servie durant la guerre. Selon John Iliffe, ce changement de cap s'expliquait en partie par le souci de justifier les fortes augmentations de taxation qui touchaient les populations (13). Au Kenya, de jeunes associations Kikuyu exprimaient effectivement leur opposition aux taxes, recrutements de main-d'œuvre et de terres (14).

12 M.H. DAWSON, « The 1920s anti-yaws campaigns... », *op. cit.*, p. 418-419.

13 J. ILIFFE, *East African Doctors...*, *op. cit.*, p. 39.

14 M.H. DAWSON, « The 1920s anti-yaws campaigns... », *op. cit.*, p. 419.

Quel que fût le motif réel, les médecins en chef déclarèrent que les populations africaines étaient en droit de bénéficier de services préventifs et curatifs, exprimant en cela une nouvelle philosophie médicale et sociale en rupture avec les théories impérialistes de l'avant guerre. Leurs nouveaux objectifs n'étaient plus compatibles avec le rôle de « colonial stewardship of dependent peoples » (15). Ils réclamèrent l'élaboration d'un réseau de dispensaires dans les chefs-lieux, confiés à des Africains formés dans des collèges techniques. Les rapports sur la santé et l'hygiène publique dans les territoires britanniques se multiplièrent. De nouvelles mesures administratives et réglementations marquèrent ce tournant.

Progressivement, les responsables sanitaires lièrent les questions de santé à celle du niveau de vie des populations : seule une amélioration de l'éducation et des revenus ferait reculer les maladies dites sociales, telles la malaria et les maladies du système digestif. La politique sanitaire s'orienta progressivement vers une action concertée entre médecins, hygiénistes, responsables des affaires indigènes, des questions agronomes et éducatives, dans la perspective d'une médecine de masse. Les moyens disponibles ne permettaient pas d'étendre le système curatif sur des bases individuelles. Cette option générale demeura inchangée jusqu'à la Seconde Guerre mondiale : les coupes budgétaires liées aux retombées de la crise économique mondiale ne permettaient plus d'envisager des changements majeurs. Sur le terrain, les services s'efforcèrent de maintenir un système équilibré et performant d'organisation médicale curative et préventive couvrant l'ensemble de la région.

§ 2. Congo belge (16)

Au Congo belge, on constate des similitudes avec les observations d'Ann Beck en Afrique orientale anglaise. Les médecins civils, placés sous l'administration militaire, s'occupaient de médecine individuelle pour les agents européens dans les centres importants, notamment le long de la route des caravanes (17). Petit à petit, la prise de conscience des risques encourus suite aux endémies et épidémies touchant les populations africaines amena la mise en place de mesures prophylactiques de protection des Occidentaux et de leur personnel (domestiques, soldats, clercs). Par ailleurs, le souci de préserver la main-d'œuvre employée sur de grands chantiers (tel le chemin de fer du Bas-Congo) favorisa l'implantation d'une organisation sanitaire et médicale plus systématique.

Mais de nombreux scientifiques attribuent le déclenchement d'une médecine de masse à destination des populations africaines à la découverte des ravages de la maladie du sommeil. Le Dr Jacques Schwetz, qui organisa la première mission antitrypanosique constituée, estimait « que les nouvelles méthodes de lutte contre cette maladie furent le point de départ de la médecine sociale pratiquée actuellement sur une vaste échelle » (18). Le Professeur Malengreau estimait lui

15 A. BECK, *A History of the British Medical Administration of East Africa...*, *op. cit.*, p. 200.

16 Voir entre autres P.G. JANSSENS, « Comparative aspects: I. The Belgian Congo », *op. cit.*, p. 209-227. Voir également des publications plus anciennes, telles que G. TROLLI, « Le service médical au Congo belge... », *op. cit.*, p. 187-204 ; A. DUBOIS et A. DUREN, « Soixante ans d'organisation médicale... », *op. cit.*, p. 1-36.

17 G. TROLLI, « Le service médical au Congo belge... », *op. cit.*, p. 188. Ce type d'option se retrouvait dans l'ensemble des colonies, françaises notamment.

18 J. SCHWETZ, *L'évolution de la médecine au Congo belge*, Bruxelles, 1946, p. 2 ; A. DUBOIS et A. DUREN, « Soixante ans d'organisation médicale au Congo belge », *op. cit.*, p. 8. Jacques Schwetz (1874-1957), médecin d'origine russe diplômé de l'Université de Lausanne, travailla au Congo à partir de 1909. Affecté à l'étude de la maladie du sommeil, il se consacra à l'étude des mouches tsé-tsé et

aussi que les mesures prises par l'État contre cette maladie « sont à l'origine de son Service de l'Hygiène » (19). Plus récemment, l'historienne Maryinez Lyons a souligné que la lutte contre la maladie du sommeil fut, comme dans beaucoup d'autres colonies africaines, le premier réel effort fait par les Européens pour s'occuper de la santé des Africains au Congo (20). Allant plus loin, elle argue que « the long campaign against a single disease, namely sleeping sickness, directly affected and even determined much administrative policy in the Belgian Congo and was especially instrumental in the development of the medical service » (21).

Au fil des découvertes scientifiques, la trypanosomiase perdit son caractère sensationnel : devenue une maladie tropicale parmi d'autres, elle permit aux services mandataires et coloniaux de consacrer davantage de temps au travail préventif et curatif en général. La découverte des agents de transmission des principales endémies et d'une thérapeutique spécifique accentua le caractère social de la médecine coloniale et cautionna le point de vue officiel qui maintenait une médecine privée pour les Européens et une médecine sociale pour les Africains. Un des fondateurs de la FOMULAC résumait cette scission : « pour intéressante que soit la médecine individuelle indigène (...) il importe assez peu de sauver les individus si les collectivités sont menacées de disparition » ; il ajoutait : « la médecine sociale est surtout le domaine du médecin fonctionnaire. C'est à l'État, en effet, qu'il appartient de protéger la société contre les épidémies, les endémies, et les autres dangers qui menacent sa santé. Cette protection fait partie de l'ensemble des services sociaux dont la charge incombe aux pouvoirs publics. C'est à juste titre que, dans nos administrations modernes, elle est assurée par ce qu'on nomme le département de la santé publique, encore appelé le Service de l'Hygiène. »

Le rôle de ce que l'on appelait « l'assistance médicale aux indigènes » était de lutter contre les endémies et épidémies, d'améliorer les conditions hygiéniques de vie des populations locales, de diminuer la mortalité infantile et de favoriser la natalité. En 1926, l'ancien médecin en chef de la colonie, Jérôme Rodhain, énumérait les maladies prioritaires pour le Service de l'hygiène : maladie du sommeil, malaria, syphilis, tuberculose, helminthiases et lèpre. Il estimait qu'en mettant sur pied un réseau de formations sanitaires fixes épaulées par des missions spéciales contre la maladie du sommeil, « le Service de l'hygiène a choisi une organisation appropriée à la situation du pays ; il ne doit pas changer de méthode, mais *donner une extension plus grande à ce qui existe* » (22). Dans un premier temps, les responsables sanitaires de la Colonie optèrent effectivement pour une conception extensive du travail médical. À côté de quelques hôpitaux dans les centres les plus importants, des missions spéciales s'attaquaient aux endémies graves. De modestes dispensaires de brousse furent multipliés. Une nouvelle étape fut celle des programmes d'action intensive mis sur pied par des organismes tels le Fonds Reine Elisabeth pour l'Assistance Médicale aux Indigènes du Congo belge (FOREAMI),

dirigea le laboratoire de Stanleyville. De 1936 à 1955, il fit une série de voyages d'études au Congo, consacrés principalement à la bilharziose.

19 F. MALENGREAU, *L'enseignement médical...*, *op. cit.*, p. 19-22. La citation suivante est extraite de ce passage.

20 M. LYONS, « Sleeping sickness epidemics and public health in the Belgian Congo », *op. cit.*, p. 105.

21 M. LYONS, « From 'Death Camps' to *Cordon sanitaire* : The development of sleeping sickness policy in the Uele District of the Belgian Congo », in *JAH*, XXVI, 1985, p. 70.

22 J. RODHAIN, « Les grands problèmes de l'hygiène et l'organisation... », *op. cit.*, p. 11 et 20. C'est l'auteur qui souligne. Jérôme Rodhain (1876-1956) travailla plus de vingt ans au Congo. Il participa aux principales missions de recherche scientifique sur la maladie du sommeil. De 1920 à 1925, il fut médecin en chef de la colonie.

qui visaient à traiter systématiquement toute la population contre toutes les maladies (23).

L'objectif du FOREAMI, un organisme médical semi-autonome établi à l'aide d'un fonds octroyé par le gouvernement belge et la Colonie, était d'assainir complètement une zone déterminée en y organisant une assistance médicale intensive et totale. Les régions choisies étaient déterminées sur base de l'état sanitaire des populations et de la situation démographique. La zone d'action, dénommée secteur, était divisée en sous-secteurs (*grosso modo* de la taille d'un territoire) dirigés par des médecins. Chaque sous-secteur comportait une série de cercles (de vingt cinq à trente mille individus), dirigés par un médecin et un agent sanitaire s'appuyant sur une équipe d'auxiliaires africains (infirmiers, aides-infirmiers, messagers, chauffeurs-mécaniciens, travailleurs, etc.). À l'échelon des cercles, médecins et agents sanitaires effectuaient des tournées itinérantes de dépistage, accompagnés d'une partie des auxiliaires africains. Une fois la région entièrement traitée, le FOREAMI rétrocédait la zone au service médical de la colonie.

Le recensement était « la pierre angulaire de l'action du FOREAMI. Il se pratiqu[ait] case par case, famille par famille. Chaque homme est touché par le médecin et subit un examen médical complet. Recensement et examen sont renouvelés tous les six mois. Toutes les populations englobées dans un cercle sont ainsi placées sous un contrôle médical suivi » (24). La première expérience du FOREAMI au Bas-Congo visa 600 000 personnes. Elle comptait un personnel nombreux (vingt-six médecins, vingt-trois agents sanitaires, quatre médecins agréés, quarante infirmières religieuses et près de cinq cent auxiliaires congolais). Nous aurons l'occasion de comparer ces effectifs à ceux qui furent affectés à la lutte antipaludique au Ruanda sur des bases organisationnelles et conceptionnelles similaires.

L'expérience mise en place par le FOREAMI inaugura une nouvelle conception de l'« assistance médicale aux indigènes », que l'on peut résumer par les termes recensement, dépistage et traitement méthodiques et systématiques d'une région par des équipes itinérantes. Ce type de choix était fort différent de ce que les Britanniques avaient préconisé au Tanganyika Territory par exemple (un réseau de dispensaires tenus par des infirmiers africains), bien que les autorités médicales belges et britanniques aient opté toutes les deux pour une médecine de masse (25). Si l'objectif, similaire, était de soigner la population dans son ensemble par des agents sanitaires et médecins fonctionnaires, d'un côté on optait pour le fait d'aller chercher le malade là où il se trouvait et de le contraindre à se faire soigner, quand, de l'autre, on lui offrait la possibilité de se faire traiter en se déplaçant lui-même. Selon Nancy Hunt, le « Foreami aimed at an extraordinarily minute and authoritarian demographic and medical censusing of local populations » (26).

23 A. DUREN, « L'organisation médicale du Congo belge et du Ruanda-Urundi », in *Société belge d'études et d'expansion*, 1950, p. 757. Sur le FOREAMI, voir J. ANDRE et J. BURKE, « Développement des services de santé », *op. cit.*, p. 105-120. Le FOREAMI, créé par arrêté royal en octobre 1930 et doté de la personnalité civile, était un organisme autonome dirigé par un conseil d'administration installé en métropole, chargé de gérer un capital composé d'une dotation nationale de cinquante millions, d'une dotation de la Colonie de cent millions et d'un don de la reine Élisabeth de 282 000 francs. Le Fonds démarra ses activités dans le district du Bas-Congo de 1931 à 1936.

24 A.-R. BOLAMBA, « Le service du Fonds Reine Élisabeth pour l'Assistance Médicale aux Indigènes du Congo belge (F.O.R.E.A.M.I.) », in *La Voix du Congolais*, n° 160, juillet 1959, p. 379.

25 J. ILIFFE, *East African Doctors...*, *op. cit.*, p. 40-41.

26 N.R. HUNT, *A Colonial Lexicon...*, *op. cit.*, p. 252

Les médecins qui travaillaient au Congo et au Ruanda-Urundi étaient conscients que « le recensement médical (...) constitue une particularité de notre activité hygiénique » (27), ou encore que « the mobile teams relying on a complete medical census of the surveyed populations, were an outstanding original feature of the Congolese health organization » (28). Un système assez similaire existait en Afrique Équatoriale et Occidentale Française, sous la houlette du Dr Eugène Jamot depuis 1916, mais ciblant la trypanosomiase (29). La méthode Jamot était conçue en des termes militaires selon David Arnold : « the French, in particular, 'tackled the battle for health as a military operation', setting up mobile army medical teams to combat sleeping sickness, leprosy and malaria in rural Africa, and the Americans and Belgians showed a similar reliance » (30).

L'originalité du FOREAMI résidait dans ses objectifs : non seulement éradiquer toutes les maladies dans une zone déterminée, mais également accroître la santé publique et le bien-être. Il reproduisait les anciennes missions spéciales de lutte contre une grande endémie (maladie du sommeil principalement), mais ciblait toutes les maladies au lieu d'une seule (31). Un autre élément-clé de la politique sanitaire de l'administration belge dans ses possessions et mandats d'outremer était le principe de la gratuité ou du faible coût des soins (32).

Dans son bilan de l'action sanitaire officielle au Congo belge, le Dr Janssens estimait que « the preventive approach never outmatched the curative services. Nevertheless, high priority was granted to the control of the prevailing endemo-épidémic diseases, to immunization and prophylactic programmes and to appropriately planned organizations such as mobile teams entrusted with trypanosomiasis control, extended later on to leprosy, tuberculosis, and meningococcal meningitis, and eventually these teams became multipurpose » (33).

B. LE MAILLAGE MEDICAL ET HOSPITALIER OFFICIEL

Les services sanitaires officiels mirent en place durant l'entre-deux-guerres une série d'infrastructures fixes touchant principalement à la médecine curative. Nous les présenterons en fonction de leur mission (hospitalisation ou soins de jour, médecine curative ou préventive), en nous efforçant de les situer géographiquement et de donner une idée générale de l'ampleur de leur activité sanitaire et médicale.

-
- 27 A. DUBOIS, « Le développement de la médecine expérimentale au Congo belge », in *Deuxième rapport annuel (1949) de l'Institut pour la recherche scientifique en Afrique centrale (IRSAC)*, Bruxelles, 1949, p. 127.
 - 28 P.G. JANSSENS, « Comparative aspects: I. The Belgian Congo », *op. cit.*, p. 221.
 - 29 Sur le rôle et les méthodes du médecin colonial Eugène Jamot (1879-1937), voir notamment J.-P. BADO, *Médecine coloniale et grandes endémies...*, *op. cit.* Eugène Jamot (1879-1937), médecin français engagé par le service de santé des troupes coloniales, travailla pendant vingt-cinq ans à la lutte contre les endémies en Afrique (Tchad, Cameroun, Haute-Volta, Dahomey, etc.). En 1916, il créa le premier secteur de prophylaxie de lutte contre la maladie du sommeil dans l'Oubangui-Chari et y mit à l'essai les premières équipes mobiles chargées de rechercher et traiter les malades dans les villages. Il fit la même chose à partir de 1921 au Cameroun ex-allemand, perfectionnant les méthodes de dépistage, puis en Afrique occidentale.
 - 30 D. ARNOLD, « Introduction: disease, medicine and empire », *op. cit.*, p. 19.
 - 31 J. SCHWETZ, *L'évolution de la médecine au Congo belge*, *op. cit.*, p. 29 ; A. DUBOIS et A. DUREN, « Soixante ans d'organisation médicale au Congo belge », *op. cit.*, p. 11.
 - 32 P.G. JANSSENS, « Comparative aspects: I. The Belgian Congo », *op. cit.*, p. 222.
 - 33 *Ibidem*.
-

§ 1. Action curative : une vue générale

En fonction de la politique adoptée, des infrastructures fixes plus ou moins nombreuses furent construites, aménagées, agrandies, exploitées ou temporairement fermées. Il y eut en permanence des hôpitaux centraux, mais seulement par intermittence des dispensaires principaux et des hôpitaux ou dispensaires de campagne. Entre 1933 et 1938, la plupart de ces infrastructures furent remplacées par des camps temporaires de recensement et de traitement durant la mission spéciale de lutte contre le pian, qui fera l'objet d'une étude plus poussée dans un paragraphe ultérieur.

a) Importance du réseau curatif au Ruanda

Nous avons vu dans le chapitre consacré aux agents de l'administration mandataire que le nombre de médecins et d'agents sanitaires du service officiel de l'hygiène était peu élevé. Il est également intéressant d'observer le nombre d'établissements curatifs en fonction au Ruanda durant l'entre-deux-guerres (34).

La lecture du tableau n°18 fait apparaître trois éléments saillants. Tout d'abord, peu d'efforts furent fournis par l'administration mandataire belge pour organiser un réseau sanitaire dans le pays avant le milieu des années 1920. Ceci s'explique non seulement par le manque de moyens matériels et humains, mais également par les tergiversations et hésitations des autorités coloniales et mandataires en métropole et en Afrique. En effet, pendant une courte période, le commissaire royal du Ruanda-Urundi projeta de lier étroitement la couverture sanitaire des territoires sous mandat à celle de la colonie belge, par la création d'un centre hospitalier transfrontalier destiné à toute la région des grands lacs sous administration belge (Ruanda, Urundi et Kivu). Le gouverneur général proposa de l'implanter à Costermansville (Congo belge). Le ministre des Colonies, Louis Franck, s'y opposa en raison de la trop grande proximité de Costermansville avec Albertville, déjà équipée d'un hôpital d'importance (35). L'ensemble du projet fut abandonné pour des raisons de gestion administrative et financière ; cette proposition aurait en outre été impossible à défendre devant la Commission permanente des mandats. Par ailleurs, les autorités belges ne s'engagèrent pas dans des constructions et des recrutements importants avant d'avoir reçu des garanties de la Société des Nations. Or le texte définitif accordant à la Belgique le mandat sur le Ruanda-Urundi parut en été 1923, tandis que la loi belge approuvant cette résolution était publiée en automne 1924 (36).

Un deuxième élément à relever est le calque de l'action sanitaire au Ruanda sur l'exemple de la colonie. Malgré la distinction entre services médicaux coloniaux et mandataires, le modèle congolais demeurait déterminant. Son ancien médecin en chef, Jérôme Rodhain, le présentait comme une hiérarchie de « formations sanitaires fixes : hôpitaux, lazarets, postes sanitaires maritimes ou terrestres », et soulignait leur ordre de priorité (37). Le service de l'hygiène avait choisi de commencer par les hôpitaux de premier ordre (ou hôpitaux de province pour Européens et pour Africains) et les hôpitaux de deuxième ordre (c'est-à-dire les hôpitaux de district pour Africains et dispensaires de district pour Européens). Cette

34 Comparer les tableaux n°3 et 18 dans le volume documentaire.

35 Note du médépro à la DG Hygiène du MC, 13 octobre 1924 et Lettre du directeur de la 7e direction du MC au médépro en réponse à cette note, 16 octobre 1924 (AA, Bruxelles, dossier Hyg 4393 n°201).

36 Cf. le chapitre 1 de la première partie, consacré à l'administration coloniale.

37 J. RODHAIN, « Les grands problèmes de l'hygiène... », *op. cit.*, p. 17. Les citations suivantes sont extraites de cet article.

priorité s'affichait sur le terrain par la « bonne voie de progression » de ces secteurs dans la colonie. Un dernier niveau, celui des infirmeries territoriales et dispensaires ruraux ou de chefferies, était « loin d'être achevé », bien que « quelques infirmeries territoriales sont également organisées, et [que] là où existent des voies de communication rapide permettant une surveillance médicale, ont été installés des dispensaires ruraux. » Si nous transposons ces termes pour le Ruanda, cela signifiait un hôpital de province (ou de gouvernorat) en Urundi (Usumbura), un hôpital de district (c'est-à-dire de Résidence) au Ruanda (Kigali) et un autre en Urundi (Kitega), ainsi que de rares infirmeries territoriales (38). Nous reviendrons plus en détail sur les diverses formations sanitaires établies au Ruanda.

Contentons-nous dans un premier temps de vérifier dans les tableaux généraux le fait que pendant les cinq premières années, le Ruanda ne comptait qu'un seul établissement curatif fixe, un hôpital. L'étape suivante fut d'augmenter le nombre des hôpitaux et de les doubler de dispensaires principaux dans les chefs-lieux de territoire. Ce ne fut que lors d'un troisième stade que des dispensaires ruraux (l'équivalent des infirmeries dont parlait Jérôme Rodhain) apparurent. Ces indications manifestent les priorités mises par le service de l'hygiène sur le travail en hôpital plutôt que sur des centres de soins modestes desservant des régions plus reculées. En d'autres termes, l'organisation sanitaire coloniale belge s'appuya d'abord sur des « medical services modelled on a Western hospital-based system » (39).

Dernier élément évident : le développement des formations sanitaires s'accéléra à la charnière des années 1920-1930, au moment où le pays fut confronté à une famine d'une extrême gravité, qui le plaça sous les feux de l'actualité internationale et le regard scrutateur de la Société des Nations (40). L'administration mandataire belge fut questionnée sur la faiblesse de ses cadres sanitaires et vivement encouragée à les augmenter. Les témoins missionnaires lisaient ce développement comme un « résultat de la famine, bon aussi pour le pays (...) notre Ruanda se voit doter d'un corps médical complet et d'installations réellement bien comprises » (41).

b) Répartition géographique (42)

Connaître le nombre de médecins, d'agents sanitaires, d'auxiliaires médicaux ou de bâtiments hospitaliers et de dispensaires ne suffit pas à mesurer le type de maillage sanitaire mis en place par l'État (43) : s'agissait-il d'un réseau serré ou lâche, d'une offre facilement accessible ou cantonnée à des zones précises ? Les critères retenus pour l'emplacement des infrastructures sanitaires ne sont pas anodins. En principe, la suggestion des lieux d'établissement des dispensaires et hôpitaux revenait aux médecins, même si ces sites faisaient ensuite l'objet de discussions entre le service de l'hygiène et l'administration mandataire. Les médecins faisaient des prospections de terrain, en utilisant une série de critères énumérés en 1926 par le médecin provincial du Ruanda-Urundi, Joseph Olivier (44) : densité de population, rayon

38 Voir les illustrations n°125-128 sur les hôpitaux d'Usumbura et Kigali, auxquels celui d'Astrida fut ajouté à la fin des années 1920.

39 P.G. JANSSENS, « Comparative aspects: I. The Belgian Congo », *op. cit.*, p. 213.

40 Nous l'avons déjà évoquée dans le chapitre consacré à la CMS.

41 VAR, *Rapport annuel pro manuscripto 1929-1930*, n°25, Alger, 1930, p. 299.

42 Voir les cartes n°16 à 24.

43 Nous verrons dans le chapitre 2 de cette seconde partie que les établissements missionnaires venaient étoffer le réseau officiel et compléter le maillage.

44 Lettre du médépro Olivier au CR, Usumbura, le 6 janvier 1926 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°7).

d'action potentiel, voies d'accès, maladies régnant dans le pays, population européenne potentiellement intéressée, climat, état de santé général des populations, facilité de ravitaillement, prix des constructions. Les différences d'altitude et le risque de propagation de la malaria étaient pris en compte : il fallait éviter que les gens des montagnes se rendent dans les vallées pour se faire soigner.

Au début des années 1930, on ajouta le critère de l'accessibilité au dispensaire par véhicule motorisé : le médecin devait y parvenir en un court laps de temps (45). Ce critère était important : il était systématiquement mentionné dans les publications des médecins en chef qui se sont succédé à la tête de la direction du service de l'hygiène de la Colonie (46).

Le premier projet d'hôpital central pour le Ruanda, l'Urundi et le Kivu à Bukavu est révélateur de la conception du travail médical qui avait cours dans les milieux coloniaux belges à la fin de la guerre : la priorité était de construire des hôpitaux dans les centres névralgiques de la colonisation belge. Cette attitude était typique d'un nouvel arrivant européen outre-mer : la concentration importante d'Occidentaux dans ces centres justifiait la présence d'un médecin. Or les hôpitaux pour Africains devaient être dirigés par un docteur en médecine : en positionnant ces hôpitaux dans des centres européens, l'administration faisait d'une pierre deux coups.

La seconde étape, celle qui consistait à déployer des centres sanitaires dans l'ensemble d'un territoire ou d'une province, semble avoir été surtout fonction de l'offre de voies de communication carrossables. Nous verrons que le critère de l'accessibilité semble avoir été prépondérant et que l'élaboration du maillage sanitaire eut souvent lieu en aval des grands travaux publics.

L'implantation des constructions sanitaires mérite d'être examinée dans une perspective de centre ou de périphérie, tant sur le plan géographique global (où étaient situés les hôpitaux et dispensaires par rapport aux centres administratifs, voies de communication, gisements miniers, exploitations agricoles, frontières, marchés, etc.) que sur le plan local (au centre, à l'extérieur, à proximité ou éloignés du poste administratif, des écoles, des quartiers d'habitation d'Européens, des habitations de notables rwandais, etc.). En effet, le positionnement spatial des dispensaires et hôpitaux par rapport aux grands centres de décision et de pouvoir politique, économique ou religieux donnait des indications sur les liens tissés ou supposés exister entre l'activité sanitaire et les autorités (missions et État). Il témoignait des priorités et des précautions prises en terme d'hygiène publique ou de sécurité.

Or, que constate-t-on ? Il y a dès le départ un hôpital dans le centre administratif et politique de Kigali. Lorsque Astrida-Butare se développe sur le plan missionnaire et scolaire, et plus encore quand on planifie d'y déménager la capitale du Ruanda-Urundi, un hôpital d'importance y est mis en chantier. La capitale rwandaise du *mwami*, Nyanza, dispose d'une infirmerie d'importance, puis d'un hôpital au cours des années 1930. La cité de villégiature de Kisenyi, très prisée des Occidentaux, disposait d'un dispensaire important avant la fin des années 1920. Les zones de prospection minière, et la route vers l'Uganda étaient équipées elles aussi de

45 Lettre du MDR au RR, Kigali, 19 juin 1933 et réponse du RR-adjoint Paradis au MDR, Kigali, 21 juin 1933 (AA, Bruxelles, dossier RW 535).

46 Par exemple G. TROLLI, « Le service médical au Congo belge depuis sa création... », *op. cit.*, p. 198.

dispensaires, tout comme la région de Shangugu, proche du Congo, où l'on trouvait des exploitations agricoles européennes.

Cependant, lorsque l'on cherche à affiner l'analyse, en observant chaque localité en particulier, il s'avère difficile de déterminer les enjeux locaux, car nous n'avons pas trouvé de cadastre détaillé. Nous ne savons dès lors pas avec exactitude où se situaient les bâtiments de l'État (prison, poste administratif, camp de la Force Publique, établissements curatifs, etc.), pas plus que les marchés, les quartiers commerçants arabes, etc. La question de centre ou de périphérie reste à étudier sur le plan local.

c) Ampleur de l'activité sanitaire officielle

Le nombre des formations sanitaires et leur implantation n'indiquent pas nécessairement le degré d'intensité de l'activité déployée dans le domaine médical. Nous nous proposons dès lors de fournir au lecteur quelques indications chiffrées sur les consultations réalisées et sur le volume des hospitalisations (47). Ces chiffres ont eux-mêmes leur faiblesse : ils ne nous livrent pas d'informations sur le nombre de personnes concernées par les soins (une même personne peut en effet faire l'objet de plusieurs consultations), ni leur qualité ou leur contenu.

Ils permettent néanmoins de se faire une idée de l'ampleur de l'activité déployée. Ils soulignent en outre les changements de méthodes appliqués dans la région. On constate une importante activité dans les centres hospitaliers centraux et régionaux, mais également des interruptions et des reprises contrastées. Nous aurons l'occasion de revenir plus longuement sur le principal changement opéré dans les méthodes de travail au Ruanda entre 1934 et 1938, lors de la campagne antipianique : les centres régionaux fixes furent abandonnés au profit d'une action itinérante dont nous fournirons le volume en temps opportun (48). Seuls les hôpitaux centraux de Kigali et Astrida-Butare furent maintenus sans interruption ; le volume de leurs activités augmenta suite à l'envoi des malades les plus gravement atteints repérés par le service médical et sanitaire en campagne de prospection et de recensement.

§ 2. Hôpitaux centraux et polycliniques

Durant les vingt ans étudiés, deux hôpitaux de l'État furent mis en place à destination des Africains, le premier à Kigali dès la fin de la Première Guerre mondiale, le second à Astrida à partir de 1925. Ces deux établissements connurent de nombreux agrandissements et transformations durant les années 1930. En parallèle, l'administration mandataire construisit deux hôpitaux pour Européens aux alentours de 1930. Nous présenterons un bref historique de ces implantations, puis nous analyserons leur mode de fonctionnement et d'organisation, ainsi que la conception du travail hospitalier à la base de leur activité. La question matérielle ne sera pas négligée, tout comme le volume de travail fourni par ces institutions.

a) Bref historique

Lorsque les fonctionnaires et médecins belges arrivèrent au Ruanda-Urundi, ils trouvèrent des établissements abandonnés par les Allemands. Le premier maillage hospitalier des territoires sous mandat belge fut une simple reprise de ces hôpitaux. Les colonisateurs précédents avaient en effet privilégié l'implantation d'hôpitaux généraux dans les villes les plus importantes d'Afrique de l'Est. En 1914, il y en

47 Voir le tableau n°19.

48 Cfr le tableau n°25.

avait douze en Afrique orientale allemande, plus deux pour Européens à Dar Es Salaam et Tanga (49). Selon l'historien rwandais Jean-Bosco Rushatsi, en 1913, les Allemands avaient lancé la construction d'un hôpital pour Africains à Kigali, qui devait compter quatre salles de six lits, une cuisine et un bâtiment isolé. Un an plus tard, ils avaient entamé un chantier à Kisenyi pour y établir un hôpital pour Noirs, une maison pour médecin et une chambre d'hospitalisation pour Européens (50). Durant la Première Guerre, ils avaient en outre installé un hôpital militaire dans la station protestante de Rubengera (51).

Entre 1916 et 1918, l'administration militaire belge ouvrit un hôpital de campagne dans d'anciens bâtiments de la puissance coloniale allemande à Kigali. Cet établissement, le premier hôpital tenu par des belges à destination des Africains, fut maintenu en fonctionnement sous le mandat belge, mais connut des modifications durant tout l'entre-deux-guerres. Un élément essentiel de l'organisation sanitaire officielle résidait en effet dans une séparation des établissements hospitaliers (hôpitaux et maternités) entre Européens et Africains. L'existence d'hôpitaux distincts pour les Blancs et les Noirs relevait d'une ségrégation que l'on vit s'amplifier en Afrique coloniale belge après la Seconde Guerre mondiale.

La séparation spatiale entre infrastructures pour Blancs et pour Noirs n'était pas l'apanage des colonisateurs belges. Les administrateurs et médecins de la plupart des puissances coloniales avançaient les risques sanitaires encourus par les Européens pour justifier l'éloignement des populations locales et la scission des deux mondes. Le motif sanitaire était un moyen commode d'expliquer le principe du *colour bar*, qui fut plus explicitement mis en place après la Seconde Guerre mondiale. Notons cependant que, lorsque des hôpitaux pour Européens furent également mis en place, les médecins se déclarèrent mécontents des distances entre les diverses infrastructures hospitalières (pour Européens et pour Africains), qui compliquaient considérablement leur travail de surveillance.

C'est un premier indice de quadrillage sanitaire entre monde des colonisateurs et des colonisés ; il semble cependant n'avoir pas été projeté et pensé par les acteurs sanitaires et médicaux, mais plutôt par les autorités politiques et administratives mandataires. C'est aussi un premier élément marquant clairement le conflit existant entre les détenteurs de pouvoir et de savoir, situation que Jean-Paul Bado a également observée en Afrique occidentale française (52). Nous verrons que les tensions entre service médical et autorités politico-administratives se répétèrent à plusieurs reprises.

Revenons-en à notre historique. Pendant les cinq premières années du mandat, Kigali fut la seule localité du Ruanda à être équipée d'un hôpital et d'une polyclinique (53). Ceci s'expliquait par le fait que cette ville était le centre administratif de la Résidence du Ruanda où se trouvaient concentrés, depuis la période allemande, tous les services mandataires du territoire (administration,

49 J. ILIFFE, *East African Doctors...*, op. cit., p. 29.

50 J.B. RUSHATSI, *Monarchie Nyiginya...*, op. cit., p. 446-447. Colette Mukangiliye rapporte au contraire que le colonisateur allemand avait limité son action sanitaire aux vaccinations ambulantes et aux dispensaires de missions, hormis l'hôpital militaire de Rubengera durant la guerre (C. MUKANGILIYE, *Les missions protestantes belges*, op. cit., p. 73).

51 L. RWANYINDO, *Le bilan du travail missionnaire*, op. cit., p. 150.

52 J.-P. BADO, *Médecine coloniale et grandes endémies...*, op. cit.

53 J. OLIVIER, « L'organisation de l'hygiène publique et maladies principales aux territoires occupés (Ruanda et Urundi) », in *ASBMT*, III, n°3, 1924, p. 353.

prison centrale, représentants de l'État, etc.). Les autres établissements hospitaliers (au demeurant plus importants) étaient implantés en Urundi (à Usumbura et Kitega). Jusqu'à la fin des années 1920, et durant la construction du nouvel hôpital, l'hôpital provisoire resta établi dans d'anciennes maisons individuelles, dont certaines, à la limite de l'insalubrité, dataient de l'occupation allemande. Dès 1920, des critiques récurrentes pointèrent la taille et les conditions d'hygiène déplorables de cet hôpital (54). En 1924, les constructions existantes furent améliorées et la création d'un nouvel hôpital décidée.

Suite à l'état délabré des anciens bâtiments, la construction d'un nouvel hôpital pour Africains fut ordonnée en mars 1929 et confiée au service des travaux publics du Ruanda-Urundi. Le premier bâtiment fut opérationnel quelques mois plus tard (55). Le choix de l'emplacement entraîna les critiques de médecins qui se plaignaient de ne pas être consultés sur des questions de cette importance. Selon le Résident du Ruanda pourtant, « le médecin provincial et le médecin du Ruanda ont été consultés lors du choix de l'emplacement de l'hôpital des noirs de Kigali. Ils se sont rendus tous les deux sur le plateau. Le projet de plan de la circonscription urbaine leur a été communiqué et expliqué à ce moment » (56). Un ensemble de difficultés limitait les possibilités de choix (étroitesse du plateau, pentes rapides à l'ouest de la circonscription urbaine). Durant toutes les années 1930, l'hôpital de Kigali continua de s'agrandir. En 1938, il comptait dix-huit bâtiments (dont une grande partie dataient de 1930), couvrant une superficie totale de 1416 mètres carrés. Sa valeur était estimée à 750 000 francs (57).

Ce ne fut qu'après l'annonce de l'abandon du projet d'une infrastructure hospitalière et sanitaire commune aux territoires sous mandat et à la colonie belge que les autorités mandataires se décidèrent à doubler l'hôpital de Kigali par un autre établissement hospitalier pour Africains au Ruanda. Le choix se porta sur Astrida-Butare, un temps pressentie pour devenir la nouvelle capitale administrative du Ruanda-Urundi. Cette option semble une fois de plus indiquer les liens entre travail sanitaire et emprise coloniale plus large, mais ne nous éclaire pas pour autant sur un éventuel renforcement du colonisateur par le travail humanitaire.

Malgré l'abandon du projet de nouvelle capitale du gouvernorat à Astrida, l'importance de ce centre européen (où se trouvaient des postes missionnaires catholiques d'envergure et le Groupe Scolaire formant les élites rwandaises et burundaises) fut décisive pour le maintien de l'implantation du second grand hôpital du pays. Astrida avait l'avantage de rééquilibrer l'offre hospitalière dans le territoire septentrional : désormais Kigali desservirait le centre et le nord du pays, tandis qu'Astrida serait plus accessible aux patients africains issus du sud du Ruanda et du nord de l'Urundi.

L'hôpital et la polyclinique d'Astrida furent construits entre 1925 et l'été 1928 par le service des travaux publics et occupés par le service médical à partir du 31 juillet 1928. Ils connurent de nombreux aménagements et agrandissements, dès l'automne 1928 (deux salles de douze lits). En 1929, d'autres bâtiments furent construits notamment pour les questions d'intendance, de maintenance et d'hygiène (cuisine, buanderie, magasin, latrines, incinérateur, morgue, habitations pour les infirmiers).

54 Lettre du médépro au CR, Kigoma, 8 mai 1920 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°7)

55 Voir les illustrations n°126-127.

56 Lettre du RR Coubeau au GRU, Kigali, 7 juillet 1930 (AA, Bruxelles, dossier RWA 535 n°2).

57 Inventaire de tous les bâtiments civils de la colonie en territoire de Kigali par l'AT-adjoint Preudhomme, 25 octobre 1938 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 86 n°28).

Il s'agissait aussi de faire face à la demande : deux pavillons de vingt-quatre lits furent ajoutés. En 1931, l'hôpital pouvait être considéré comme achevé. Cependant, jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, des travaux d'agrandissement et de transformation y furent encore entrepris.

Le premier hôpital pour Européens construit par l'administration mandataire au Ruanda fut établi dans cette localité, à la charnière des années 1920-1930. Nous avons vu qu'Alfred Marzorati avait caressé le projet d'y déplacer le siège du gouvernorat du Ruanda-Urundi. Après son départ, le projet fut abandonné, mais à ce moment, la construction de l'hôpital était déjà bien avancée. Le site choisi fut critiqué, les médecins reprochant une nouvelle fois de ne pas être consultés. Le nouvel « hôpital des blancs à Astrida est prévu à l'extrémité de la ville opposée à l'emplacement de la cité et des camps indigènes, sous prétexte qu'il se serait trouvé sous les vents dominants », à environ deux kilomètres à vol d'oiseau de l'hôpital pour Africains (58). Avant l'ouverture de ce petit hôpital (quatre chambres et une salle d'opération), les Occidentaux se rendaient dans d'autres territoires, notamment à Costermansville et Usumbura. Certains se faisaient soigner à l'hôpital anglican de Gahini, dans l'Est du territoire.

Au début des années 1930, des chambres furent également aménagées pour les Européens à proximité de l'hôpital pour Africains de Kigali. L'établissement réservé aux Occidentaux comprenait un pavillon d'hospitalisation (une chambre double pour femmes, une chambre double pour hommes), une salle de séjour, une salle de bain, des sanitaires, un magasin, une cuisine et des logements pour les *boys*. En 1932, le projet d'une maternité pour Européens fut lancé dans cette même localité. Le médecin provincial estimait le moment propice, car le retour en métropole de nombreux Occidentaux rendait l'acquisition d'habitations modernes moins onéreuse.

b) Organisation du travail hospitalier ciblant les Africains (59)

La première option sanitaire prise par les autorités mandataires pour le Ruanda fut de mettre en place quelques hôpitaux suffisamment équipés pour permettre d'hospitaliser et d'opérer des patients atteints de maladies graves. Ces infrastructures étaient complétées par des polycliniques (des hôpitaux de jour) où se déroulaient des consultations non chirurgicales. Les hôpitaux étaient de grosses machines permettant l'hospitalisation et le traitement d'une centaine de malades. Dès 1921, l'hôpital de Kigali, établi dans d'anciennes maisons individuelles, comptait 100 lits. Le nouvel hôpital augmenta cette capacité à partir de 1932 (120 lits). À la fin des années 1930, sa superficie fut une fois encore agrandie, mais le nombre de lits diminua légèrement (110 lits) : les agrandissements visaient à permettre le traitement différencié de divers types de maladies, à sérier les problèmes, à mieux isoler et traiter les cas existants. L'hôpital d'Astrida fut également conçu comme une infrastructure de 100 lits. À la fin des années 1930, divers travaux d'agrandissement et d'aménagement y furent effectués et le nombre de lits y fut légèrement diminué (95 lits à la fin de la Seconde Guerre mondiale).

L'examen de l'organisation spatiale des divers hôpitaux construits ou aménagés au Ruanda permet d'en déceler les fonctions essentielles. Si l'on observe les débuts des hôpitaux de Kigali et Astrida, on constate que l'hôpital comprenait prioritairement une salle d'opération, un laboratoire, une pharmacie et des logements

58 Lettre du GRU p.i. Postiaux au RR, Usumbura, 26 mai 1930 (AA, Bruxelles, dossier RWA 535 n°2).

59 Les informations de ce paragraphe sont notamment extraites des RAC.

« suffisamment spacieux » pour les malades, soit le minimum vital (60). L'hôpital était conçu comme un lieu de traitement et d'hospitalisation des patients gravement atteints, qui nécessitaient des opérations chirurgicales. De nombreux chercheurs ont relevé un peu partout dans le monde colonial une emphase considérée souvent comme excessive autour du travail chirurgical, sans doute parce qu'il s'agissait d'un domaine où la médecine dite traditionnelle (ou empirico-métaphysique selon les termes de Jean-Paul Bado) n'offrait guère d'alternative, et parce que ce secteur de la médecine avait l'avantage de mettre en scène des résultats spectaculaires (61). Les quelques photographies prises par des médecins de ces formations hospitalières durant les années 1930 à Astrida mettaient effectivement l'accent sur des cas chirurgicaux (62).

Dans un second temps, on y ajouta d'autres fonctions, considérées comme importantes mais moins fondamentales. Ces ajouts manifestaient une organisation croissante, ainsi qu'une augmentation quantitative et qualitative du travail médical. Y transparaisaient la volonté de sérier les activités, de mieux encadrer les malades en fonction de leur sexe, du type de maladies qui les touchait, voire de leur origine « raciale », mais également le besoin de faire face au succès croissant des hôpitaux en terme de fréquentation (par exemple augmenter la superficie de la pharmacie, établir une salle de garde, un bureau pour le médecin, une salle d'autopsie et une morgue, prévoir une chambre des filtres, des incinérateurs, une chaufferie, etc.). Le succès des hôpitaux engendrait également un accroissement du personnel et la nécessité de lui réserver des infrastructures (camps pour les infirmiers, logements pour infirmiers-chefs, cuisines et latrines séparées). Un nombre de plus en plus important de pavillons matérialisait dans l'espace cette spécialisation continue (63).

L'hôpital de Kigali en est un bon exemple. Dans sa nouvelle version, à la fin des années 1920, il comprenait un bâtiment d'entrée, un magasin-pharmacie, des pavillons de bain-douche, un bâtiment principal (dans lequel étaient installés la salle d'injection, les salles de consultations séparées pour les femmes et les hommes, un bloc de chirurgie, une salle de garde, une salle d'autopsie et une morgue) (64). Il y avait en outre une école d'infirmiers, quatre pavillons dortoirs pour opérés (24 lits chacun), des hangars pour la désinfection des plaies septiques, une salle d'attente, un entrepôt de matériel de désinfection, des huttes d'isolement, deux latrines, un magasin de vivres, une buanderie-cuisine, un réfectoire, un cabanon pour aliénés, un camp pour les infirmiers (65).

Celui d'Astrida illustre également la spécialisation et la complexité croissante des tâches assurées par l'établissement hospitalier. Il comprenait deux pavillons de 24 lits, quatre pavillons (réservés respectivement aux opérés, aux Tutsi, à la maternité et aux infectieux), des cabanons pour les aliénés, des bâtiments pour le personnel africain (salle de garde, logement pour infirmier-chef, seize logements pour infirmiers), un bâtiment lié au travail médical proprement dit (laboratoire, salle

60 RAC 1921, p. 45 et RA SM 1920-1926 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 51 n°1).

61 J.-P. BADO, *Médecine coloniale et grandes endémies...*, op. cit., p. 15-33.

62 Voir notamment les illustrations n°132-133.

63 Voir par exemple l'illustration n°128. L'hôpital d'Astrida était conçu comme un regroupement de bâtiments d'un seul étage, installés dans un espace clos ceinturé de clôtures en fil de fer barbelé.

64 Les renseignements sur la composition de l'hôpital sont tirés de la Note non datée concernant les divers hôpitaux (1929) (AA, Bruxelles, dossier RWA 535 n°2bis) ; voir également la Note du Dr Mattlet suite à la visite de l'hôpital de Kigali, 9 février 1930 (AA, Bruxelles, dossier RWA 535) ; et le RAC 1930, p. 104.

65 Note du Dr Mattlet suite à la visite de l'hôpital de Kigali, 9 février 1930, op. cit.

d'opération, bureau, salle de polyclinique), des bâtiments d'intendance (magasin-pharmacie, local pour la lingerie et la désinfection, chambre des filtres, incinérateurs), des bâtiments d'hygiène (fosses septiques, bâtiment des bains), divers lieux affectés à l'attente et au passage (hangar-abri, passage couvert, clôture en piliers et fer barbelé) et une morgue.

Au fil du temps, l'hôpital se professionnalisa. Suite au transfert du laboratoire de Kitega à Astrida en novembre 1936, la recherche fut développée et l'on ajouta un laboratoire, un local à température constante pour la fabrication de vaccins, un local animalier et un magasin de laboratoire. La formation de personnel soignant suivit : école des infirmiers à Kigali, dispensaire-école de maternité à Astrida (66). L'hôpital accueillit désormais non seulement des cas chirurgicaux, mais également des maladies chroniques et des patients atteints de maladies contagieuses ou de troubles de comportement. Dans ce cadre, des huttes d'isolement pour malades contagieux et des cabanons pour aliénés furent aménagés. En effet, un hôpital de recherches et de formation devait diversifier les cas qui se présentaient pour l'intérêt des chercheurs et des élèves, mais il les attirait aussi spontanément par les moyens matériels et humains qualifiés dont il disposait.

Dans le courant des années 1930, l'hôpital spécialisa ses diverses fonctions et les matérialisa dans l'espace. L'accueil des malades lui-même se précisa. On prévint des dépendances liées à l'hygiène (buanderies, lingerie, latrines, pavillons de bain-douche, fosses septiques...), à l'approvisionnement en vivres et eau des patients (citerne, cuisines, réfectoires, magasins des vivres, etc.). Pour une plus grande efficacité des soins, on aménagea des espaces d'accueil et d'attente, ainsi que des salles de consultations séparées pour les hommes et les femmes. La question de l'hygiène des patients semblait particulièrement préoccuper les médecins qui regrettaient encore en 1933 à Kigali que « les malades entrant à l'hôpital, recevant une chemise, ne sont même pas lavés » (67). À la même époque, les patients de l'hôpital d'État de Mulago (Uganda) étaient lavés à l'entrée et leurs têtes rasées (68).

Afin de gagner du temps, on sépara les malades en fonction des soins à leur administrer (désinfection, injections, pansements, opérations, traitements de fond, accouchements, etc.). La désinfection des plaies septiques avait lieu à l'écart du reste des activités (entrepôt et hangars séparés). Il en allait de même pour les injections qui jouaient un rôle considérable dans les soins administrés aux pianiques par exemple (on trouvait donc une salle réservée exclusivement à ces injections).

Néanmoins, l'hôpital n'était pas seulement un endroit où le patient demeurait. Il assurait également une fonction d'hôpital de jour : les gens allaient et venaient, recevaient leur traitement et rentraient chez eux. Une salle de polyclinique était installée séparément sous ce terme spécifique. Ces polycliniques offraient aux malades des consultations et des traitements réguliers ne nécessitant pas une surveillance continue ni des soins quotidiens. Le travail y était organisé dans un espace relativement simple, du moins au début. À Astrida par exemple, deux médecins travaillaient en 1927 dans des locaux de fortune : « pour tout bâtiment, un

66 Il existait un petit laboratoire à Kigali dès 1921 et son équivalent à Astrida à partir de 1929, mais le développement des laboratoires en terme d'espace et de matériel date de 1936. Voir entre autres E. BOSMANS et P.G. JANSSENS, « Laboratoires médicaux et d'hygiène », in P.G. JANSSENS, M. KIVITS et J. VUYLSTEKE (eds), *Médecine et hygiène en Afrique centrale de 1885 à nos jours*, op. cit., vol. I, p. 218-219.

67 Lettre du MDR au RR, Kigali 19 juin 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°5).

68 J. ILIFFE, *East African Doctors...*, op. cit., p. 73.

garage divisé en deux, dont une partie sert de magasin et l'autre de salle de visite, de pansements. C'est vraiment trop exigu pour une installation sanitaire qui doit tout de même fonctionner au milieu de tant de travailleurs et d'une population dense » (69).

À Kigali, l'hôpital servait aussi de polyclinique : un espace de consultation et un autre de stockage des pansements et des médicaments furent organisés, bientôt complétés par une salle de désinfection des plaies. En 1933, le médecin responsable demanda qu'on l'équipe d'un local de douche, même rudimentaire, pour améliorer l'hygiène de son établissement : « si la malpropreté des indigènes non malades est une chose très regrettable contre laquelle on ne saurait trop lutter, que dire des indigènes malades (porteurs d'ulcères suintants, couverts de mouches, galeux, pouilleux) que nous sommes obligés, à la polyclinique, de côtoyer chaque jour ? (...) une touque ou deux, avec robinet et système (primitif évidemment) de douches, serait[-elle] réalisable ? » (70)

La fréquentation de ces polycliniques posait des problèmes d'hygiène ou d'ordre public. Les patients attendaient debout en files à l'extérieur. Mais certains venaient de loin et séjournaient dans les environs de l'hôpital pendant plusieurs jours. À Kigali par exemple, les autorités administratives et médicales constatèrent que des parcelles et immeubles abandonnés étaient squattés par des malades. Elles craignaient que ces lieux puissent « devenir des foyers d'infection » (71). Nous n'avons pas trouvé d'informations permettant de connaître les conséquences sanitaires éventuellement perçues dans ce contexte.

À côté de cette fonction de consultation ponctuelle ou récurrente, l'hôpital continuait d'assurer le traitement de patients nécessitant d'être hébergés. Cette fonction connaissant un succès croissant, le nombre de pavillons-dortoirs pour malades chroniques et opérés augmenta. Ces pavillons étaient conçus dans une logique collective : ils comptaient en moyenne vingt-quatre lits chacun, et ressemblaient aux salles communes occidentales (72). Toujours dans la perspective de faciliter le travail et d'augmenter l'efficacité de l'organisation, chaque pavillon était équipé de réduits-pharmacies. On séparait les cas chirurgicaux des patients souffrant d'autres maladies.

À Astrida, on observe une volonté de ségrégation ethnique : un pavillon « pour Watutsi » fut installé dans les nouvelles constructions ; en 1935, la maternité fut divisée en deux salles (pour les Hutu et les Tutsi) ; nous y reviendrons dans le chapitre consacré à la protection maternelle et infantile. Cette tendance se confirma dans les années suivantes, ainsi qu'en témoigne le commentaire d'une religieuse infirmière employée par l'État en 1938 : « il y aurait lieu aussi de prévoir la construction de plusieurs chambres à deux lits pour les Batoutsi (...) il est absolument nécessaire de tenir compte de la distinction des races dans l'hospitalisation des malades, si l'on veut vaincre les préjugés et gagner leur confiance » (73). À Astrida, on trouve donc non seulement des séparations organisationnelles reflétant une division du travail selon les pathologies, les techniques médicales, la variété des fonctions (médicales, organisationnelles,

69 Lettre du médépro s'Heeren au GRU, Usumbura, 9 septembre 1927 (AA, Bruxelles, dossier RWA 535 n°2).

70 Lettre du MDR au RR, Kigali 19 juin 1933, *op. cit.*

71 Séance du 12 août 1925 de la CH de Kigali (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°1).

72 Voir les illustrations n°129 à 131.

73 RA SMNDA Astrida 1937-1938 (ASMNDA, Rome, Dossier B5153/3 n°5).

administratives, de maintenance, etc.), mais aussi selon une vision ethniste du pays (séparation dès le début des années 1930 des patients hutu et tutsi). Voici un nouvel indice de quadrillage sanitaire débouchant sur une forme de ségrégation, interne à la société rwandaise cette fois. Nous n'avons aucun élément nous permettant de savoir si cette ségrégation était le résultat d'une demande des autorités administratives et politiques (occidentales ou rwandaises), ou le fruit d'une décision du service de l'hygiène. Pour Kigali par contre, nous n'avons pas trouvé de mention d'une séparation entre les ethnies. Il conviendrait dès lors de poursuivre les investigations pour vérifier qu'une séparation entre Hutu et Tutsi n'y existait pas avant la Seconde Guerre mondiale.

Les mutations spatiales au sein des hôpitaux pour Africains témoignent encore du succès croissant de la chirurgie. On voit les salles d'opération s'étoffer et devenir de véritables blocs de chirurgie séparés des pavillons d'hospitalisation. Durant la seconde partie des années 1930, une nouvelle fonction de l'hôpital se matérialisa : on créa un pôle maternité dans un pavillon séparé. Nous aurons l'occasion de revenir longuement sur cette question dans la troisième partie de ce travail.

L'ampleur de ces établissements hospitaliers exigeait un énorme travail d'intendance en amont et en aval des tâches médicales proprement dites : approvisionnement en eau et bois de chauffage, nettoyage des bâtiments et des alentours, entretien des constructions, du linge, du mobilier, préparation des repas, incinération des déchets, etc. L'hôpital d'Astrida à ses débuts employait à plein temps dix domestiques (lavandières, cuisiniers...) (74).

Un dernier élément mérite d'être souligné, car il conditionnait la manière d'organiser le travail sanitaire. Le choix d'une médecine sociale officielle plutôt que d'une médecine individualisée impliquait en effet une intense activité administrative et paperassière. Chaque poste sanitaire officiel devait tenir des registres (inscriptions, personnes hospitalisées, fréquentation, traitements, opérations chirurgicales) et des livres de statistiques, mais aussi réaliser des fiches individuelles, des carnets de situation journalière, etc. Chaque passage d'un malade d'un service à un autre donnait lieu à la rédaction d'un billet d'hôpital. Des rapports mensuels et annuels devaient en outre être réalisés à destination du service provincial de l'hygiène, du médecin en chef de la Colonie et du service de l'hygiène du ministère des Colonies. Ces questions administratives avaient un impact sur le temps disponible et sur la motivation du personnel : les médecins belges ne se précipitaient pas pour faire de la médecine étatique. Nous avons déjà signalé les difficultés de recrutement auxquelles l'administration mandataire se heurta dans ce domaine.

c) Cadre matériel

Les choix architecturaux et de matériel opérés par les autorités mandataires sont une autre manière d'appréhender les réalités de l'activité sanitaire. Ils éclairent les conditions matérielles de travail, et dans certains cas reflètent des choix idéologiques ou stratégiques. La qualité des matériaux avait des conséquences sur le cadre de travail, sa propreté, sa facilité d'entretien, le confort offert ou non aux patients, etc.

74 Selon les Sœurs Blanches qui s'étaient engagées à y travailler comme infirmières salariées de l'État (ASMNDA, Rome, dossier B5153/2 n°2)

Les hôpitaux de l'État de Kigali et Astrida furent construits en briques cuites maçonnées à l'aide d'un mortier réalisé à base d'argile, remplacé ultérieurement par un mortier à la chaux plus coûteux (75). Ils étaient couverts de toits de tôles métalliques ; les sols et cours étaient cimentés. La construction de ces grands complexes hospitaliers posait de nombreux problèmes : les travaux étaient souvent ralentis par les difficultés d'approvisionnement. Certains bâtiments étaient pratiquement terminés, mais faute d'un élément (tôle, quincaillerie, bois), tout restait en suspens. L'hôpital d'Astrida demeura par exemple de longs mois dans des locaux de fortune alors que, de l'avis du médecin provincial s'Heeren, « il ne manquerait que les vis pour que les constructions faites depuis plusieurs mois puissent être couvertes de tôles et servir au fonctionnement médical » (76). Les travaux incessants d'agrandissement, d'aménagement, mais aussi d'entretien, interféraient avec le travail sanitaire : bruit, poussière, va-et-vient entre personnes non malades et patients, etc. (77)

Les représentants de l'État mandataire avaient le souci de l'apparence des bâtiments hospitaliers. Dans les hôpitaux centraux, les abords étaient pavés et couverts d'une barza, il y avait des jardins aménagés, des plantations d'arbres et de fleurs (78). Des passages couverts et des clôtures en piliers et fil de fer barbelé parachevaient les sites. Ces hôpitaux étaient toujours installés dans des constructions de modèle européen, ou – pour reprendre les termes de l'époque – dans des « habitations modernes » (79). Au fil du temps et des budgets, on passa de bâtiments autrefois affectés à d'autres usages à des constructions spécifiques répondant aux impératifs d'une activité médicale organisée.

Le type de matériaux disponibles entraîna partiellement le choix de recourir à plusieurs bâtiments regroupés dans un espace commun, plutôt que celui d'ériger un seul bâtiment de grande dimension et à plusieurs étages (80). Mais il faut également y voir l'effet d'une stratégie des autorités médicales, qui optèrent pour la multiplication de constructions de moyenne ou faible envergure de manière à ne pas trop impressionner les populations rwandaises, tout en étant suffisamment attrayantes. Un challenge de marketing : attirer sans effrayer, offrir suffisamment de services que pour toucher la grande masse dans une enveloppe budgétaire restreinte. Les bâtiments devaient répondre aux exigences de la médecine occidentale, sans être trop européens d'allure.

Le Dr s'Heeren justifiait ce choix en 1929 : « je ne suis pas partisan de ces hôpitaux, genre européen, pour Noirs. Ceux-ci sont dépayés et les indigènes surtout n'ont pas l'habitude ni l'intelligence pour se servir d'un tas d'objets mis à leur disposition » (81). Il proposait une succession de petits pavillons reliés par des jardins, concluant qu'« un hôpital, agencé de cette façon, rendrait de grands services ; sans attirer l'indigène – ne nous payons pas de mots –, il ne le rebuterait pas, et par le temps et l'expérience, l'indigène prendra de lui-même le chemin de l'hôpital quand il se sentira gravement malade. »

75 Note non datée concernant les divers hôpitaux (1929) (AA, Bruxelles, dossier RWA 535 n°2bis).

76 Lettre du médépro s'Heeren au GRU, Usumbura, 9 septembre 1927 (AA, Bruxelles, dossier RWA 535 n°2)

77 Voir l'illustration n°126 : on y voit en arrière-plan des ouvriers occupés à pelleter du sable ou de la terre.

78 Un exemple : l'allée principale de l'hôpital d'Astrida en 1935 (illustration n°128).

79 RAC 1921, p. 45.

80 Voir les illustrations n°127-128.

81 RA SHR 1929 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 51 n°4). Les citations suivantes sont également extraites de ce rapport.

Les hôpitaux étaient équipés de mobilier importé ou fabriqué sur place par les services de l'État, par des entreprises privées ou des missions. Dès 1923, l'État mit sur pied des ateliers d'ébénisterie et une forge à Usumbura qui fournissaient du mobilier pour les divers services mandataires. À partir de 1928, le Ruanda disposa d'ateliers de menuiserie à Kigali (qui fabriquèrent en 1930 le mobilier destiné à l'hôpital pour Africains de Kigali), puis à Astrida en 1930. Les médecins communiquaient au Résident la liste des besoins en mobilier dans les divers établissements rwandais ; celui-ci transmettait la commande à Usumbura au médecin provincial, qui décidait de la répartition et de l'affectation du mobilier disponible dans les différents centres médicaux des deux pays. On répondait aux besoins en puisant dans les stocks s'ils étaient suffisants, ou l'on passait commande à un atelier au Ruanda-Urundi, ou encore l'on envoyait une commande en Europe auprès du ministère des Colonies. Ceci témoigne de la lourdeur administrative qui avait cours dans le domaine sanitaire, jusque dans les plus petits détails. L'approvisionnement en médicaments engendrait le même type de procédure. Par contre, cela facilitait la tâche des médecins gestionnaires de ces hôpitaux, qui pouvaient se décharger des aspects techniques et d'approvisionnement et se consacrer plus exclusivement au travail médical proprement dit.

La question de l'équipement matériel éclaire également le travail sanitaire sous un angle idéologique. En effet, les hôpitaux pour Européens et pour Africains étaient meublés et agencés différemment, ce qui reflétait la hiérarchie sociale qui avait cours dans les espaces coloniaux. Dans les hôpitaux de l'État, il y avait des « lits pour noirs » ou « lits type hôpital Noirs », composés de ressorts avec encadrements et de panneaux de tête et de pied de lit (82). Les lits des Européens étaient équipés de matelas, de traversins et de moustiquaires. Le mobilier des salles communes pour Africains était moins complet que celui des chambres individuelles ou doubles proposées aux Européens. Dans les chambres pour les Occidentaux, il y avait table de nuit, lavabo, table et chaises, armoire, lingère et garde-robe. Au départ, seuls les locaux pour Européens étaient chauffés par des radiateurs et disposaient de fenêtres vitrées.

Nous avons vu que la chirurgie était centrale dans les hôpitaux. La salle d'opération incarnait la médecine occidentale moderne, aux antipodes de la médecine dite traditionnelle. Ici encore, les hôpitaux pour Européens et pour Africains semblent avoir été meublés différemment. Le service des travaux publics faisait réaliser dans les territoires sous mandat le mobilier des salles d'opération des hôpitaux pour Noirs (par exemple, la table d'opération de l'hôpital d'Astrida fut réalisée par la forge du gouvernement et les ateliers de menuiserie), alors que le mobilier de celles des hôpitaux pour Européens était importé (table d'opération, tabouret, escabeau, chaise métallique, vitrine à instruments, guéridon d'anesthésie, chariot-brancart, porte plateau et guéridon roulant pour instruments) (83). Nous ignorons si les salles d'opération des hôpitaux pour Africains disposaient d'un matériel identique ou moins coûteux.

82 Lettres de l'agent des magasins Pollyn, pour le chef de service provincial des finances, au médecin de Kigali et au médecin de Butare, Usumbura, 1er mai 1929 (RWA 534 n°2) ; Lettre du médecin Hoebeke au RR, Usumbura, 13 octobre 1939 (AA, Bruxelles, dossier RWA 535 n°2bis).

83 SHRU. BE 1931. Salle d'opération à l'hôpital des Blancs d'Astrida (AA, Bruxelles, dossier RWA 535 n°2).

d) Volume de travail presté

Nous avons déjà fourni les chiffres de consultations réalisées dans l'ensemble des centres hospitaliers centraux et régionaux (tableau n°19). Revenons-y brièvement à propos des hôpitaux de Kigali et Astrida. Ces établissements centraux connurent une croissance importante de leurs activités, tant comme cliniques de jour que comme centres d'hospitalisation. En vingt ans, l'hôpital de Kigali multiplia par 3,5 le nombre de consultations réalisées. Celui d'Astrida le rejoignit dès la fin des années 1920.

Si l'on se penche plus spécifiquement sur les hospitalisations proprement dites (tableau n°20), il apparaît que le nombre de malades concernés n'était pas très élevé au regard de la population totale. Le nombre des hospitalisations doubla en dix ans à Kigali et fut encore multiplié par deux durant les trois années suivantes (celles durant lesquelles la campagne antipaludique faisait rage, comme nous aurons l'occasion de le voir par la suite). En treize ans, les hospitalisations dans les deux hôpitaux centraux cumulés furent multipliées par sept.

Cependant, les chiffres posent problème, car dans certains cas les statistiques reprennent le nombre de patients hospitalisés, et dans d'autres le nombre de jours d'hospitalisation. En 1925 par exemple, il y eut à l'hôpital de Kigali 14 506 jours d'hospitalisation pour 318 malades, soit environ 45 jours par patient. Ceci signifie que les hôpitaux centraux prenaient en charge des pathologies lourdes, nécessitant un long suivi.

§ 3. Pavillons d'hospitalisation régionaux

Outre les deux hôpitaux centraux d'Astrida et de Kigali, des hôpitaux ruraux furent construits durant les années 1930 aux chefs-lieux des territoires dépourvus de formations hospitalières. Ils permettaient d'hospitaliser des patients ne nécessitant pas de traitements trop complexes. Dans un souci de fournir une infrastructure minimale à travers tout le pays, le Résident du Ruanda lança en automne 1933 un programme de construction de pavillons d'hospitalisation standardisés en matériaux durables (pierre et tôle) mais relativement modestes, dans les territoires de Ruhengeri, Byumba et Kibungu (84). À partir de 1939-1940, les caisses de province financèrent l'achat d'enseignes et de panonceaux, signalant notamment l'affectation des lieux et les horaires (85).

Ces constructions, supervisées par l'administration, et parfois par les sociétés missionnaires, suivaient le développement du programme routier du pays : en effet, ces trois chefs-lieux de territoires étaient devenus accessibles par piste praticables même en saison de pluies depuis la fin de l'année 1931 (86). Nous avons déjà eu l'occasion de signaler que la question des infrastructures routières n'était pas anodine. À la fin des années 1920, Pierre Orts, membre belge de la Commission permanente des mandats, y liait nettement la capacité d'organiser une politique sanitaire. « La lutte contre la maladie exige, pour être vraiment efficace, l'ouverture de voies de communications permettant le contact permanent et fréquent avec la

84 Voir le plan imposé par les autorités administratives (illustration n°136). La tuilerie et la briqueterie du service des travaux publics du vice-gouvernement approvisionnaient les chantiers.

85 Voir les illustrations n°134-135.

86 *RAC 1931*, p. 104. À Ruhengeri, le Père Blanc van Uden fut chargé des mesures pour le futur pavillon d'hospitalisation (Diaire PB Rwaza, 28 août 1934, APB, Rome). Sur l'extension du réseau routier, voir les cartes n°25-29.

masse indigène. L'action médicale n'est effective et ne donne de résultats durables qu'à la condition de s'exercer avec continuité et "en profondeur". Il en résulte qu'elle doit être précédée de l'ouverture d'un pays par la création d'un réseau ferré et routier ; ce n'est qu'après la réalisation de cette condition qu'une administration avisée consacrerait à l'action médicale des moyens "massifs" en hommes et en argent » (87). Dans le cas du Ruanda, il apparaît effectivement que l'ouverture d'un réseau routier plus dense facilita le travail sanitaire, notamment dans le cadre de la campagne antipianique.

La décision d'augmenter le nombre de formations sanitaires, ainsi que le choix de leur emplacement, semblent avoir été pris par le Résident du Ruanda et non par le médecin provincial du Ruanda-Urundi. En fait, le service médical provincial recevait un budget ordinaire pour l'équipement et les médicaments courants, alors qu'il fallait recourir à un budget extraordinaire pour construire de nouvelles infrastructures et les équiper ou pour lancer un programme sanitaire spécial. La décision d'octroyer ces budgets extraordinaires était du ressort des autorités politiques et administratives, et non de la hiérarchie médicale et sanitaire. Ceci marquait une limite dans le pouvoir dont disposait le service de l'hygiène au Ruanda-Urundi, et offrait un nouveau terrain de confrontation entre détenteurs de pouvoir et de savoir. Les budgets extraordinaires étaient votés pour cinq ans : ils permettaient de lancer des travaux d'importance nécessitant plusieurs années de mise en œuvre.

Quelques semaines après la décision du Résident, le gouverneur du Ruanda-Urundi lançait une nouvelle politique d'assistance médicale aux indigènes avec la mission spéciale de lutte contre le pian (dont nous reparlerons plus longuement) et décrétait que le programme de constructions devait être suspendu, puisque tous les médecins et agents sanitaires allaient travailler de manière totalement itinérante dans des camps provisoires de recensement et de traitement. Nous n'avons pas trouvé trace des pourparlers entre ces deux hommes, mais *in fine* les pavillons furent bel et bien construits entre 1933 et 1935. Les budgets devaient être employés endéans les cinq ans, ce qui explique probablement la poursuite du programme de constructions. À la fin des années 1930, plusieurs hôpitaux ruraux furent également mis en chantier à Kisenyi, Ruhengeri, Nyanza et Shangugu (88). Durant la Deuxième Guerre mondiale, un hôpital rural supplémentaire fut construit à Kibungu (sud-est).

Le développement du réseau hospitalier dépendait de celui des voies de communication. Or le développement du réseau routier ne répondait pas aux mêmes impératifs que celui du service sanitaire : les premières voies développées relierent le Ruanda à l'Urundi, puis le Ruanda à l'Uganda et au Congo belge par le Nord. Ce ne fut que lorsque l'axe vertical fut réalisé que l'axe horizontal fut mis en chantier, desservant d'abord les régions minières, pour rejoindre ensuite progressivement les rives du lac Kivu. Le rythme de croissance du réseau hospitalier semble donc s'être calqué partiellement sur les priorités politiques et économiques qui le précédaient, ce qui minimisait l'impact des enquêtes réalisées par les médecins afin de déterminer les meilleurs emplacements d'infrastructures sanitaires. Nous revoici une fois encore revenue au conflit entre savoir et pouvoir : l'offre médicale répondait davantage aux préoccupations de gestion administrative et économique

87 SDN. CPM, *Procès-verbaux de la 15e session tenue à Genève du 1er juillet au 19 juillet 1929*, Genève, 1929, p. 161.

88 Voir les hôpitaux ruraux de Nyanza et de Ruhengeri (illustrations n°134-135).

qu'aux priorités des médecins. La question du quadrillage mandataire renforcé par l'outil sanitaire se repose.

Les hôpitaux ruraux comptaient moins de lits que les hôpitaux centraux de Kigali et Astrida. Kisenyi en comptait vingt-sept, tandis que ceux de Ruhengeri, Nyanza et Kibungu en possédaient une cinquantaine chacun. La proximité du lac Kivu (et donc les facilités de transport vers l'hôpital de Costermansville par bateau), ainsi que l'existence au début des années 1930 des hôpitaux missionnaires adventistes de Ngoma (sur les rives du Kivu) et de Rwankeri (à mi-chemin entre Ruhengeri et Kisenyi), ou encore de l'hôpital missionnaire anglican de Kigeme, expliquent sans doute l'offre plus limitée de Kisenyi, qui était pourtant un centre de villégiature occidentale important.

Si l'on se penche sur les hôpitaux ruraux, des fonctions plus sommaires se dessinent. Avant la fin des années 1930, ce que certains administrateurs mentionnaient de manière parfois pompeuse comme « hôpitaux » au chef-lieu de leur territoire, n'étaient guère plus que des infirmeries permettant de loger quelques malades (89). Ces centres avaient pour mission de fournir des pavillons d'hospitalisation modestes, mais en matériaux durables, complétant l'action des dispensaires auxquels ils étaient rattachés. On devait pouvoir y loger les malades trop atteints pour rentrer chez eux chaque jour durant le traitement. Cette fonction première fut progressivement complétée par d'autres, telle celle d'isoler les malades contagieux dans de petites huttes, puis dans un pavillon. Le succès aidant, il fallut également prévoir des espaces d'attente, des logements pour le personnel soignant (hutte, puis maisons pour les infirmiers diplômés), des dépendances liées à l'hygiène (buanderie, fosse septique, latrines), à l'intendance (cuisine) et au fonctionnement général de l'hôpital (morgue, etc.). Enfin, l'augmentation de la fréquentation entraîna la nécessité de séparer les accouchées des opérés ou des malades contagieux, et de traiter séparément les personnes atteintes de plaies. Dans ces centres régionaux, on ne trouve pas de mention d'une séparation selon l'ethnie.

On le voit, le réseau hospitalier au Ruanda ne se développa qu'à partir de la seconde moitié des années 1930, et de manière très réglementée. L'activité réalisée dans les centres hospitaliers périphériques ne démarra réellement qu'à la veille de la Seconde Guerre mondiale et fut en bonne partie liée au développement du réseau routier.

§ 4. Dispensaires

Selon le Dr Jérôme Rodhain, au milieu des années 1920, le système général des dispensaires ne permettait pas de soigner tous les malades. C'était un pis-aller en attendant que l'État ait les moyens d'organiser des missions prophylactiques spéciales (à l'image de celle de la maladie du sommeil) pour le pian et la syphilis par exemple (90). Malgré cette déclaration d'intention, on vit fleurir, au Ruanda-Urundi comme au Congo belge, un certain nombre de ces établissements curatifs.

89 C'est d'ailleurs ainsi que les qualifiait le service de l'hygiène (RAC 1932, p. 67). En 1933, l'administrateur territorial René Bourgeois signalait l'existence d'un hôpital d'une valeur de cinq cents francs (RA Shangugu et Kamembe 1933, AA, Bruxelles, dossier RA/RU 100 n°12). Bourgeois a publié ses mémoires au *Musée royal de l'Afrique centrale* (R. BOURGEOIS, *Témoignages*, t. 1, vol. 1 : *Fonctionnaire territorial (1931-1961)*, MRAC, Tervuren, 1982 (Annales, série in-8°, sciences historiques, 6).

90 J. RODHAIN, « Les grands problèmes de l'hygiène et l'organisation du service médical... », *op. cit.*, p. 8.

En effet, petit à petit, des dispensaires appartenant au service de l'hygiène furent établis dans tous les chefs-lieux de territoire du Ruanda. La plupart de ces dispensaires dits « principaux » furent mis en chantier entre 1925 et 1933. Le premier fut établi dans une ancienne maison européenne à Butare ; il allait devenir l'hôpital d'Astrida. En 1926, on en construisit un à Kisenyi, le long du lac Kivu. Il fallut attendre la fin des années 1920 pour que le service médical établisse des dispensaires dans l'Est du Ruanda : le dispensaire du territoire de Rukira, prévu dès 1927, fut construit en 1929, ainsi que ceux des territoires de Gatsibu, Ruhengeri et Kigali. En 1932-1933, deux dispensaires supplémentaires furent construits dans l'Est du pays, à Kibungu et Biumba. Les dispensaires principaux étaient en principe construits en matériaux durables (briques et tuiles cuites), mais il arrivait que l'on commence par une construction en pisé ou en briques sèches et toit de paille). Pour éviter les parasites tels que les *kimputu*, les sols étaient réalisés en béton mélangé à de la chaux plutôt qu'en planchers (91). Portes, fenêtres et volets étaient récupérés sur des bâtiments désaffectés ou fabriqués sur place, puis peints par les soins des services du gouvernement.

L'activité médicale de ces dispensaires était plus réduite que celle des hôpitaux centraux, mais elle fut néanmoins marquée par une progression constante, comme en témoigne le tableau n°19. Des dizaines de milliers de consultations y avaient lieu chaque année, mis à part les quatre ans de la campagne antipianique.

Ce premier réseau de base fut complété à partir de 1930 par un réseau complémentaire de dispensaires ruraux auxiliaires (92). Chaque territoire devait désormais compter dans son chef-lieu un « centre d'Assistance Médicale Indigène » (le dispensaire principal), dont dépendaient au minimum deux dispensaires auxiliaires. Ces zones d'assistance médicale furent commencées à Nyanza (dispensaires auxiliaires à Ibutare et Rugobagoba), Gatsibu (Kilamuluzi, remplacé ensuite par Kakenke), Byumba (Bulimbi), Kigali (Luhanga), Astrida (Rubona), Ruhengeri (Gitale et Kikenge), Kisenyi (Mutora et Gahondo), dans le territoire de Rukira (Kibare) et Shangugu (Giti). Le dispensaire de Kibare fut construit pour le gouvernement par les Pères Blancs de la mission de Zaza en 1931 (93). Selon les missionnaires, le médecin ne soignait que le pian à Kibare et envoyait les autres malades au dispensaire de Birenga à ses autres consultations.

Beaucoup de ces dispensaires auxiliaires étaient implantés aux abords des quelques tronçons de routes existants ou près de camps de travailleurs de sociétés européennes (par exemple Kibazi, dans le territoire de Shangugu, à la Protanag ; Kilamuluzi dans le nord-est, près des prospections de la Minétain ; Rubona, à la Ferme expérimentale du gouvernement). La distance entre le centre d'Assistance Médicale Indigène et les dispensaires auxiliaires qui en dépendaient variait de vingt à quarante-cinq kilomètres environ. Un bref aperçu de ces dispensaires et de leurs annexes laisse transparaître des hésitations et atermoiements dont nous ignorons les motifs : les lieux d'implantation furent régulièrement modifiés dans le courant des années 1930. Ces bâtiments étaient rudimentaires. Ils étaient construits en matériaux provisoires ou semi-durables (briques sèches), même si l'objectif à terme était d'établir tous les dispensaires centraux et ruraux de manière plus définitive.

Les premiers dispensaires furent établis dans d'anciennes constructions dont ce n'était pas l'affectation première (garage, laiterie, aile de poste administratif, etc.). Il

91 Le *kimputu* est un acarien qui transmet la fièvre récurrente.

92 Voir la carte n°16.

93 Daire PB Zaza, 1er juillet et 4 novembre 1931 (APB, Rome).

s'agissait d'aménagements de fortune dont le coût était relativement faible. Les fonctions prévues dans ces établissements sommaires révélaient les fonctions essentielles d'un dispensaire, celles dont on ne pouvait faire l'économie, même lorsque les moyens étaient extrêmement réduits : d'une part l'examen des malades dans une salle de dispensaire, d'autre part le stockage du matériel et de la pharmacie dans un magasin. Si les moyens le permettaient, on y ajoutait des sanitaires, une cuisine, des logements pour les serviteurs. Dans le meilleur des cas, le travail médical pouvait être réparti dans divers locaux affectés aux consultations proprement dites (examen et pansements) et aux soins spéciaux.

À la fin des années 1920, des constructions neuves furent mises en chantier à destination du service médical. Un effort de systématisation y était perceptible : l'administration fournissait des plans standardisés en lien avec le service de l'hygiène et celui des travaux publics. Le modèle préconisé pour les dispensaires fut fourni en 1929 par le médecin en chef de la Colonie Giovanni Trolli (94) : la formation sanitaire s'étageait sur trois rangées de constructions. La première rangée comptait un hangar, la maison de l'infirmier, une cuisine, le dispensaire installé dans un grand bâtiment entouré de tous les côtés par une véranda, les maisons des aides-infirmiers. Le dispensaire, établi au centre, était divisé en cinq pièces : un magasin, une salle d'injection, une pharmacie, un laboratoire et bureau du médecin, une salle d'examen et de pansements (dont un réduit servant de salle d'examen pour les femmes), un hangar pour panser les ulcères et les plaies.

Derrière le bâtiment principal se trouvait une seconde rangée de bâtiments : fosse fumante, magasin de vivres, pavillon d'hospitalisation divisé en deux salles de taille inégale (deux tiers pour les hommes, un tiers pour les femmes), cuisine pour le pavillon d'hospitalisation, cuisine pour les aides-infirmiers. Une troisième rangée comprenait les fosses fumantes à l'arrière du pavillon d'hospitalisation. Il s'agissait d'un modèle idéal. Dans la pratique, nous avons relevé des infrastructures plus modestes. Les fonctions d'hospitalisation des hommes et des femmes n'étaient que rarement présentes. Les plans fournis pour les dispensaires auxiliaires étaient fournis davantage à titre documentaire qu'obligatoire.

Ces nouvelles constructions matérialisaient une organisation plus grande du travail médical et la volonté de sérier les problèmes liés aux soins des patients. On y trouvait une constante : la séparation des espaces. Des locaux étaient affectés à l'attente (installés dans des hangars extérieurs), au pansement des ulcères et plaies et autres soins, au stockage des médicaments, à l'intendance (cuisine et magasins dans des annexes séparées) et aux logements du personnel africain (des camps pour le personnel infirmier dans lesquels on trouvait des habitations de pisé ou des huttes). Ces locaux complémentaires étaient sommaires, si l'on en croit le médecin de Biumba qui « ne désir[ait] pas voir s'édifier au voisinage des dispensaires, qui sont construits avec une certaine recherche de propreté et de confort, des hangars en matériaux provisoires, sticks et couverture de chaume, qui prendront rapidement un aspect délabré et où les causes de malpropreté seront d'autant multipliées qu'on y soigne, à même la terre battue, des ulcères et des plaies. Pareil hangar ne peut être employé que pour abriter contre les intempéries les indigènes qui attendent la visite » (95).

94 Note du médecin Trolli au sujet du RA SHRU 1929 et de la lettre-commentaire du GRU, Léopoldville, 27 juin 1930 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 51 n°4).

95 Cité dans la lettre du GRU Jungers à l'AT de Biumba, Usumbura, 18 septembre 1940 (AA, Bruxelles, dossier RWA 535 n°3).

Durant la campagne antipianique dont nous reparlerons, une nouvelle politique d'assistance médicale indigène fut mise en place. Le choix se porta sur une médecine itinérante qui exigeait le remplacement des dispensaires fixes par des camps médicaux faisant office de dispensaires ruraux (hangars en pisé et chaume, huttes en paille). Seuls quelques postes fixes furent maintenus à Bugarama (dans la zone de la maladie du sommeil, territoire de Shangugu), Kisenyi, Gabiro, Biumba et Ruhengeri (96). Tous les autres dispensaires (principaux comme auxiliaires) furent mis en veilleuse durant trois à cinq ans selon les cas. Les dispensaires du service de l'hygiène furent fermés et confiés à la surveillance des administrateurs territoriaux. Ils furent progressivement remis en activité à la fin des années 1930.

En 1935, le Résident du Ruanda faisant fonction fit établir un bilan des dispensaires existants et des besoins sanitaires ; il décida de lancer immédiatement la construction de dispensaires supplémentaires à Kisenyi, Muhindo (territoire de Kigali), Gitare (près de Ruhengeri) et Nyakatale (Gabiro) (97). Selon l'administration en effet, plusieurs de ces localités venaient d'être reliées au réseau routier par des pistes praticables (98). Le Résident envisageait également une extension du réseau de dispensaires dans la plupart des territoires du Ruanda. Ce programme fut mis en œuvre dès 1936. Des dispensaires, additionnés de maisons pour les infirmiers africains et de hangars-salles d'attente, furent construits à Kisenyi, Gitare, Shangugu, Nyamasheke, Kabaya et Kayove-Ngoma. La guerre vint mettre un frein à l'extension du nombre de ces dispensaires ruraux.

Lorsque l'on rouvrit progressivement entre 1936 et 1939 les dispensaires à la fin de la mission antipianique, des aménagements furent apportés (construction de salles d'attente par exemple). En 1938, il y avait seize dispensaires ruraux officiels inégalement répartis au Ruanda (99). Par exemple, le territoire de Shangugu, limitrophe du Congo belge et de l'Urundi, en comptait cinq (Shangugu, Bugarama, Nyamasheke, Giti et Mwezi). La concentration importante de dispensaires officiels dans ce territoire peut s'expliquer par plusieurs éléments, à la fois sanitaires (l'existence de cas de maladie du sommeil), économiques (la concentration de travailleurs employés dans les exploitations agricoles regroupées dans cette zone), fonctionnels (l'accès rapproché de patients venus du Congo et de l'Urundi) et démographiques (la densité de la population).

Deux autres territoires concentraient davantage de dispensaires. Le territoire de Kisenyi, lui aussi limitrophe du Congo, et qui comptait une importante population européenne en avait trois. Le territoire de Nyanza, centre de la royauté *nyiginya* et région densément peuplée fut également équipé de trois dispensaires. À l'inverse, l'offre en dispensaires dans les territoires de l'Est et du Nord était rare : un seul pour le territoire de Kibungu ; deux dans le territoire de Biumba et deux dans le territoire de Ruhengeri. Ces régions étaient moins densément peuplées (elles comptaient notamment de nombreuses zones marécageuses) ; elles étaient aussi plus éloignées des territoires sous administration belge, à l'exception de Ruhengeri, dont les deux dispensaires furent installés vers la frontière du Congo. À la fin de la Seconde

96 RAC 1935, p. 82 ; RAC 1936, p. 76. Les dispensaires fixes de Biumba, Ruhengeri n'apparaissent de nouveau qu'en 1936, et celui de Gabiro disparaît la même année.

97 Lettre du RR ff Hombert au GRU, Kigali, 29 juin 1935 (AA, Bruxelles, dossier RWA 535). Voir les cartes n°19 à 21 et le tableau n°21.

98 RAC 1934, p. 122.

99 RAC 1938, p. 86.

Guerre mondiale, le Ruanda fut équipé de vingt dispensaires ruraux officiels reprenant globalement les mêmes équilibres régionaux (100).

À ce stade de nos observations, il semble que l'action sanitaire curative mise en place dans des postes fixes était un maillage assez lâche, répondant à des impératifs non exclusivement sanitaires (construction des voies de communications, relations transfrontalières, activités économiques). Par ailleurs, les séparations qui apparaissent en filigrane dans ces formations répondaient à des impératifs d'organisation pratique, mais également à des catégories mentales et sociales (séparation des paysans et des notables par exemple), sans qu'il soit possible à ce stade de nos recherches d'en connaître les auteurs et les motivations.

En effet, si l'on examine les différents dispensaires et hôpitaux mis en place au Ruanda durant l'entre-deux-guerres, la séparation des patients en une multitude de sous-ensembles saute aux yeux : hommes et femmes, adultes et enfants, populations dans leur ensemble et collectivités spécifiques (écoliers, soldats, travailleurs, policiers), Blancs et Noirs, et, à l'intérieur de ces groupes, Européens et Asiatiques, Tutsi et Hutu, notables et tout-venant. D'autres divisions se basaient sur les exigences concrètes de la pratique médicale et sanitaire : contagieux, aliénés, femmes enceintes et parturientes, malades atteints de plaies, de maladies vénériennes, patients nécessitant une opération chirurgicale, des injections, un traitement contre le paludisme ou une hospitalisation, etc.

Nombre de ces divisions se basaient sur une organisation des soins de santé importée d'Occident, y compris celles qui ne découlaient pas des exigences organisationnelles liées directement aux soins de santé (la séparation hommes-femmes, adultes et enfants, collectivités spécifiques). Les séparations entre classes aisées et populations plus démunies existaient également dans les formations hospitalières occidentales (hôpitaux pour les classes populaires, cliniques privées pour les patients plus aisés) et dans la pratique générale (de nombreux médecins avaient une clientèle appartenant à un seul groupe social). Les divisions selon la couleur de la peau étaient en revanche le propre de sociétés juxtaposées, typiques des territoires colonisés ou administrés sous tutelle. Plus les acteurs sanitaires disposaient de moyens financiers, plus ils divisaient le travail sanitaire, et plus ils fractionnaient les bâtiments et infrastructures hospitalières et sanitaires.

C. LA LUTTE CONTRE LES MALADIES ENDEMIQUES ET EPIDEMIQUES

Après avoir parcouru l'action curative sédentaire afin de repérer les quadrillages éventuels, il convient de sonder le terrain dans le secteur de la lutte contre les épidémies et endémies. En effet, dans la plupart des espaces coloniaux, la lutte contre ce type de pathologies suivait la construction d'un réseau hospitalier élémentaire. La motivation première d'une lutte contre les maladies contagieuses était de protéger la santé des Européens ; elle était ensuite élargie aux travailleurs, puis à l'ensemble de la population.

Au Ruanda, les services sanitaires furent d'abord préoccupés par les épidémies qui touchaient régulièrement les populations rwandaises. Durant la période que nous étudions, le pays fut atteint de manière sérieuse à quatre reprises, sans compter les alertes plus localisées dans l'un ou l'autre territoire. Des épidémies furent déclarées officiellement en 1920 (grippe et variole), en 1922 (méningite cérébrospinale), en

1935-1936 (méningite cérébrospinale) et en 1939-1940 (typhus exanthématique). Durant l'occupation militaire belge qui avait précédé, trois épidémies s'étaient déjà déclarées (méningite cérébrospinale en 1917-1919, grippe et variole en 1918) (101).

À côté de la crainte des épidémies, une seconde préoccupation concernait la lutte contre les grandes endémies (pian, malaria, etc.) qui affaiblissaient considérablement les populations et affectaient de nombreux individus. Les maladies ciblées en priorité au Ruanda étaient différentes de celles qui avaient été relevées pour le Congo belge. En effet, le pian était omniprésent et atteignait une grande partie de la population de manière invalidante ; il fut donc au cœur de l'organisation curative des territoires sous mandat. À ce titre, nous lui consacrerons une section spécifique.

L'administration mandataire élaborait un arsenal de mesures législatives et exécutives. Elle mit sur pied une action ciblée sur diverses maladies endémiques et épidémiques (maladie du sommeil, malaria, fièvre récurrente, variole, fièvre typhoïde, typhus, peste, charbon humain, méningite cérébrospinale, dysenterie...). Le caractère contagieux voire meurtrier de ces maladies expliquait le choix d'actions contraignantes tant pour le personnel soignant que pour les patients et les populations en général. Dans un premier temps, nous passerons en revue l'attitude adoptée par l'administration sanitaire envers ces maladies, ainsi que les textes normatifs mis au point pour appuyer cette action médicale préventive ou curative. Nous essayerons de mesurer leur caractère contraignant, afin de déterminer s'il s'agissait d'un quadrillage sanitaire. Nous verrons ultérieurement si ces mesures eurent un effet de renforcement ou d'affaiblissement sur la position d'autres acteurs.

§ 1. Un arsenal administratif

Selon Arnold, entre 1880 et 1930, une des caractéristiques des administrations coloniales fut l'explosion de lois, décrets et règlements donnant à l'État autorité pour appliquer des mesures sanitaires de différents types (102). On constate effectivement ce type de phénomène au Ruanda-Urundi. L'observation des ordonnances du gouverneur du Ruanda-Urundi à propos des « maladies pestilentielles, épidémiques, endémiques et les autres maladies transmissibles » donne un premier indice intéressant : les textes furent édictés à partir de 1932. Si on considère cette année sous l'angle nosologique, rien ne justifie particulièrement un tel arsenal normatif pour le Ruanda. Certes, le pays était en permanence touché de manière endémique par de nombreuses maladies et comptait des cas sporadiques mais répétés de variole, mais aucune épidémie marquante ne l'avait atteint dans les mois ni les semaines précédant l'édiction de l'ordonnance.

Par contre, l'irruption d'éléments nouveaux explique peut-être cet intérêt plus marqué pour les maladies contagieuses. En premier lieu, c'est à la fin de l'année 1931 que furent repérés au Ruanda les premiers cas de trypanosomiase humaine depuis l'annonce en 1912 de l'éradication de la maladie par l'administration allemande. Cette année correspondit également à l'entrée en fonction du nouveau gouverneur du Ruanda-Urundi Eugène Jungers. Cet homme, considéré par Pierre Ryckmans comme un dictateur, prit des décisions drastiques dans le domaine sanitaire dès les débuts de son mandat (103). Peut-être voulait-il marquer de son

101 Voir *Historique et chronologie du Ruanda*, Kabgaye, 1956, p. 11.

102 D. ARNOLD, « Introduction: disease, medicine and empire », *op. cit.*, p. 12.

103 Selon J. VANDERLINDEN, *Pierre Ryckmans (1891-1959)...*, *op. cit.*, p. 290, qui ne cite pas ses sources.

empreinte ce secteur d'activité, ou encore faire preuve d'autorité dans ce champ de pouvoir. L'explication la plus plausible tient plutôt dans le parallélisme entre la colonie belge et les territoires sous mandat en terme législatif. En effet, la plupart des ordonnances mises en vigueur au Ruanda-Urundi avaient été édictées précédemment pour le Congo belge par le gouverneur général.

Trois ordonnances furent consacrées à la lutte contre les maladies endémiques et épidémiques en 1932 (104) : l'une, en janvier, mettait en vigueur au Ruanda-Urundi l'ordonnance du gouverneur général d'octobre 1931 sur la lutte contre les maladies pestilentiennes, épidémiques, endémiques et les autres maladies transmissibles ; la seconde, en février, déterminait les mesures à prendre pour combattre ces maladies et spécialement la maladie du sommeil ; la troisième, datant de mars, appliquait au Ruanda-Urundi l'ordonnance du gouverneur général de février 1932 sur l'élargissement de la lutte contre les maladies pestilentiennes, épidémiques, endémiques et les autres maladies transmissibles.

Dans le courant des années 1930, l'apparition de nouvelles épidémies dans les territoires sous mandat fut sans doute à l'origine de textes normatifs supplémentaires pour le Ruanda-Urundi. En effet, nous l'avons mentionné *supra*, une épidémie de méningite cérébrospinale éclata en 1933 et perdura jusqu'en 1936 ; de nombreux cas de charbon humain furent détectés entre 1933 et 1935 ; à la fin de l'année 1933 encore, la dysenterie fut si forte que les frontières du pays durent être fermées ; en 1936, des cas de variole *minor* éclatèrent dans le centre du Ruanda. Certains territoires du Ruanda (Nyanza et Astrida) furent touchés par une épidémie de typhus exanthématique en 1939-1940 ; Astrida fut considérée comme entourée de nombreux foyers.

Ces accidents nosologiques ne sont sans doute pas l'explication principale de l'émergence de ces nouveaux textes : la plupart du temps, comme nous l'avons signalé, le Ruanda-Urundi adoptait avec quelques mois de retard les textes émis par le gouverneur général du Congo belge. C'est suite à l'activité normative de la colonie belge que les territoires sous mandat se trouvaient soudain équipés d'un complément législatif. En d'autres termes, la machine administrative apportait des outils législatifs au service de l'hygiène du Ruanda-Urundi selon les hasards du calendrier plutôt qu'en réponse à des problèmes à résoudre.

§ 2. Mesures de lutte contre les endémies et épidémies

Face à ces menaces d'endémies et d'épidémies, les services sanitaires avaient le choix entre une panoplie de mesures diverses, telles la quarantaine, les campagnes de vaccination, des mesures de prophylaxie. Nous les envisagerons successivement.

a) Quarantaine et isolement des malades

Lors d'épidémies graves, les autorités sanitaires pouvaient opter pour la mise en quarantaine des malades contagieux dans des camps d'isolement (rattachés à un établissement curatif fixe ou construits dans une zone contaminée, à l'écart de tout hôpital ou dispensaire). Plusieurs étapes jalonnaient le chemin entre le déclenchement d'une épidémie et l'application de la quarantaine, qui témoignent des

104 Ordonnance n°7/Hyg du 6 janvier 1932 mettant en vigueur dans les territoires du RU l'ordonnance du GG du 10 octobre 1931 n°74/Hyg ; Ordonnance n°17/Hyg du 12 février 1932 ; Ordonnance n°25/Hyg du 30 mars 1932 mettant en vigueur dans les territoires du RU l'ordonnance du GG du 13 février 1932 n°11/Hyg complétant celle du 10 octobre 1931 (RAC 1932, p. 161-166, 177, 185).

lenteurs et lourdeurs administratives d'une médecine d'État. Nous les illustrerons par un exemple pris en 1935 dans le territoire de Kibungu touché par une épidémie de méningite cérébrospinale. Un sous-chef de colline avertit l'administrateur territorial d'une mortalité anormale dans sa circonscription. L'administrateur se fait confirmer la chose par la responsable occidentale du dispensaire missionnaire de la région. Il communique les informations au médecin du territoire, qui donne quelques directives à distance et demande un complément d'informations « avant de faire un déplacement malaisé », tablant sur « la morbidité [qui] a toujours été élevée sur cette colline » (105). La mortalité persistant de manière anormale, le médecin se déplace pour organiser un camp d'hospitalisation et d'isolement des malades. Cependant, si la décision d'implanter un camp était du ressort des autorités médicales, la mise en place était confiée aux autorités administratives ou au service des travaux publics. Dans la pratique, les tensions entre ces acteurs étaient fréquentes, comme nous l'avons déjà signalé. Rien d'étonnant à cela si l'on considère que ceux qui étaient aux premières loges (les fonctionnaires territoriaux) n'avaient pas de qualifications médicales et semblaient empiéter sur les prérogatives des médecins diplômés lorsqu'ils se risquaient à faire un diagnostic.

Des camps d'isolement furent installés à la fin des années 1930 en raison d'épidémies de fièvres. En 1938, un groupe de seize huttes provisoires fut construit à deux cents mètres d'un gîte d'étape près d'Astrida. Un autre camp fut établi à Rwamagana (territoire de Kibungu), où sévissait une épidémie de fièvre malarienne. En 1940, des camps furent construits aux environs de Nyanza où s'était déclenchée une épidémie de typhus exanthématique. Pour déterminer l'emplacement de ces camps, les fonctionnaires territoriaux faisaient le relevé des cas colline par colline (106). Ces camps, vu leur objectif, étaient très rudimentaires, comme en témoignent certains clichés de l'époque (107). En effet, ils étaient voués à la destruction une fois l'épidémie neutralisée. Lors de l'épidémie de typhus, un hangar destiné à abriter une station d'épouillage des indigènes fut construit par des soldats à proximité de l'hôpital de Kigali (108). Durant la Seconde Guerre mondiale, des habitations en matériaux provisoires furent construites à proximité des hôpitaux de Kabgaye et de Kigali pour héberger et isoler les dysentériques et varioleux (109).

L'isolement des malades concernait plusieurs pathologies (typhus, fièvre typhoïde, dysenterie, charbon humain, méningite, variole, etc.). Les malades suspects étaient mis en quarantaine dans des camps pris en charge par des auxiliaires médicaux. Ces camps pouvaient concentrer de cent à trois cents malades ; en cas de grave épidémie, ils étaient placés sous surveillance. L'utilité de ces mesures d'isolement décriées par les autorités médicales était contestée par les autorités administratives lorsqu'un certain seuil de contamination était atteint dans une région (« les mesures d'isolement par internement dans des camps n'apparaissent plus efficaces, [puisque] les proportions de 50% de malades [so]nt atteintes ou dépassées sur la plupart des collines du Busanza », objectait par exemple un administrateur

105 Propos cités dans la Lettre de l'AT de Kibuye Stevens au RR, Kibuye, 25 octobre 1935 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°6).

106 Lettre du médecin d'Astrida Panier à l'AT d'Astrida, Astrida, 4 octobre 1938 ; Lettre de l'AT Verhulst au RR, Kibungu, 2 novembre 1938 ; Lettres de l'AT de Nyanza Rubbens au RR, Nyanza, 1er et 2 février 1940 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°3, 7 et 10). Voir l'illustration n°137.

107 Voir notamment l'illustration n°138 : on y voit à l'arrière-plan une hutte minuscule très peu élaborée.

108 Lettre du Lt De Clerck, Cdt de la compagnie du Ruanda, au Cdt des troupes du RU Kigali, 8 février 1940 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°10).

109 RAC 1939-1944, p. 44.

territorial en 1940) (110). En cas de grave épidémie, des zones entières considérées comme contaminées étaient soumises à des mesures de quarantaine. Voici une fois encore un cas de conflit entre détenteurs de pouvoir et de savoir. Cette fois, les scientifiques imposaient leurs vues (partiellement théoriques) aux hommes de terrain confrontés aux situations concrètes.

Pour la variole, les autorités administratives et médicales n'attendaient pas le déclenchement d'une épidémie pour décréter une quarantaine, dès qu'un ou plusieurs cas apparaissaient (111). On imposait la quarantaine non seulement aux malades atteints d'affections contagieuses, mais aussi aux personnes ayant été en contact avec un cas suspect. Tous étaient isolés dans des camps ou dans des lazarets construits dans les zones contaminées. Les lazarets servaient non seulement à isoler, mais également à hospitaliser et traiter les malades. Il n'existait pas d'espaces d'observation : les personnes ayant été en contact avec un malade se voyaient contraintes de résider dans les mêmes espaces que les contagieux, au risque d'attraper la maladie. Une zone entière pouvait être mise en quarantaine préventive, et les contacts, commerciaux notamment, interrompus.

L'isolement complet des malades était opéré soit dans un hôpital, soit dans un camp d'isolement et d'hospitalisation, soit encore à leur domicile, lorsque le transport semblait trop long et par conséquent dangereux. Dans ce cas, les règlements stipulaient qu'« aucune personne ne pourra approcher de la malade, sauf celle chargée de lui remettre sa nourriture, au besoin il y aura lieu de mettre une sentinelle de garde » (112). Ceci signifiait que les autorités administratives pouvaient imposer une présence policière pour des raisons sanitaires. Ceci n'était sans doute pas sans incidence sur la perception que les populations avaient des obligations sanitaires.

b) Vaccinations

Lorsqu'une zone était considérée comme touchée par une épidémie de méningite ou de variole, le médecin de la région pouvait décider de faire vacciner la population. Une fois la décision prise par les autorités médicales, c'était cependant au Résident d'édicter les règlements la rendant obligatoire dans des régions déterminées (généralement des provinces « indigènes » dépendant d'un ou de plusieurs chefs rwandais). Ces règlements étaient basés sur des ordonnances d'application au Ruanda-Urundi de la législation du Congo belge « sur la lutte contre les maladies pestilentiennes, épidémiques et endémiques et les autres maladies transmissibles ». Cette législation prévoyait des sanctions pour les réfractaires à la vaccination (113).

Comme pour la quarantaine, la procédure de désignation d'une zone à vacciner nécessitait des allers et retours entre le service médical et les services administratifs. Le fonctionnaire territorial qui constatait une morbidité ou une mortalité anormale était tenu d'en avertir immédiatement son supérieur hiérarchique, le Résident du Ruanda, qui communiquait l'information au service médical, lequel envoyait un médecin sur place ou demandait un complément d'information avant de décider du recours à la vaccination. Le service médical en avertissait soit l'administrateur territorial qui transmettait au Résident, soit

110 Lettre de l'AT de Nyanza Rubbens au RR, Nyanza, 1er février 1940, *op. cit.*

111 Lettre de l'AT Schmidt au RR, Kisenyi, 1er mars 1938 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°7).

112 La lettre de l'AT Fiolle au chef du détachement en occupation au Bukunzi, Shangugu, 30 décembre 1924 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°5).

113 Ordonnance du 16 mars 1929 rendant exécutoire celle du GG du 15 décembre 1928 et ordonnance du 6 janvier 1932 rendant exécutoire au Ruanda-Urundi l'ordonnance du GG du 10 octobre 1931.

directement le Résident, qui promulguait un règlement rendant la vaccination incontournable pour les populations d'une région déterminée.

Ces procédures compliquées expliquent qu'à plusieurs reprises des tensions surgirent entre le service médical et le service territorial. Dans certains cas, les fonctionnaires territoriaux s'inquiétaient et devançaient les médecins. Ils réclamaient d'urgence la vaccination. L'un d'entre eux n'hésitait pas à écrire en septembre 1936 que les mesures d'isolement ne portaient aucun fruit et qu'« afin de ramener le calme dans les esprits, il serait hautement désirable que la vaccination des collines atteintes soit entreprise au plus tôt » (114). Les autorités médicales et administratives ne s'accordaient pas toujours sur la nécessité de procéder à la vaccination. En 1936 par exemple, le médecin provincial du Ruanda-Urundi Luc Fontana, ne trouvait « pas urgent de décider actuellement une campagne de vaccination : l'évolution de l'affection qui était déjà sporadique l'année dernière nous renseignera ultérieurement sur la nécessité de vacciner », alors que le Résident déclarait qu'« il serait désirable que la vaccination soit entreprise au plus tôt » et réitérait sa demande deux mois et demi plus tard (« si aucune amélioration sensible et immédiate ne se produit au cours des jours prochains, il serait prudent d'envisager la vaccination d'une certaine partie de cette province ») (115). Cet épisode témoigne du fait que les services médicaux n'avaient pas suivi les suggestions de l'administration.

Les tergiversations du service médical existaient à tous les niveaux de la hiérarchie. Nous avons par exemple constaté de longs délais entre la demande de vaccin d'un fonctionnaire territorial et sa transmission par le médecin auprès du laboratoire vétérinaire chargé de leur fabrication. Les fonctionnaires témoignaient de leur impatience (« le vaccin et le sérum demandés ne sont pas encore arrivés alors qu'il y aurait urgence à ce que la vaccination puisse être entreprise et que du sérum soit injecté aux malades, dont chaque semaine on annonce l'apparition soit sur les collines isolées, soit ailleurs ») (116).

On constate ici encore une divergence d'opinion entre les services administratifs et sanitaires qui se renvoyaient volontiers la balle. Pour les médecins, il fallait renforcer les mesures d'isolement (réalisées essentiellement par le service territorial) ; pour les territoriaux, ces mesures étaient inopérantes et le service médical traînait à opérer la seule solution vraiment efficace à leur yeux, la vaccination. Peut-être une part de l'explication provient-elle du souci réciproque de reporter le maximum du travail sur l'autre service : en effet, le service médical et le service territorial comptaient tous deux peu de personnel pour une charge importante de travail.

Les vaccinations étaient généralement effectuées par un auxiliaire médical ou un agent sanitaire, parfois par un médecin, ou par un infirmier africain du service médical ; il arrivait qu'elles soient prises en charge par le personnel territorial. Avant tout, on procédait à la vaccination du personnel occidental. Des centres de vaccination étaient construits en collaboration avec les autorités territoriales. Nous

114 Lettre de l'AT de Kibungu Sandrart au Dr Van Laere, en route, 19 septembre 1936 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°6).

115 Lettre du médépro Fontana au médecin chargé du SAMI du secteur de Kibungu, Usumbura, 28 septembre 1936 ; Lettres du RR Simon au GRU, Kigali, 29 septembre 1936 et 11 décembre 1936 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°6). Luc Fontana (*1891) fut médecin provincial en 1936-1937.

116 Lettre de l'AT de Kibungu Sandrart au RR, Kibungu, 3 octobre 1936 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°6).

avons consulté une description complète de la méthode de vaccination, appliquée en Urundi (117) ; elle nous permet de mieux connaître les méthodes recommandées par le service médical des territoires sous mandat. Une équipe, composée d'un infirmier africain et de deux recenseurs, s'occupait de la vaccination dans un camp construit aux limites des collines touchées. Les ressortissants des collines concernées, préalablement convoqués par leur sous-chef et *umuhamagazi* respectifs, devaient s'y présenter « de grand matin » (118).

Ceci signifie que les autorités locales étaient chargées de rassembler les populations et de les contraindre à se soumettre aux vaccinations. Cela pouvait avoir un impact soit dans le sens d'un renforcement des autorités politiques rwandaises (l'aval des autorités mandataires dans le domaine sanitaire leur permettant d'user de leur autorité), soit au contraire un déforçement (ces mêmes autorités rwandaises se rendant éventuellement antipathiques aux populations, en "portant le chapeau" pour les Occidentaux). Nous n'avons pas trouvé d'éléments suffisamment probants nous permettant de trancher dans un sens ou dans l'autre.

Le service médical était seul habilité à déterminer le degré d'urgence et l'ampleur des zones à vacciner, ainsi qu'à commander les vaccins au laboratoire. Le laboratoire vétérinaire de Kisenyi fabriquait les vaccins selon les demandes locales ainsi que pour les régions avoisinantes (Kivu, Ituri) et pour les sociétés privées. En 1937, une partie des vaccins fut fabriquée avec du sang fourni par les prisonniers de l'établissement carcéral d'Astrida, dont cette « prestation » était décrite comme faisant partie des « travaux » qui leur étaient demandés (119). Une fois encore priorité sanitaire et usage du pouvoir de coercition faisaient bon ménage.

Dans un premier temps, les vaccinations étaient administrées dans un rayon circonscrit autour du lieu où les cas suspects avaient été décelés, parfois uniquement au personnel européen et africain de l'administration. Les autorités administratives estimaient que ces « séances de vaccination limit[ai]ent successivement chaque noyau de recrudescence » et s'avéraient efficaces pour empêcher l'éclosion d'épidémies (120). Certains fonctionnaires territoriaux entamèrent cependant une politique plus ambitieuse en faisant vacciner les jeunes enfants de manière systématique. Les vaccinations antivarioliques étaient les plus fréquentes. En 1924 par exemple, des soldats et leurs familles furent vaccinés dans un camp proche de Shangugu où un cas avait été diagnostiqué, tout comme « les indigènes des environs immédiats » (121). La vaccination motivée par le repérage d'un cas de variole avéré devait « prime[r] toute autre besogne » (122). Elle était obligatoire en cas d'épidémie, ou même de cas isolés décelés dans une région.

Avec le lancement de la campagne antipianique itinérante (fin 1933), une nouvelle politique de vaccination antivariolique fut entamée : le gouverneur du Ruanda-Urundi Eugène Jungers ordonna la vaccination obligatoire de tous les Rwandais

117 Lettre de l'AT de Muhinga Soubry au Résident de l'Urundi, Muhinga, septembre 1936 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°6).

118 Nous reviendrons dans le deuxième chapitre de cette partie sur le rôle des autorités locales dans l'organisation des activités sanitaires. *Hamagaza* signifie "faire appeler" (P. SCHUMACHER, *Dictionnaire phonétique*, op. cit., p. 198).

119 RA Astrida 1937 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 64 n°10).

120 RA Shangugu 1922 et 1923 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 100 n°2).

121 Lettre du chef de détachement en occupation au Bukunzi Mays à l'AT de Shangugu, Bukunzi, 30 décembre 1924 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°5)..

122 Lettre de l'AT Fiolle au chef du détachement en occupation au Bukunzi, Shangugu, 30 décembre 1924 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°5).

pour assurer l'éradication complète de la maladie au Ruanda-Urundi (123). Il s'agit ici très clairement d'un quadrillage sanitaire, auquel toute la population devait se soumettre, sans exception. Les statistiques témoignent de son efficacité : à partir du lancement de la campagne antipaludique, des centaines de milliers de gens furent vaccinés ou revaccinés chaque année contre la variole (voir le tableau n°22).

c) Prophylaxie mécanique ou médicamenteuse

Une série de maladies endémiques et épidémiques étaient provoquées par des parasites transmis par des insectes (maladie du sommeil, malaria, fièvre récurrente, typhus, etc.). Deux méthodes de contrôle de la maladie étaient possibles. La première, ou prophylaxie mécanique, consistait à appliquer des mesures anti-insectes aux vecteurs de maladie, telles que le drainage ou le pétrolage des eaux stagnantes (gîte de ponte des anophèles), le débroussaillage des régions de ponte des trypanosomes, ou la destruction des zones infestées par le *kimputu* (*Ornithodoros Moubata*, acarien responsable de la transmission de la fièvre récurrente). La seconde option était la prophylaxie médicamenteuse (mesures antiparasitaires) : les malades prenaient de la quinine pour la malaria ou de l'atoxyl pour la trypanosomiase par exemple. Les Britanniques optèrent souvent en Afrique pour les mesures antimoustiques et anti tsé-tsé, alors que les Français choisirent plutôt le traitement des malades.

Le choix d'une action sur le milieu ou de la stérilisation des porteurs variait non seulement d'une puissance coloniale à l'autre, mais également à l'intérieur d'un même monde colonial, parfois d'une maladie à l'autre. Au Ruanda par exemple, la prophylaxie mécanique (action sur l'écosystème) fut appliquée dans la lutte antimalarienne, alors que pour la maladie du sommeil, ce fut la prophylaxie médicamenteuse qui fut mise en place. Le choix de l'une ou l'autre solution était fonction de la gravité de la maladie à combattre, de l'efficacité et du coût des traitements disponibles, de l'étendue des zones à traiter et protéger, etc. Or au Ruanda, le nombre de malariens dépassait de loin celui des trypanosés, et les régions touchées par cette fièvre étaient bien plus nombreuses et étendues.

Nous avons également constaté une transposition des choix opérés au Congo belge sur le Ruanda-Urundi : la maladie du sommeil y était traitée médicalement, et la malaria par des actions de débroussaillage et de drainage. Sans doute aussi faut-il y voir la perception de ces deux pathologies : la malaria était ressentie comme une maladie débilitante, mais pas trop dangereuse pour les populations africaines, alors que la maladie du sommeil était mortelle en quelques mois.

Les autorités mandataires belges choisirent donc de lutter contre les vecteurs de la malaria ; elles mirent en place des brigades sanitaires dans les agglomérations. Les autorités sanitaires, relayées par les autorités administratives, optèrent pour le drainage et l'assainissement des vallées et marais, la suppression des eaux stagnantes, le fauchage (fauchage des herbes des rivières et des marais), la rectification des cours d'eau, le débroussaillage et la mise en culture des bas-fonds pour éviter les friches. Si les eaux stagnantes ne pouvaient être évitées (parce qu'incontournables ou impossibles à assécher), on recourait au pétrolage afin de tuer les larves. C'était une méthode à la fois lente et exigeante. La lutte contre la fièvre récurrente passa également par la destruction des gîtes du parasite, souvent les ruines d'anciennes constructions missionnaires ou de l'administration allemande,

123 Lettre du GRU Jungers à l'AT de Kisenyi, Usumbura, 5 décembre 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°5).

mais également les gîtes d'étape fréquentés par les porteurs et par les secrétaires rwandais chargés de collecter les impôts.

Ceci exigeait une collaboration et une coordination entre les services administratifs et territoriaux d'une part, et le service médical d'autre part : en effet, si les médecins étaient les seuls habilités à déceler les épidémies, c'était aux services territoriaux locaux à mettre en œuvre les mesures nécessaires pour circonscrire les zones dangereuses. Le but poursuivi était surtout d'assainir les agglomérations où vivaient des Européens, notamment en terme de malaria car, comme l'écrivait en 1926 l'ancien médecin en chef Jérôme Rodhain, il était impossible de détruire les anophèles dans tout le pays, mais également impossible de quininiser toute la population africaine (124). Nous scruterons de plus près la manière dont les autorités territoriales mirent en œuvre ces mesures dans le chapitre consacré au travail des acteurs non sanitaires.

Au-delà de l'assainissement des postes administratifs, l'administration fit des efforts pour améliorer la situation sanitaire générale du pays : les chefferies et sous-chefferies étaient mises à contribution par les médecins pour détruire les gîtes à moustiques et devaient effectuer des travaux de débroussaillage et de drainage des marais (125). Plusieurs territoires projetèrent d'ambitieux programmes d'assèchement et de drainage des marais, agrémentés d'un volet pédagogique sur la pratique d'un drainage "rationnel" des marais et bas-fonds. Celui du Ruhengeri prévoyait l'évacuation de la population de la région située au bord du lac de Boleru. À Kisenyi, on envisagea également de grands travaux de comblement et d'entretien du marais de la Sebeya.

Avant la seconde moitié des années 1920, la malaria ne préoccupa guère les autorités administratives du Ruanda, car elle semblait peu répandue. La résidence n'établit pas de brigades de débouement antimalarien au Ruanda, contrairement à l'Urundi, où la région d'Usumbura par exemple était fortement touchée (126). En 1928, pour la première fois, un des territoires du Ruanda fut considéré comme touché de manière moyenne à forte par la maladie : il s'agissait de la région du Buhanga (territoire d'Astrida), proche de la vallée de l'Akanyaru, décrite comme « infestée de moustiques » et où « la malaria est fréquente » (127). Cette région fut l'une des plus touchées par la famine *Rwakayihura* qui s'y avéra meurtrière, à la fois parce que la sécheresse y fut très sévère, mais peut-être aussi parce que les populations de cette région étaient davantage minées par cette maladie endémique. Or durant la famine et les mois qui suivirent, les populations se virent imposer la mise en culture des bas-fonds pour éviter une nouvelle disette, ce qui les mit en contact prolongé avec les anophèles (128).

En 1931, la propagation de la malaria inquiéta le service médical dans un second territoire du Ruanda (Kibuye). Un médecin de l'administration, le Dr Simon Baudoux fit une enquête dans la région (129). « De l'interrogatoire des habitants de cette région, il résulte que la vallée de la Mushogoro est infestée de moustiques. Conclusion : il s'agit d'une recrudescence de la malaria endémique. Cette

124 J. RODHAIN, « Les grands problèmes de l'hygiène et l'organisation du service médical... », *op. cit.*, p. 5.

125 Lettre du Dr Ferrier au RR, Kigali, 15 septembre 1931 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°12).

126 RA SHRU 1927 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 51 n°2).

127 RA Akanyaru 1928 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 64 n°3).

128 Voir notre travail sur cette famine, A. CORNET, *Histoire d'une famine...*, *op. cit.*, p. 94-101.

129 Simon Baudoux (°1899) travailla en 1931-1932 au Ruanda (territoire de Kibuye, puis Kigali).

recrudescence est due à mon avis à une pullulation exceptionnelle de l'hôte vecteur, le seul moyen efficace d'enrayer la morbidité de la région serait de diriger tous les efforts vers la lutte contre le moustique et la destruction de ses gîtes de ponte » (130). L'enquêteur témoignait de la gravité de la situation malariologique, puisque les travaux des champs et autres laissaient fortement à désirer « à cause du grand nombre de malades et de la mortalité anormale. » .

Le Résident du Ruanda débloqua un crédit pour drainer et assainir la vallée de la Mushogoro à proximité des collines Mabanza, Bubazi, Ruragwe et Kibirizi (131). Il précisait que la région où sévissait la malaria, comprise dans la vallée de la Mushogoro, comprenait les massifs Lubengera (269 contribuables), Mbanzu (468 contribuables) et Rubazi (655 contribuables), soit plus de cinq mille personnes au total (132). Les travaux d'assèchement et de débroussaillage étaient supervisés non par les services sanitaires, mais les services territoriaux. Nous y reviendrons dans le chapitre consacré aux acteurs non sanitaires.

On recourut de manière plus marginale à une prévention médicamenteuse de la malaria. Cela consistait à soigner par un traitement systématique à la quinine les malariens d'une région touchée par une épidémie circonscrite, afin d'éviter la propagation aux personnes saines. Si le recours à cette méthode était moins fréquent, les autorités administratives ne le négligeaient pourtant pas. Elles estimaient que l'envoi d'un agent sanitaire ou d'un médecin dans une zone infectée pour y appliquer des cures de quinine était « utile et permettrait d'empêcher que cette malaria pernicieuse ne se propage dans les autres régions du territoire » (133).

D. MISSIONS SPECIALES CONTRE DEUX MALADIES PRIORITAIRES

La première stratégie adoptée dans le cadre de l'implantation médicale belge au Ruanda-Urundi pourrait s'analyser partiellement selon les critères de marketing contemporain : attirer le chaland, ne pas le heurter de front, ne pas lui imposer de traitements trop douloureux ou trop désagréables, l'impressionner par des cures quasi miraculeuses, être partout présents, incontournable. Bref offrir une médecine de masse, compréhensible et acceptée. Pour cela, paradoxalement, il fallait opérer des sélections. Le médecin provincial Louis s'Heeren n'hésitait pas à affirmer en 1928 que la lèpre « n'est pas une maladie de pénétration médicale : les cures donnent des déboires et au moment où il faut attirer la masse et gagner la confiance des noirs craintifs et ignorants, c'est par des guérisons apparentes mais rapides que nous devons procéder. Dès que le pli est pris, on peut traiter les maladies à longues cures telles que la lèpre. L'amélioration obtenue maintiendra la confiance obtenue » (134).

John Iliffe a remarqué le même type de raisonnement au sein des services sanitaires britanniques d'Afrique orientale, qui concentrèrent dans un premier temps leurs efforts sur des « diseases which they believe they could treat, notably malaria and spectacular epidemics like smallpox, sleeping sickness, and syphilis, rather than the insidious spread of tuberculosis, intractable helminthic complaints, or diseases of

130 Lettre du Dr Simon Baudoux au RR Coubeau, 6 octobre 1931, annexée à la lettre du RR Coubeau au GRU, Kigali, 29 octobre 1931 (AA, Bruxelles, dossier RWA (533) n°14).

131 Lettre du RR Coubeau au GRU, Kigali, 29 octobre 1931, *op. cit.*

132 Seuls les hommes adultes valides étaient des contribuables.

133 Lettre du RR Coubeau au GRU, Kigali, 29 octobre 1931, *op. cit.*

134 RA SHRU 1928 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 51 n°3).

women and children » (135). Au Ruanda également, les médecins de l'État se tinrent en retrait dans les secteurs de la protection maternelle et infantile. Le Dr Janssens faisait une lecture identique du passé, pour les territoires sous administration belge cette fois, quand il signalait que « the rapid and total response to the new drugs in cases of diseases which the traditional tribal healers were impotent to control or to cure was an easy way to inspire trust in Western medicine and in injection needles, as well as an excellent entry tool for public health control activities against meningitis, dysenteries, and the whole array of endemo-epidemic conditions and health problems » (136).

Si nous revenons à Louis s'Heeren, il est intéressant de constater qu'il voyait dans le pian l'« arme parfaite de pénétration pacifique qui laissera à l'indigène un souvenir de sympathie et de reconnaissance », car « les cures de cette affection ont un résultat efficace et rapide, (...) l'application n'en est pas compliquée, (...) elle est intermittente et (...) elle laisse les indigènes à leur vie courante » (137). En 1929, ce médecin déclara que le pian offrait au Ruanda-Urundi l'énorme avantage (sur le plan d'une stratégie médicale, s'entend) d'atteindre « les noirs en une proportion telle que nous ne l'avons jamais vue au Congo belge » (138) : c'était donc le biais idéal pour attirer les masses. La maladie régressait en effet rapidement après quelques injections. Mark Dawson a observé le même type de raisonnement au sein du staff médical du Kenya durant les années 1920 : « the anti-yaws therapy would show the population the value of Western biomedicine and turn them away from using 'native medicine men and witchcraft' » ; les autorités britanniques croyaient en outre que cela faciliterait l'administration des régions rurales et rendrait l'ensemble de leurs campagnes de santé publique plus populaires (139).

Selon William Hailey cependant, la formule pouvait se retourner contre elle-même : « this fact is of much value to the medical worker in gaining the confidence of Africans, but it complicates the treatment of other diseases, since the hopes raised of similar results from injections for the quick cure of other complaints may lead to disappointment. Moreover, a cure is often assumed when obvious signs disappear » (140). Un fait rapporté par l'historienne Ann Beck semble confirmer l'analyse de Hailey : un médecin missionnaire fraîchement arrivé à Mengo à la fin du XIXe siècle vit rapidement la fréquentation de son dispensaire diminuer, car les patients africains étaient déçus qu'il ne puisse immédiatement les soulager de toutes les souffrances : « when the doctor did not perform the "miracles" the Africans expected, they went back to their witch doctor. The Africans preferred medical amateurs such as the Reverend Walker, who was not a physician and treated his patients only for those ills he could cure » (141). Nous verrons dans le troisième chapitre que les populations rwandaïses continuèrent de recourir à d'autres thérapies en parallèle à celles proposées par l'État et les missions.

Louis s'Heeren, conseillait, quelle que fût la maladie traitée, d'éviter d'« entreprendre des traitements compliqués dont les résultats sont lointains ou peu décisifs. Pour gagner la confiance des indigènes, il faut appliquer des cures efficaces et qui frappent leur imagination. Une fois les assises faites, l'œuvre se

135 J. ILIFFE, *East African Doctors...*, *op. cit.*, p. 28.

136 P.G. JANSSENS, « Comparative aspects: I. The Belgian Congo », *op. cit.*, p. 214.

137 RA SHRU 1928, *op. cit.*

138 RA SHRU 1929 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 51 n°4).

139 M.H. DAWSON, « The 1920s anti-yaws campaigns... », *op. cit.*, p. 420-421.

140 W. HAILEY, *An African Survey...*, *op. cit.*, p. 1145.

141 A. BECK, *A History of the British Medical Administration of East Africa...*, *op. cit.*, p. 18-19.

montera », l'idéal étant « que l'indigène connaisse la personnalité du médecin, son but, son travail, et qu'il s'aperçoive des résultats obtenus » (142). Son successeur Fernand Guérin insistait sur le fait que cette quête de résultats passait par l'emploi de « thérapeutiques modernes agiss[ant] (...) d'une manière tellement apparente qu'elles sont, chez les indigènes, le moyen de propagande le plus efficace en faveur de la médecine européenne » (143). La lutte contre la maladie du sommeil et le pian correspondaient à ces critères : traitements simples, visibles, efficaces et systématiques. Si l'on se penche sur les actions menées contre les endémies et épidémies au Ruanda, ce sont précisément ces deux maladies qui ressortent du lot. Nous les envisagerons successivement.

§ 1. Maladie du sommeil (144)

La trypanosomiase humaine fut au centre des préoccupations de l'administration mandataire et des services médicaux à leur arrivée au Ruanda. Rien d'étonnant, si l'on se rappelle d'une part le fait que la maladie du sommeil avait causé une énorme mortalité au Congo et avait initié une prise de conscience plus générale de l'importance d'une action sanitaire de masse, et d'autre part que cette maladie existait au Ruanda-Urundi avant la Première Guerre mondiale, mais avait – semble-t-il – été éradiquée par les colonisateurs allemands. À une réelle préoccupation humanitaire se mêlait la crainte de se montrer moins efficaces que les prédécesseurs occidentaux dans la région. La trypanosomiase humaine s'avéra moins grave au Ruanda que ce que les services sanitaires et administratifs ne le craignaient. Par contre, une autre endémie, moins dangereuse, mais invalidante, s'imposa comme un problème majeur de santé publique ; il s'agissait du pian. Les méthodes de lutte adoptées contre cette maladie s'inspirèrent partiellement de celles mises en place au Congo pour la trypanosomiase. C'est pourquoi nous développons un paragraphe consacré à la maladie du sommeil.

a) Contexte général

La maladie du sommeil était largement répandue à travers toute l'Afrique équatoriale. On trouvait des zones infectées sur la côte occidentale de l'Afrique, au Congo belge, en Afrique orientale et dans les deux Rhodésies. Cette maladie s'avéra si meurtrière qu'elle fut rapidement au cœur des préoccupations sanitaires des puissances coloniales, d'autant que sa propagation et ses causes étaient au départ inconnues, *a fortiori* les traitements possibles. Elle apportait beaucoup de problèmes neufs aux administrations coloniales et à leurs services médicaux et fut dans plusieurs colonies à la base de la création de services sanitaires orientés non plus vers le personnel européen mais vers les populations locales (145).

142 RA SHRU 1929, *op. cit.*

143 RA SHRU 1934 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU (51) n°5E). Fernand Guérin (1891-1965), ancien combattant de la guerre 1914-1918, lieutenant colonel de la Force Publique, fut directeur de l'école d'assistants médicaux de Kitega, avant de devenir médecin provincial de la fin de l'année 1931 à 1935.

144 Voir entre autres J. BURKE, « Les trypanosomiasés humaines africaines », in P.G. JANSSENS, M. KIVITS et J. VUYLSTEKE (eds), *Médecine et hygiène en Afrique centrale...*, *op. cit.*, II, p. 1399-1535 ; J. FORD, *The Role of the Trypanosomiasés in African Ecology. A Study of the Tsetse Fly Problem*, Oxford, 1971 ; M. LYONS, « Sleeping sickness epidemics and public health... », *op. cit.* ; M. LYONS, « From 'Death Camps' to Cordon sanitaire... », *op. cit.*

145 Voir entre autres à ce sujet A. BECK, *A History of the British Medical Administration of East Africa...*, *op. cit.* ; J. ILIFFE, *East African Doctors...*, *op. cit.* ; J. BURKE, « Historique de la lutte contre la maladie du sommeil au Congo, 1885-1964 », in ASBMPT, LI, n°4, 1971, p. 465-477 ; M. LYONS, « From "Death Camps" to Cordon sanitaire... », *op. cit.*, p. 69-91 ; M.I. LYONS, « Sleeping Sickness, Colonialism and Imperialism... », *op. cit.*, p. 242-256 ; M. LYONS, *The Colonial Disease. A Social History of Sleeping Sickness in Northern Zaire, 1900-1940*, Cambridge, 1992.

La découverte de la maladie par des explorateurs et médecins européens date du début du XVIIIe siècle en Guinée et au Bénin ; au XIXe siècle, des cas furent décelés au Sierra Leona et au Congo ; la maladie était par ailleurs active sur toute la côte occidentale du Sénégal et du Niger. Les populations africaines en connaissaient bien les symptômes, mais ne pouvaient lui échapper ; en quittant leurs villages pour rejoindre des zones supposées sans mouche tsé-tsé, elles propageaient plus loin la trypanosomiase. En Afrique orientale, les premiers cas repérés par des Occidentaux furent notés en Uganda en 1901 par un médecin de la CMS, le Dr Albert Cook, dont nous avons déjà parlé, mais le parasite était probablement arrivé dans le sud du Busoga à la fin du XIXe siècle. Selon Ann Beck, la trypanosomiase humaine fut probablement importée vers l'est par l'expédition de secours d'Henri Stanley à Emin Pacha (146). Le contexte de propagation fut favorisé par une chute de la démographie liée à des famines et des troubles politiques : les zones en friche progressèrent, offrant à la glossine des gîtes propices.

La connaissance scientifique de la maladie se développa durant les dix premières années du XXe siècle, dans le chef de savants britanniques et allemands principalement (147). Dutton et Todd découvrirent le trypanosome gambien en 1902. Les scientifiques firent notamment de nombreux progrès en étudiant l'épidémie de trypanosomiase en Uganda au début du XXe siècle : en 1903, Castellani détecta un trypanosome dans le fluide cérébrospinal ; le trypanosome fut reconnu comme la cause de la maladie, et la tsé-tsé comme son vecteur. Dans les colonies allemandes d'Afrique de l'Est, Kleine découvrit les cycles de développement du trypanosome dans les tsé-tsé avant la transmission aux humains, Stephens et Fantham distinguèrent deux souches (une gambienne, l'autre rhodésienne), etc. La maladie du sommeil était due à une infection de l'homme par une ou deux sortes de trypanosomes (*T. gambiense* ou *T. rhodiense*) ; ces trypanosomes étaient transportés par certaines sortes de mouches tsé-tsé (généralement la *glossina palpalis* pour la souche gambienne et la *glossina morsitans* pour la souche rhodésienne).

La mortalité exceptionnellement élevée liée à la propagation de la maladie du sommeil affola les autorités coloniales, notamment au Congo, où le système sanitaire fut pensé en fonction de la lutte contre cette épidémie. Les autorités médicales de l'État Indépendant du Congo puis du Congo belge crurent des missions spéciales itinérantes de lutte contre la maladie, chargées de suivre régulièrement les populations, de détecter et d'isoler les malades. Selon Arnold, « campaigns like those against sleeping sickness in the Congo (...) were massive exercises in state intervention and social manipulation. Medical intervention impinged directly upon the lives of the people, assuming an unprecedented right (in the name of the medical science) over the health and over the bodies of its subjects (...) health and medical care (...) under imperial rule became part of a wider process of state regulation and centralised control » (148). Maryinez Lyons signale que pour beaucoup de Congolais, les équipes mobiles des missions de lutte contre la maladie

146 En 1887, Henri Morton Stanley prit la tête d'une expédition de secours à Emin Pacha que la conquête du Soudan égyptien par les madhistes isolait du reste du monde au cœur du Soudan. Il le ramena à Zanzibar en 1888.

147 Voir W. HAILEY, *An African Survey...*, op. cit., p. 1130-1131 ; A. BECK, *A History of the British Medical Administration of East Africa...*, op. cit., p. 34-40 ; J. FORD, *The Role of the Trypanosomiasis in African Ecology...*, op. cit. ; J. BURKE, « Trypanosomiasis humaines africaines », op. cit., p. 1399-1535 ; J.-P. BADO, *Médecine coloniale et grandes endémies...*, op. cit., p. 35-55.

148 D. ARNOLD, « Introduction: disease, medicine and empire », op. cit., p. 18.

du sommeil étaient leur premier contact rapproché avec le nouvel état colonial. Ces missions investissaient systématiquement certaines régions dans le but d'identifier et de traiter les victimes dans leurs villages (149). Ce fut également le cas dans une partie des territoires sous administration britannique, où la région du lac Victoria-Nyanza semble avoir perdu en quelques années un quart de million de personnes (150).

Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que la première pathologie prise en charge de manière systématique par les services sanitaires et administratifs du mandat belge fut la trypanosomiase humaine. L'administration coloniale allemande disait l'avoir éradiquée à la veille de la Première Guerre mondiale, en procédant systématiquement au débroussaillage de toute la zone touchée et au déplacement des populations. Au Congo belge, la maladie était également préoccupante. Ceci explique que le problème de la lutte contre cette maladie, même si elle était relativement circonscrite, fut considéré comme très important par les autorités médicales du Ruanda-Urundi à double titre. En 1923, le médecin en chef du Ruanda-Urundi Joseph Olivier énumérait ces deux aspects : « le premier est le point de vue politique et international, surtout très important dans ces territoires que nous administrons sous mandat et où nous sommes sans cesse exposés aux critiques des anciens possesseurs (...). Le second point à envisager dans cette question de la trypanose est l'importance intrinsèque de l'affection elle-même avec les ravages possibles sur les populations dont nous avons assumé la direction au point de vue hygiénique » (151). Il se montrait particulièrement anxieux de ne pas démeriter après les Allemands : « après l'effort considérable qui a été fait dans ce domaine par les Allemands quand ils occupaient ces territoires, il y a pour nous un devoir, une obligation même, à ne pas laisser se perdre le fruit de ce travail, et pour notre amour-propre national, un devoir même de perfectionner ce travail et de le rendre définitif. »

Selon les régions et les autorités médicales en place, des choix divergents de lutte furent mis au point. *Grosso modo*, deux modes de lutte se développèrent : l'un visait à éliminer les lieux de vie et de ponte des glossines (prophylaxie mécanique) ; l'autre cherchait à stériliser les porteurs de virus (prophylaxie médicamenteuse). Les colonisateurs allemands favorisèrent l'action sur les écosystèmes. Après avoir procédé à la stricte ségrégation des sommeilleux (notamment dans des camps établis sur la rive occidentale du lac Tanganyika), ils procédèrent à des débroussailllements massifs autour d'agglomérations recomposées (152).

Les Britanniques choisirent d'évacuer les populations hors des zones à risques et d'enfumer les véhicules qui traversaient les zones où pullulait la mouche. En Uganda par exemple, l'administration évacua toute la population des îles et rives du lac Victoria-Nyanza. Le responsable du district justifiait cette politique de la manière suivante : « I am convinced that the only way to stop the spread of the disease is to break one of the links in its transmission. The indispensable link is, of course, the tsetse. But, as the fly exists in countless millions around the whole of the 500 miles in our lake shore, its destruction seems to be a hopeless task. As we cannot break the chain by the destruction of the fly, we must withdraw from the

149 M. LYONS, « Sleeping sickness epidemics and public health... », *op. cit.*, p. 106-107, 119.

150 W. HAILEY, *An African Survey...*, *op. cit.*, p. 1130.

151 Lettre du médépro Olivier au CR, Usumbura, 11 avril 1923 (AA, Bruxelles, dossier Hyg 4425 n°635). La citation suivante est également tirée de ce courrier.

152 J. ILIFFE, *East African Doctors...*, *op. cit.*, p. 32 ;

insects the source of their infection. All the sick must, therefore, be withdrawn from the reach of the tsetse » (153).

Quelques années plus tard, le nouveau médecin responsable de la lutte contre la maladie du sommeil se lança dans un nettoyage en règle des localités ougandaises infectées : il programma de réduire la densité de la mouche en concentrant ses efforts dans deux directions (étendre les zones sans tsé-tsé et éduquer les populations). Pour obtenir ces résultats, des mesures drastiques furent édictées : évacuation de toute personne infectée vers des zones libres de glossine ; évacuation temporaire de toutes les personnes saines hors des zones infestées par des mouches présumées infectées ; élimination des mouches dans toutes les localités où la population ne pouvait être déplacée et dans tous les lieux de passage des travailleurs.

Ce schéma était révolutionnaire parce qu'il impliquait le déplacement de milliers de personnes hors de leur environnement habituel. Il s'accompagnait de mesures coercitives imposant à des patients de vivre dans des camps. Il suscita des questions dans le chef des responsables territoriaux et médicaux : les priorités médicales donnaient-elles le droit au gouvernement colonial britannique de forcer des milliers de gens à vivre dans des camps ? Ces changements d'habitudes de vie devaient-ils être amenés par la contrainte ou par une persuasion morale ? Enfin, ce schéma était-il réalisable avec les moyens dont disposaient les institutions sur le terrain ?

Le concepteur de ce programme considérait que la coopération des chefs et des populations était les meilleurs garants du succès de l'entreprise. Il était persuadé que les populations comprendraient l'objectif de ces contraintes : dans ce but, il rédigea des textes de vulgarisation sur la maladie et la mouche tsé-tsé et décrivit les plans d'évacuation du gouvernement. Ce volet de propagande de son action était également neuf. *In fine*, de nombreux malades furent condamnés à mourir dans les camps sans perspective de s'échapper. Mais ces camps prouvèrent que la théorie de la transmission mécanique était correcte. L'expérimentation de ces nouvelles méthodes amena les administrateurs britanniques à mettre en place de nouvelles politiques (154).

Au Kenya, l'administration fit procéder à des éclaircissements extensifs de la végétation le long des rivières infestées de tsé-tsé ; au Tanganyika, elle fit incendier de larges zones afin de détruire la mouche et concentra la population dans des zones précises, lui imposant de ne laisser aucune terre sans culture (155). Les Britanniques combinèrent progressivement les deux angles d'attaque : détruire l'habitat de la mouche et traiter les personnes infectées. Au Nigeria, bientôt fortement touché par la maladie, ils optèrent pour un modèle d'inspection et de traitement fort semblable à celui choisi par les Belges et les Français, bien qu'établi sur une base résidentielle et non itinérante. Ces oscillations méthodologiques étaient liées aux faibles moyens financiers disponibles : les médecins, chercheurs et administrateurs devaient arbitrer entre la recherche des lieux de concentration de tsé tsé et le travail de laboratoire, entre la construction de camps pour les malades et le

153 Cité par A. BECK, *A History of the British Medical Administration of East Africa...*, *op. cit.*, p. 39. Les informations qui suivent sur l'Afrique britannique et la maladie du sommeil sont également tirées de son travail. La théorie exposée dans la citation fut battue en brèche des années plus tard sur des bases scientifiques, mais la politique de déportation de population avait été mise en œuvre.

154 A. BECK, *A History of the British Medical Administration of East Africa...*, *op. cit.*, p.46.

155 W. HAILEY, *An African Survey...*, *op. cit.*, p. 1129-1134 ; A. BECK, *A History of the British Medical Administration...*, *op. cit.*, p. 36, 43-46.

défrichage de larges zones. La détermination des priorités varia au fil du temps dans la plupart des colonies.

Les Français et les Belges mirent plutôt en place des missions spéciales de recensement médical et de traitement des trypanosés afin de supprimer les transmissions directes (156). Ces missions, dénommées par l'administration française Équipes de prospection et de traitement étaient chargées de traiter les malades.

L'administration belge avait bien testé la ségrégation des malades dans des lazarets, mais l'avait abandonnée dès 1911 en raison de ses résultats décevants. Elle la remplaça par un système de missions spéciales itinérantes. Ce fut un jeune médecin, Émile Lejeune, qui expérimenta le premier la recherche des patients dans leur milieu de vie, en se rendant dans les villages et les maisons (157). Son expérience pilote fut à la base du recours aux équipes mobiles et au recensement médical qui se développèrent à partir de 1920 (158). La méthode développée au milieu des années 1910 en Afrique équatoriale française par le Dr Eugène Jamot était très semblable à celle d'Émile Lejeune (159). Les Belges ajoutèrent à la détection et au traitement des réglementations strictes limitant les mouvements de populations dans et hors des zones infectées. Ils tentèrent également d'éclaircir la végétation, mais avec peu de succès dans une région de forêt équatoriale.

Le nouveau système était basé sur le recensement médical confié à des équipes mobiles spécialement organisées à cette fin et sur le traitement systématique des malades. Le recensement consistait à examiner toute la population d'une région, village par village, individu par individu, de manière à dépister tous les sommeilleux et à les traiter jusqu'à guérison complète dans des dispensaires spécifiques (160). Le système prévoyait un contrôle régulier, au minimum tous les ans. Ceci représentait un énorme travail et un personnel nombreux. Selon le Dr Schwetz, le choix des zones à traiter de manière systématique était fonction soit de la gravité de l'endémie-épidémie, soit de l'importance sur le plan économique et politique (161). Ces recensements sanitaires furent également l'occasion d'un recensement général de la population par âge et par sexe, maison par maison, famille par famille. Ceci allait dans le sens d'une meilleure connaissance du milieu, mais également d'un quadrillage administratif et sanitaire plus systématique.

b) Lutte contre la maladie du sommeil au Ruanda

Bien que la lutte contre la maladie du sommeil ne concernât qu'une infime partie du Ruanda (l'extrême sud-ouest, le long de la rivière Ruzizi formant frontière avec le Congo belge et l'Urundi), la prévention de cette maladie y fut pourtant abordée d'un double point de vue. Dans un premier temps, le Ruanda fut lié à la maladie par le

156 Voir entre autres J. RODHAIN, « Les grands problèmes de l'hygiène et l'organisation... », *op. cit.*, p. 8-10 ; J.-P. BADO, *Médecine coloniale et grandes endémies...*, *op. cit.*, p. 257-277, 291-338.

157 Émile Lejeune (1886-1962), diplômé de l'Université de Liège et de l'École de médecine tropicale de Bruxelles, travailla au Katanga à partir de 1911, où il passa la plus grande partie de sa carrière, notamment comme médecin-chef de l'hôpital d'Albertville.

158 P.G. JANSSENS, « Comparative aspects: I. The Belgian Congo », *op. cit.*, p. 214. Dubois affirme lui aussi que Lejeune fut « le premier à traiter systématiquement la maladie du sommeil dans les villages coutumiers mêmes » (A. DUBOIS, « Lejeune (Émile) », in *BBOM*, VI, col. 635). Sur la lutte contre la maladie du sommeil au Congo, voir les travaux essentiels de Maryinez Lyons, déjà cités.

159 J.-P. BADO, *Médecine coloniale et grandes endémies...*, *op. cit.*, p. 294-312.

160 F. MALENGREAU, *L'enseignement médical aux indigènes du Congo belge*, *op. cit.*, p. 22.

161 J. SCHWETZ, *L'évolution de la médecine au Congo belge*, *op. cit.*, p. 24.

biais de la recherche scientifique : en effet, l'Institut vétérinaire des territoires sous mandat et son laboratoire étaient implantés dans le nord-ouest de ce territoire (Kisenyi). Dès 1922, le directeur de l'Institut demandait l'envoi de trypanosés « pour faire sur l'homme les expériences de la sérothérapie de la maladie du sommeil », car il existait des cas au Congo belge et dans les régions limitrophes sous administration britannique (162). Par la suite, un nombre limité de cas furent découverts dans l'extrême sud du Ruanda : de scientifique, l'intérêt devint curatif et préventif. *A priori*, le Ruanda ne semblait pas touché par la trypanosomiase humaine. Le vicaire apostolique Léon Classe, affirmait en 1929 qu'« il n'y a jamais eu dans le territoire du Vicariat du Ruanda de cas de maladie du sommeil » (163).

La crainte d'une extension de la maladie du sommeil dans les territoires sous mandat ne fut cependant jamais absente dans le chef des autorités médicales belges. La conférence sur la maladie du sommeil qui regroupa à Kigoma en décembre 1926 le responsable britannique de la lutte antitrypanosomique dans le Tanganyika Territory, le médecin d'Albertville (Congo belge) et le chef de la mission maladie du sommeil au Ruanda-Urundi, ne fit qu'accentuer cette préoccupation. Le représentant britannique y attira l'attention de ses homologues belges sur le danger que pourrait constituer pour le Ruanda-Urundi le foyer de trypanosomiase rhodésienne des environs de Mwanza (à environ deux cents kilomètres de la frontière rwandaise) (164).

Les autorités belges décidèrent de réaliser une étude « sur l'existence ou non de glossines aux frontières est et sud du territoire du Ruanda-Urundi [et du Tanganyika Territory] », le long de la Kagera (165). Elles résolurent en outre de surveiller étroitement les Africains venant de Kigoma pour empêcher l'introduction de ce type de trypanosomiase transmis par la *glossina morsitans*. Elles craignaient particulièrement que des ressortissants des territoires sous mandat belge partis travailler au Tanganyika Territory et en Uganda en reviennent infectés. Il y eut également des craintes d'une extension de la trypanosomiase dans le nord (région de la Kakitumba, à la frontière entre le Ruanda et l'Uganda). Cependant, les diverses prospections réalisées dans le sud-est et dans le nord du Ruanda en 1927 ne détectèrent aucun cas de trypanosomiase.

Dans le sud-ouest du Ruanda, les premiers malades furent détectés à la fin de l'année 1931. Auparavant, tous les patients traités au Ruanda-Urundi par l'administration mandataire belge provenaient d'Urundi, le long des rives du lac

162 Lettre du directeur de l'ItV au médépro, Kisenyi, 27 février 1922 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°2).

163 Lettre de Léon Classe au RR, Kabgaye, 2 avril 1929 (AA, Bruxelles, dossier Hyg 4405 n°305). On connaît par ailleurs le rôle joué par les missionnaires dans la détection et le traitement des sommeilleux, notamment au Congo belge. Voir par exemple V. ROELENS, *Les Missionnaires d'Afrique (Pères Blancs) et la maladie du sommeil*, Anvers, s.d., [1912].

164 RAC 1926, p. 119. La trypanosomiase de souche rhodésienne était « caractérisée par sa marche rapide, débutant par une sorte de grippe violente, avec fièvre persistante et courbature et affaiblissement progressif. Au bout de quatre à cinq semaines, le liquide céphalo-rachidien est déjà infecté. Le malade a des gonflements importants des pieds pouvant faire penser à de l'ankylosomiase grave. Mort après trois à six mois. Signes cutanés inexistant ou d'une rareté exceptionnelle » (Lettre du médépro a.i. au MDR Latinne, Kitega, 8 février 1927 AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°2). La virulence et la dangerosité pour l'homme de la trypanosomiase de souche rhodésienne avait été mise en évidence en 1910 par Stephens et Fantham.

165 Lettre du médépro a.i. Mattlet au MDR Latinne, Kitega, 8 février 1927 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°2).

Tanganika et de la Ruzizi. La maladie, éradiquée comme nous l'avons déjà signalé par les Allemands, réapparut sur les rives du lac en 1923-1924 (166).

Jusqu'en 1932, le Ruanda ne fut donc pas compris dans les zones de lutte contre la maladie du sommeil : le secteur de lutte le plus proche bordait la frontière rwandaise dans la plaine de Bugarama, depuis la cote mille jusqu'à la Ruzizi (167). Cette zone connaissait le taux d'infection le plus élevé de l'ensemble de la zone infectée (3,38 % en 1925, 2,15 % en 1926, près de 10 % en 1930). La lutte contre la maladie du sommeil dans cette région n'aboutissait pas à des résultats concluants, de l'avis du directeur général rattaché au service de l'hygiène de la métropole et de son confrère Jérôme Rodhain, directeur de l'École de médecine tropicale. Ce dernier, se basant sur les estimations de 10% de nouvelles infections en 1930, déclara qu'« il y a[vait] une lacune dans l'action médicale et territoriale urgente à combler dans la zone des rives du Tanganika et de la Ruzizi », c'est-à-dire entre autres au sud du Ruanda (168). Ces indices d'infection élevés, conjugués à la faible efficacité de l'éradication de la maladie dans ce secteur, expliquent sans doute son extension au début des années 1930 dans le Ruanda méridional épargné jusqu'alors.

Pourquoi la lutte contre la trypanosomiose en Urundi était-elle inopérante ? Le médecin provincial Joseph Olivier avait retenu dans le courant des années 1920 une méthode de travail visant « en tout premier lieu à stériliser le sang de tous ou de presque tous les porteurs de germes » et privilégié une mission établie dans des postes fixes (169). Le responsable de la section Hygiène du ministère des Colonies n'était pas convaincu de l'efficacité d'une mission résidentielle, estimant qu'« il ne faut pas compter sur le bon vouloir des indigènes. Il faut aller les trouver chez eux. Obliger tout un village, hommes, femmes, enfants, vieillards et malades à se déplacer et à aller au poste médical situé à dix, vingt kilomètres et plus, est irréalisable. Le service médical devra donc se déplacer pour le premier dépistage et après, pour révision des villages déjà visités à des époques variables suivant les médicaments utilisés. Pour ce service, le médecin sera aidé par ses agents sanitaires et par les infirmiers injecteurs » (170). La méthode itinérante décrite était celle mise en place au Congo belge. Elle fut appliquée durant les années 1930, puis on en revint à un dépistage dans des postes fixes (171).

Par contre, le choix prioritaire du traitement médicamenteux des personnes atteintes de trypanosomiose à l'atoxyl et à l'émétique, puis au trypanorsyl, n'était pas contesté. Pourtant, il provoqua des accidents thérapeutiques (plusieurs décès eurent lieu en 1927 dans la région de la Ruzizi) (172). Le choix de recourir au traitement médicamenteux marquait une rupture avec la méthode choisie précédemment par

166 RAC 1921, p. 46 ; RAC 1923-1924, p. 14.

167 RAC 1925, p. 124-125 ; RAC 1926, p. 119 ; RAC 1927, p. 140 ; RAC 1928, p. 144 ; RAC 1931, p. 236.

168 Lettre du directeur de l'EMT Rodhain au MCol Jaspas, 24 novembre 1930 et Lettre de Duren au MCol Jaspas, 1er décembre 1930 (AA, Bruxelles, dossier Hyg 4405 n°306).

169 D'après la Note de l'IG van Campenhout de la 7e DG du MC, 3e section (Hygiène) relative à la lettre du Résident de l'Urundi Ryckmans, du 2 janvier 1926, Bruxelles, 5 mars 1926 (AA, Bruxelles, dossier Hyg 4425 n°638).

170 Note de l'IG de la 7e DG du MC, Bruxelles, 5 mars 1926, *op. cit.*

171 Voir les illustrations n°139 et 140 montrant le dépistage et le traitement dans des formations sanitaires fixes.

172 Les causes de ces décès ne furent pas élucidées. Le médecin provincial s'Heeren se demandant s'il y avait « eu erreur de dose ou avarie du produit ? Les injections faites à des animaux avec le restant du produit ne donnèrent aucun trouble. L'agent sanitaire en cause nia et nie toujours formellement s'être trompé de dose » (lettre du médépro s'Heeren du 10 avril 1928 annexée au RA SHRU 1927 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 51 n°2).

les colonisateurs allemands (une action de modification de l'écosystème). Jugeant trop onéreux et trop lourd pour les populations de recourir à ces mesures radicales, l'administration mandataire préconisa quelques mesures prophylactiques applicables aux populations locales dans des aires réduites : déplacements des populations hors des zones incriminées, élagage ou destruction des bananeraies, interdiction de naviguer et de pêcher (173). Les seuls défrichages opérés étaient mis en œuvre le long des rivières utilisées pour les déplacements ou pour l'approvisionnement en eau.

Les autorités mandataires préféraient obliger de petits groupes de populations à changer de comportement dans leurs lieux de vie et leurs déplacements que de les contraindre à changer l'écosystème en supprimant les biotopes favorables à la tsé-tsé ; ceci était lié aux surfaces importantes qu'il aurait fallu modifier. Les décisions des autorités médicales avaient un impact non seulement sur leur santé, mais également sur leur vie, leur habitat, leurs activités vivrières, leurs déplacements. Nous avons signalé que les Britanniques optèrent pour le même type de mesures en Uganda.

À la fin de 1931, des cas de trypanosomiasés humaines furent relevés au Ruanda. Un an plus tard, l'ancienne limite septentrionale de la mission maladie du sommeil (formée jusqu'alors par la rivière Lua faisant frontière entre l'Urundi et le Ruanda) fut déplacée vers le nord jusqu'au pied de l'escarpement de Shangugu (174). Désormais, le sud-ouest du Ruanda fut compris dans la section de la Nyakagunda (rivière un peu au sud de la frontière entre le Ruanda et l'Urundi). Il fit ensuite partie du secteur de Bugarama. En 1936, ce secteur fut élevé au rang de circonscription, et fut subdivisé en deux secteurs : Kamembe (Ruanda) et Usumbura nord (Urundi).

L'auxiliaire médical Albert Hanotiau, attaché à la mission de la maladie du sommeil pour le secteur de Bugarama, prospecta la plaine du même nom du côté rwandais (175). Immédiatement, il apparut que cette zone densément peuplée était fortement infectée et que « la zone contaminée s'était étendue dans la vallée de la Ruzizi au sud-ouest du territoire de Kamembe (Ruanda) et qu'il s'était formé dans la plaine de Bugarama un important foyer de trypanosomiasé » (176). Hanotiau recensa 7 021 Rwandais, dont 683 malades. L'indice d'infection était de 9,7%, soit bien plus que la moyenne de l'ensemble du secteur de Nyakagunda pris en charge par cet auxiliaire médical (2,5%). Le sud du Ruanda était déjà sévèrement atteint.

Pour enrayer la propagation de la maladie, Hanotiau proposa une série de mesures qui furent agréées par le médecin responsable de cette mission maladie du sommeil financée par le FOREAMI, le Dr Vittorio Prati, ainsi que par le Résident du Ruanda et l'administrateur territorial du territoire de Kamembe (177). Elles s'appliquaient principalement aux populations et non à leur milieu de vie. En premier lieu, l'auxiliaire médical requit la suppression des passages d'eau sur la Ruzizi. Il

173 *RAC* 1927, p. 140.

174 Les informations sur les changements de divisions de lutte contre la maladie du sommeil au Ruanda sont extraites des *RAC* 1932, p. 253, *RAC* 1936, p. 84.

175 L'auxiliaire médical Albert Hanotiau (*1899) avait travaillé à la mission maladie du sommeil du Kwango, avant d'être envoyé au Ruanda-Urundi où il fut chargé d'une mission identique dans le secteur de Bugarama.

176 *RAC* 1932, p. 253. Les chiffres qui suivent sont également tirés de ce document.

177 Lettre de l'AT de Shangugu Bourgeois au RR, Kamembe, 30 octobre 1933 et Lettre du RR Simon à l'AT Bourgeois, Kigali, 21 août 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°2).

conditionna le maintien d'un seul passage à la mise en place d'une surveillance par des « messagers » employés par le service médical. Ensuite, Hanotiau réclama le port obligatoire d'un passeport médical par tous les voyageurs. Il avait en effet constaté l'intensité des relations commerciales entre les populations du territoire de Kamembe et celles du Congo belge, signalant « un va-et-vient continu d'indigènes traversant la Ruzizi » (178). Il s'agit bien ici d'un quadrillage sanitaire : on y trouve la contrainte et l'application à toute une population. Ce quadrillage sanitaire avait des effets sur d'autres aspects de la vie des populations (vie économique, liberté de mouvement, etc.).

Outre la restriction des mouvements de populations, d'autres mesures concernaient leur habitat. Hanotiau demanda le déplacement immédiat des populations à deux kilomètres des rivières, jusqu'à des emplacements choisis par les autorités administratives et médicales, ainsi que le regroupement des populations en des localités plus concentrées. Le fonctionnaire territorial de la région apprécia ces mesures de quadrillage sanitaire d'un point de vue administratif : « ces propositions très bonnes, le regroupement ayant également son importance pour la facilité du service territorial » (179). Les nouvelles localités étaient signalées aux populations par un abornement au moyen d'arbustes ou de signaux artificiels. Les exigences du service médical heurtaient de front les habitudes du pays, où l'habitat dispersé en *rugo* individuels était la norme ; elles allaient potentiellement entraver la liberté des populations et modifier le paysage.

À côté de ces mesures appliquées aux populations, des actions furent entreprises à une échelle restreinte pour sécuriser les zones de passage : débroussaillage le long des routes (axe Usumbura-Shangugu) et des passages de rivières. Les endroits débroussaillés furent plantés de cynodon (une sorte de chiendent). La solution de capturer les glossines au moyen de pièges fut rapidement abandonnée, car le rendement des appareils Harris était médiocre et ils étaient détériorés par les intempéries ou par le contact avec des animaux de brousse (180). Les résultats de la lutte contre la maladie du sommeil dans le sud-ouest du Ruanda furent rapidement satisfaisants, comme en témoigne le tableau 23.

Dans le nord-est du pays, le point de départ des prospections « maladie du sommeil » fut la conférence de Kigoma de 1926. En 1927, le Dr Armand Roelens fut chargé de repérer l'existence de glossines et de cas suspects, et de signaler les endroits à surveiller dans la région du Kisaka et le long de la frontière orientale des territoires sous mandat. Il devait s'occuper « tout spécialement des grands chemins de communication vers le territoire anglais, des alentours des grands centres indigènes, des sentiers indigènes les reliant, des galeries forestières des rivières et des environs boisés des lacs » (181). Des glossines avaient déjà été observées dans cette zone par le commandant Jooris et l'agent sanitaire Verougstraete dans le courant des années 1920 (182).

178 Lettre de l'auxiliaire médical Hanotiau à l'AT de Kamembe, Bugarama, 25 juillet 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°2).

179 Lettre de l'AT Bourgeois au RR, Kamembe (en route), 6 août 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°2).

180 *RAC* 1935, p. 90.

181 *RAC* 1926, p. 119.

182 Lettre du médépro a.i. Mattlet au MDR Latinne, Kitega, 8 février 1927 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°2). Georges Verougstraete (°1899) était agent sanitaire. Selon les Pères Blancs de Rwamagana, il était candidat en médecine. Il travailla au Kisaka (1927), à Kigali et Rukira (1929). Nous n'avons pas trouvé d'informations sur ce Commandant Jooris.

Armand Roelens partit de Kigali vers Rukira, explora différents passages de la Kagera, à la frontière de l'Uganda, et rejoignit Gatsibu. Il trouva des *morsitans* dans les savanes boisées fréquentées par le gibier situées à l'est de Gatsibu et le long de la vallée de la Kagera (183). Cependant, si des glossines étaient présentes dans le pays, les recherches médicales s'avèrent négatives : aucun cas de trypanosomiase humaine ne fut découvert par le responsable de la prospection. Roelens envoya des spécimens de glossines à Bruxelles pour identification.

Les conclusions de cette prospection n'étaient qu'à moitié rassurantes. En effet, l'agent vecteur de la maladie était présent sur le terrain et il pouvait s'infecter au contact de glossines ramenées des foyers britanniques par des véhicules motorisés venant d'Uganda et du Tanganyika Territory. Une solution fut proposée par le service vétérinaire : enfumer les véhicules passant la frontière (184). Un second moyen fut de déboiser les zones de refuge et de ponte de la région infestée de tsé tsé. Nous verrons plus loin comment les autorités territoriales et locales participèrent à cette action.

La question de la trypanosomiase humaine fut abordée sous un angle préventif au Ruanda durant l'entre-deux-guerres, car le pays était peu touché par la maladie. Des écoles diverses proposaient que la prévention se fasse soit en mettant l'accent sur le milieu, soit en soustrayant l'homme à celui-ci. Des choix politiques et économiques étaient sous-jacents : des conceptions diverses s'affrontèrent, entre services vétérinaires et médicaux, services sanitaires et territoriaux, etc., ce qui tend à démontrer que les politiques sanitaires dépassaient le cadre médical pur et simple. Par ailleurs, il y eut bel et bien quadrillage sanitaire dans le sud-ouest du pays dans la zone infestée par la trypanosomiase : déplacements contraints de population, limitation des déplacements hors de la zone et du pays, etc.

§ 2. Pian (185)

Avant de retracer les différentes étapes de lutte contre le pian au Ruanda, nous donnerons quelques informations sur la maladie, son importance dans le pays, les méthodes de traitement. Ensuite, nous examinerons en détail les deux missions spéciales de lutte contre le pian qui furent organisées dans le pays durant les années 1930. Nous verrons qu'elles déterminèrent largement la politique sanitaire du Ruanda-Urundi. C'est pourquoi nous nous y attarderons plus longuement.

a) Quelques éléments de contexte

Le pian fut déjà décrit par un médecin avant le milieu du XVII^e siècle et repéré en Indonésie et dans les Indes occidentales. Au XVIII^e siècle, les observations à son propos se multiplièrent dans les Antilles et les Caraïbes. Au XIX^e siècle, la différence entre la syphilis et le pian fut longuement discutée ; ce débat se poursuivait de manière passionnée au XX^e siècle dans les milieux médicaux

183 RAC 1927, p. 141-142. Les informations sur cette mission de prospection sont tirées de ce rapport.

184 Nous reviendrons sur le rôle du service vétérinaire et les services territoriaux dans la lutte contre la trypanosomiase dans le chapitre consacré aux acteurs non sanitaires.

185 Pour un bilan général sur la maladie, voir P.G. JANSSENS, « Aperçu historique » et A. MEHEUS, « Approche du problème », in P.G. JANSSENS, M. KIVITS et J. VUYLSTEKE (eds), *Médecine et hygiène en Afrique centrale...*, op. cit., II, p. 1311-1313 et 1314-1319. Voir également W. HAILEY, *African Survey...*, op. cit., p. 1145.

tropicaux, y compris en Belgique (186). Dans les territoires sous administration belge, la présence de pian est avérée dès l'État indépendant du Congo.

Aujourd'hui, on sait que le pian, appelé en anglais *yaws* et en allemand *frambæsia tropica*, est une tréponématose non vénérienne spécifiquement tropicale, qui produit des lésions cutanées si visibles que toutes les communautés où il sévit le reconnaissent sans difficulté. Sa présence en Afrique remonte à moins 10 000 avant Jésus-Christ, voire même encore plus tôt (187). Il se manifeste par des lésions cutanées, cartilagineuses et osseuses (188). Les descriptions des pianiques sont parlantes, comme celle donnée par un Père Blanc d'une « vieille que le chancre pianique a abominablement défigurée. Elle n'a plus de nez, et son visage n'est qu'une affreuse cicatrice qui lui donne un aspect effrayant et repoussant à la fois. Le mal terrible qui la terrassa il y a quelques années lui perfora également le palais » (189). Il se transmet par contact direct non génital de personne à personne, par l'intermédiaire d'exsudats ou de sérum de lésions pianiques infectieuses de la peau. Les lésions tardives (osseuses ou cartilagineuses) ne sont pas infectieuses. Le fait dominant du pian est la transmission non vénérienne et la prédominance chez les enfants.

La maladie évolue en plusieurs stades que l'on distinguait durant la période coloniale en pian primaire, secondaire et tertiaire. Actuellement, l'OMS conseille la division en pian récent, latent et atténué. Dans un premier temps, une lésion primaire se manifeste au niveau d'une petite plaie ou d'une piqûre d'insecte. Pendant l'incubation, le tréponème se multiplie à l'endroit de l'inoculation et passe dans le système lymphatique et dans le sang. La lésion se transforme en pianome volumineux (pian-mère) et dure quelques mois. Elle peut guérir spontanément ou se transformer en lésion secondaire (pianome). Les pianomes se répandent partout sur la peau, les os et les cartilages : la dissémination se fait par auto-inoculation ou par voie systémique. Les lésions secondaires guérissent spontanément : la maladie entre dans une période de latence qui peut durer toute la vie du patient ou réapparaître sous forme de lésions mutilantes et très douloureuses. Sur une population non traitée, 5 à 10% des individus infectés deviennent invalides (190). Par conséquent, le pian, bien que maladie non mortelle, handicapait des milliers de gens chaque année et « diminuait sensiblement la main-d'œuvre indigène » (191).

La connaissance des causes de la maladie date du début du XXe siècle : en 1905, Castellani découvrit des spirochètes dans des lésions pianiques, comme l'avait fait Schaudinn dans une lésion syphilitique. Cette découverte conditionna longtemps le traitement et la perception scientifique de la maladie. Durant la période que nous

186 Voir entre autres G. MATTLET, « Syphilis et pian », in *Bruxelles-Médical*, n°46, 1923 ; A. DUBOIS, « À propos de syphilis et de pian », in *Revue médicale de Louvain*, n°22, 1925, p. 349-350 ; L. VAN HOOFF, « Le pian et la syphilis seraient-ils une seule et même affection ? », in *Bruxelles-médical*, n°25, 1931, p. 733-735 ; R. VAN NITSSEN, « Pian et syphilis. Caractères différentiels », in *Bruxelles-médical*, n°31, 1933, p. 852-859 ; A. DUBOIS, « Le pian. Caractères différentiels et analogies entre le chancre pianique et le chancre syphilitique », in *Revue médicale de Louvain*, n°11, 1940, p. 161-168. Des chercheurs britanniques publièrent également des articles durant l'entre-deux-guerres dans des revues scientifiques de la métropole ou d'Afrique de l'Est.

187 M.H. DAWSON, « The 1920s anti-yaws campaigns... », *op. cit.*, p. 422.

188 Voir les illustrations n°141 à 143 qui montrent à quel point la maladie pouvait atteindre les patients.

189 VAR, *Rapport annuel pro manuscripto 1926-1927*, n°23, Alger, 1928, p. 18-19.

190 M.H. DAWSON, « The 1920s anti-yaws campaigns and colonial medical policy in Kenya », *op. cit.*, p. 421.

191 R. VAN NITSSEN, « Le traitement et la prophylaxie du pian au Congo belge », in *Bruxelles-Médical*, IX, n°30, 26 mai 1929, p. 861.

études, il était difficile de distinguer le pian de la syphilis chez les patients africains : aucun test de laboratoire ne les distinguait l'une de l'autre, toutes les réactions connues étant les mêmes pour les deux maladies ; les germes pathogènes étaient similaires, sinon identiques. En 1938, les scientifiques ignoraient encore si le pian pouvait produire des lésions au cerveau et aux cordes vocales comme la syphilis.

Les observateurs européens constatèrent que le pian était beaucoup plus répandu dans les villages que dans les villes. La transmission directe était favorisée par la promiscuité, le manque d'hygiène publique et personnelle (manque d'eau et de savon), ainsi que par l'absence de vêtements et de chaussures. Les ustensiles ménagers, récipients à boire, le sein maternel pouvaient être à l'origine de l'infection. C'était une maladie infantile fréquente. Le rôle des insectes n'a par contre jamais pu être prouvé.

Dans les foyers à basse endémicité, la maladie était caractérisée par une activité clinique faible et des symptômes atténués. Au Ruanda, les populations semblaient connaître le phénomène et savaient qu'une infection en bas âge protégeait contre une réinfection et même contre les séquelles du pian tardif. Les mères inoculaient du suc de lésions pianiques à leurs enfants pour les protéger contre le pian transmis par voie naturelle. Ce fait est notamment attesté par un ancien missionnaire protestant belge, devenu ensuite agent sanitaire de la Colonie (192). L'inoculation du pian aux enfants pour les prémunir contre les lésions graves du pian secondaire tardif et du pian tertiaire de l'adulte fut également observée par plusieurs médecins dont Georges Mattlet en Urundi et René Van Nitsen au Katanga (193). Cette pratique, avalisée aujourd'hui par le corps médical, était critiquée durant l'entre-deux-guerres : Van Nitsen écrivait notamment que la maladie était « souvent entretenue par des pratiques indigènes. Dans beaucoup d'endroits en effet, le pian est inoculé aux nourrissons, les parents croyant ainsi mettre leurs enfants à l'abri des complications tertiaires » (194).

Dans les territoires sous administration belge, des recherches sur le pian furent effectuées entre 1908 et la fin de la période coloniale par de nombreux médecins, dont Broden, Rodhain, Mouchet, Dubois, Van Nitsen, Van den Brande, Van Hoof, Miguens, Mattlet, Dupuy, Fornara, Walker, Mathieu et Dupont (195). Certaines de ces études concernaient les principes médicamenteux, d'autres se penchaient sur les différences et ressemblances entre le pian et la syphilis, d'autres encore sur l'étude clinique de la maladie, son caractère congénital ou héréditaire, etc. Parmi ces études, plusieurs, dont celles de Georges Mattlet, étaient spécifiquement consacrées au pian dans les territoires du Ruanda-Urundi, particulièrement touchés par cette maladie.

Plusieurs approches de la maladie étaient envisageables : immuniser les populations ; isoler les individus infectés du reste de la communauté ; augmenter les

192 A. LESTRADE, *La médecine indigène au Rwanda*, ARSC, Bruxelles, 1956 (Mémoires de sciences morales et politiques, n°8).

193 G. MATTLET, « Note au sujet de l'hérédité du pian », in *ASBMT*, XIII, n°1, 1933, p. 15 ; R. VAN NITSEN, « Les manifestations tertiaires du pian dans la région du Tanganika-Moëro », in *ASBMT*, I, n°1, mai 1920, p. 39-54. René Van Nitsen (1886-1941), médecin diplômé de l'Université de Bruxelles (1912), s'engagea en Afrique pendant la Première Guerre mondiale. En 1919, il fit une enquête sur le pian dans la région du lac Moëro. De 1920 à 1937, il travailla pour l'UMHK.

194 R. VAN NITSEN, « Le traitement et la prophylaxie du pian au Congo belge », *op. cit.*, p. 861.

195 Voir la bibliographie recensée par P.G. JANSSENS et A. MEHEUS, « Approche du problème », *op. cit.*, p. 1317-1319.

standards d'hygiène dans les villages ; enfin, rendre la plus grande partie possible de la population non-infectieuse (196). La première solution était impossible faute de vaccin. L'isolement des malades était impossible en raison du nombre très élevé de personnes atteintes. L'amélioration de l'hygiène publique et familiale était une solution à long terme, mais hors de prix pour les populations et les administrations coloniales. La dernière solution, celle qui consistait à rendre une majorité d'Africains non-infectieux par des injections, fut retenue par la plupart des autorités coloniales, soit de manière libre, soit, comme au Ruanda, de manière contraignante.

Les premiers traitements administrés par des médecins occidentaux n'obtinrent pas plus de résultats que les thérapies africaines. La découverte de l'arsphénamine (*salvarsan*) par le bactériologiste allemand Ehrlich révolutionna le traitement à la veille de la Première Guerre mondiale : en une dizaine de jours, les lésions disparaissaient. Selon Mark Dawson, ce remède miracle « created the mystique in Africa of the healing power of the injection and aided in gaining limited acceptance of Western biomedicine by rural African populations » (197). En 1920, on découvrit que le bismuth était également efficace. La première formule utilisant du sous-gallate de bismuth (ou dermatol en solution huileuse) fut mise au point en 1924 par Miguens sous le terme de méthode de Yernaux. Selon Janssens, l'adoption de cette formule au Congo belge et au Ruanda-Urundi n'était motivée que par son prix de revient peu élevé, car le bismuth provoquait des effets secondaires (gingivite, stomatite, névralgie du trijumeau) (198). Après la Deuxième Guerre mondiale, des traitements à base de pénicilline eurent des résultats très positifs, mais ils pouvaient provoquer des réactions secondaires.

Le traitement du pian fut mis en place au Congo belge à partir de 1908. En 1929, c'est-à-dire avant le lancement de la première campagne antipianique au Ruanda, René Van Nitsen fit le bilan des moyens thérapeutiques testés au Congo (199). Il passa en revue les arsénicaux (arsénobenzènes, sulfarsénol, soamine, stovarsol et tréparsol), les sels de bismuth, le mercure, l'émétique et l'iodure de potasse. Pour chacun, il évalua l'efficacité du traitement, l'évolution des dosages, la toxicité, la facilité d'administration, le nombre d'injections ou de cachets à administrer, la toxicité et les risques de complications, les stades du pian couverts par le traitement, etc.

Les traitements pouvant être administrés par voie orale étaient présentés comme plus faciles à faire accepter (notamment par les enfants) que les traitements par intraveineuses ou intramusculaires. Van Nitsen signalait que les sels de bismuth étaient considérés comme d'une réelle valeur thérapeutique, mais également comme très dangereux et susceptibles d'entraîner des décès, ajoutant que de nombreux praticiens les avaient complètement abandonnés. Nous verrons que cette formule fut pourtant appliquée à grande échelle au Ruanda, même après que l'ensemble de la littérature médicale eut signalé ce fait.

196 M.H. DAWSON, « The 1920s anti-yaws campaigns... », *op. cit.*, p. 420

197 *Idem*, p. 417.

198 La gingivite est une inflammation des gencives, la stomatite une inflammation de la muqueuse buccale. Le trijumeau est un nerf crânien qui innerve la peau du visage, de la langue et des dents et se divise en nerf ophtalmique, maxillaires supérieur et inférieur. Le bismuth provoquait des douleurs importantes.

199 R. VAN NITSEN, « Le traitement et la prophylaxie du pian au Congo belge », *op. cit.*, p. 861-864. Les citations et informations qui suivent sont également extraites de cet article.

Dans son article de 1929, Van Nitsen évaluait défavorablement les résultats de la lutte contre le pian au Congo belge de 1908 à 1929. « À quoi attribuer (...), que malgré les milliers d'injections qui se font chaque année, le pian n'est guère en régression ? C'est que le manque de médecins n'a pas permis d'organiser comme dans certaines colonies anglaises et hollandaises, la lutte systématique contre le pian » (200). Van Nitsen énumérait les diverses politiques mises en place au Congo belge : a) les centres d'assistance médicale indigène confiés dès 1920 aux missionnaires afin de multiplier les postes médicaux en brousse ; b) les médecins itinérants, dont le nombre est peu élevé, et dont la tâche n'est pas limitée au pian ; c) les dispensaires ruraux de la région de Stanleyville où le Dr Mouchet procède à la reconnaissance générale de la région, au recensement de la population, puis au traitement de toutes les maladies reconnues (201). Une fois cette visite complète effectuée, le dispensaire est confié à un infirmier africain. Il concluait que « ces trois moyens visent à atteindre médicalement la vaste population de l'intérieur. Au point de vue médical, ils n'ont pas donné de grands résultats. »

Les premières formations sanitaires du Dr René Mouchet dans la province orientale avaient eu pour objectif « de nettoyer des zones de certaines maladies, notamment le pian. » Ce type de formation sanitaire inspira le travail antipianique au Ruanda. En voici une brève description par Giovanni Trolli : « le médecin fait un recensement des malades, le fonctionnement ultérieur de chacun de ces dispensaires est assuré par un infirmier noir ou assistant médical indigène diplômé des écoles *ad hoc* du Gouvernement, placé sous la surveillance des infirmières laïques ou agents sanitaires, inspectés à leur tour régulièrement par le médecin, dans des localités où les moyens de communication et de transport sont les plus faciles et rapides » (202).

La nécessité d'étendre un service d'assistance médicale "indigène" à l'ensemble de la population faisait l'objet d'un consensus théorique. En 1926, l'ancien médecin en chef Jérôme Rodhain écrivait lui aussi que « la solution du problème du pian (...) est étroitement liée [au fait que] l'organisation de l'assistance médicale indigène aura pu être étendue à toute la colonie », estimant que « pour combattre plus efficacement ces affections [pian et syphilis], il serait nécessaire d'organiser des missions prophylactiques spéciales, analogues à celles qui opèrent contre la maladie du sommeil. » Il classait cependant le pian en dehors des priorités, car il « n'influe guère sur la natalité et la mortalité qu'il occasionne est certainement minime » (203).

La solution était à chercher dans des missions antipianiques : parmi d'autres, Van Nitsen l'exprimait très clairement : « seules les campagnes médicales peuvent vaincre toutes ces difficultés. Les missions contre la maladie du sommeil ont donné d'excellents résultats. Des missions semblables permettront seules de venir à bout du pian. Encore faut-il que pour leur organisation, on ait tenu compte d'un grand nombre de facteurs. Certaines campagnes antipianiques dans les colonies anglaises n'ont pas donné le résultat qu'on était en droit d'en attendre, soit que leur durée ne

200 Il y eut notamment des campagnes antipianiques au Kenya durant les années 1920, mises en place par des sociétés missionnaires, puis par l'État (M.H. DAWSON, « The 1920s anti-yaws campaigns... », *op. cit.*).

201 René Mouchet (1884-1967) fit une carrière de recherches et de praticien au service de l'État et du secteur privé. En 1922, il fut nommé médecin provincial de la province orientale : il y fut à l'origine des premiers dispensaires ruraux, prélude du FOREAMI. De 1932 à 1934, il fut médecin en chef de la Colonie.

202 G. TROLLI, « Le service médical au Congo belge depuis sa création jusqu'en 1925 », *op. cit.*, p. 231.

203 J. RODHAIN, « Les grands problèmes de l'hygiène et l'organisation du service médical... », *op. cit.*, p. 7-8 et 20.

fût pas assez longue, soit que le choix du médicament ne fût pas assez judicieux, soit encore que les doses de médicament utilisées furent insuffisantes » (204).

Ce médecin recommandait d'adopter des règles de conduite adaptées à chaque colonie, à la mentalité des populations et à l'intensité de l'affection. Il mettait fortement l'accent sur deux éléments : d'abord frapper fort et vite, donc préparer la mission en établissant des données sur la densité de la population à traiter, les distances à parcourir, les rayons d'action possibles, la valeur du personnel européen et africain, la quantité de médicaments disponibles. René Mouchet estimait en 1926 que « si l'on parvient à traiter simultanément tous les cas contagieux de pian, on peut espérer enrayer l'extension de la maladie » (205).

Le choix du médicament était « d'une importance capitale. Il faut que le médicament soit actif, à action rapide et bien accepté par l'indigène. Pour son choix, il sera tenu compte de la voie d'administration » (206). Pour Van Nitsen, « le noir accepte facilement les injections intraveineuses, dans lesquelles il a une grande confiance. Les injections intraveineuses, même faites par des infirmiers indigènes, donnent rarement des accidents. Les injections sous-cutanées et intramusculaires sont souvent douloureuses, et les accidents fréquents jettent la méfiance parmi les malades. » Cependant, les intraveineuses étaient quasi impossibles à réaliser chez les enfants et chez les sujets affaiblis. Van Nitsen concluait en prônant le recours aux novarsénobenzènes et au stovarsol qui « réalisent toutes les conditions requises pour la lutte sur une grande échelle contre le pian. » Les lésions tertiaires seraient traitées à l'iode de potasse. Il mentionnait les posologies recommandées pour chacun des médicaments conseillés, ajoutant que « tous les autres traitements [notamment les sels bismuthiques] seront réservés aux cas traités dans les hôpitaux ou dispensaires sous le contrôle du médecin. » Nous verrons que les sels bismuthiques furent utilisés au Ruanda avec moins de précautions.

Car au Ruanda, le pian était considéré comme très répandu. En 1924, le médecin provincial Joseph Olivier estimait que 90% de la population en était atteinte, ce qui dépassait largement les taux observés dans le Bas-Congo à la même époque par le Dr Lucien Van Hoof (environ 50% des enfants du Mayombe contaminés). Le nombre important de cas de pian rencontrés par les médecins et administrateurs au Ruanda-Urundi impressionna les autorités dès le début du mandat belge. La première estimation globale du nombre de cas de pianiques dans ces territoires fut fournie en 1928 par le Dr Louis s'Heeren : environ 80 000 cas ; il est intéressant de noter que c'est précisément ce total qui avait été traité au Congo belge pour cette même année (207).

Les médecins Johannes Walker et Victor Mathieu observèrent, sur base d'une recherche de laboratoire, un taux de 21% d'adultes atteints de pian latent. Le contingent le plus important de pianiques se trouvait parmi les enfants : leur

204 R. VAN NITSEN, « Le traitement et la prophylaxie du pian au Congo belge », *op. cit.*, p. 863-864.

205 R. MOUCHET, « Notes sur les dispensaires ruraux de la Province orientale », in *ASBMT*, VI, n°2, 1926, p. 16.

206 R. VAN NITSEN, « Le traitement et la prophylaxie du pian au Congo belge », *op. cit.*, p. 863-864. Les citations qui suivent sont également tirées de cet article.

207 Lettre du médépro s'Heeren à l'IG, Tirlemont, 31 août 1929 (AA, Bruxelles, dossier Hyg 4401 n°260), incluant sa Note concernant la lutte antipianique au territoire Ruanda-Urundi- Supplément explicatif au RA SHRU 1928 et budget et réquisitions 1930 ; Capt. VANDEVELDE, « Les maladies vénériennes au Congo. Le pian », in *CMPh*, n°3, mars 1929, p. 120.

conclusion devait dès lors être revue à la hausse (208). En 1930, il y avait plus de 250 000 pianiques en traitement au Congo belge et environ 150 000 au Ruanda (209). Après les indépendances, les enquêtes de masse signalaient encore un taux de 60 à 70% de séropositifs, 10 à 30% de cas cliniques, dont seulement 2 à 3% étaient infectieux. Notons cependant qu'en 1936, le gouverneur général Pierre Ryckmans signalait aux membres de la Commission permanente des mandats à Genève que la situation sanitaire due au pian était moins grave que les autorités mandataires ne l'avaient cru (210). Nous y reviendrons.

Les infirmières et médecins missionnaires faisaient également des estimations, tout aussi alarmantes que celles des médecins de l'État. La première infirmière de la société protestante belge, Renée Lestrade-Simul, mena une enquête sur une colline de 780 cellules familiales en 1931, à l'occasion de laquelle elle repéra un taux de 57,6% de pian (211). Le médecin anglican Joe Church rapporta dans ses souvenirs que, lors de son séjour dans l'entre-deux-guerres, « we reckoned that about 90% of the people were or had been infected by yaws in Eastern Ruanda » ; un extrait de son journal datant du 22 décembre 1928 signalait qu'« it seemed as though nearly 100% of the people had yaws. I had recently done a survey of labourers and found that 72% were infected » ; il ajoutait que « yaws – this extraordinary disease hardly ever heard in Europe (...) is somewhat like syphilis, but not spread in the same way ; incurable, chronic, crippling, often ending in limb contractions and blindness, and even babies in arms came covered all over their bodies with the secondary infectious stage and swarming with flies » (212). Au début de la campagne antipianique, en 1934, le médecin adventiste John Sturges avançait également un chiffre très élevé pour la rive rwandaise du lac Kivu : « one of the greatest scourges of this country is yaws. Nearly 95 per cent of the population here either have had or have the disease. The yaws is responsible for a large percentage of the huge leg ulcers we see so commonly all about us » (213). Par contre, la même année, les Pères Blancs de la mission de Mibirizi rapportaient que « la campagne contre le pian constate qu'on a exagéré. Au lieu de 25%, il n'y a que 5 ou 6% » (214).

Si l'on compare la situation du Ruanda à celle de l'Afrique de l'Est au milieu des années 1930, on ne peut que constater l'incidence importante de la maladie dans le territoire sous administration belge (William Hailey citait une incidence du pian et de la syphilis en Afrique de l'Est de l'ordre de 60%) (215). Selon cet auteur, en 1936, environ 200 000 personnes étaient traitées pour le pian dans les hôpitaux et dispensaires nigériens ; plus de 70 000 dans les hôpitaux du Tanganyika Territory et

-
- 208 J. WALKER et V. MATHIEU, « Contribution à la question du pian et des rhumatismes pianiques en particulier dans le Ruanda-Urundi », in *ASBMT*, XV, n°1, 1935, mars 1935, p. 121. Johannes Walker (*1893), médecin suisse né au Cameroun, travailla au laboratoire d'Elisabethville (1926-1933), puis de Kitega, après une carrière internationale. Le lieutenant médecin Victor Mathieu (*1893), travailla dans plusieurs postes du Ruanda et de l'Urundi. En automne 1933, il fut affecté à la mission itinérante de lutte contre le pian dans le secteur d'Astrida. Il exerça par la suite diverses fonctions dans les hôpitaux de Kigali et Kitega, et termina sa carrière au Congo.
- 209 P.G. JANSSENS et A. MEHEUS, « Approche du problème », *op. cit.*, p. 1314.
- 210 SDN. CPM, *Procès-verbaux de la 30e session tenue à Genève du 27 octobre au 11 novembre 1936*, *op. cit.*, p. 133.
- 211 R. LESTRADE-SIMUL, « Enquête... », in *BM*, II, n°9, 1931, p. 131-135.
- 212 J.E. CHURCH, *Quest for the Highest*, *op. cit.*, p. 35-36, 48.
- 213 J.H. STURGES, « Report of Ngoma Medical Mission Dispensary and Hospital », in *TSADO*, XXXII, n°2, 15 janvier 1934, p. 5. Ce médecin ajoutait que le service médical colonial effectuait « a strenuous campaign against this disease and is spending large sums of money in an attempt to eradicate the disease from the country. »
- 214 Diaire PB Mibirizi, 1er mai 1934 (APB, Rome).
- 215 W. HAILEY, *An African Survey...*, *op. cit.*, p. 1144-1145.
-

plus de 60 000 dans les hôpitaux ougandais. Selon l'historienne nord-américaine Nancy Hunt, le médecin de la mission baptiste de Yakusu estimait que 95% des gens contractaient la maladie avant la puberté dans la région d'implantation de sa société missionnaire (216).

Plusieurs décrets et ordonnances traitèrent spécifiquement du pian (217). Comme pour bien d'autres aspects de la législation des territoires sous mandat belge, les décrets et les ordonnances servaient à mettre en vigueur dans le Ruanda-Urundi des mesures édictées initialement pour le Congo belge. Il n'y avait donc pas, du moins dans l'esprit de la loi, de politique spécifique pour le Ruanda-Urundi.

b) Le cadre réglementaire

Le 29 août 1930, le gouverneur du Ruanda-Urundi promulgua une ordonnance rendant exécutoire dans le territoire sous mandat l'ordonnance du gouverneur général du 11 mai 1929 concernant le pian. Cette ordonnance n'était pas la première à s'appliquer au pian dans le Ruanda-Urundi ; elle était par contre la première consacrée exclusivement à cette maladie (218).

L'ordonnance de 1930 stipulait que « toute personne atteinte d'affection pianique est tenue de se présenter dans le plus bref délai possible devant un Médecin du Gouvernement ou agréé et de subir le traitement qui lui sera imposé pendant la période qui sera jugée nécessaire. Elle devra résider pendant toute cette période à l'endroit qui lui sera assigné et éventuellement entrer dans une formation hospitalière si le médecin juge que son état exige cette mesure » (art. 1).

Dans cet article se trouvaient concentrées quatre obligations restreignant la liberté des populations pour motif sanitaire : signaler le fait d'être malade ; se soumettre au traitement imposé par un médecin occidental engagé par le gouvernement ; quitter la cellule familiale et résider à un endroit imposé par le service médical ; se soumettre à une hospitalisation si le médecin l'exigeait. En principe, le texte dépouillait les malades de leur liberté de mouvement, de résidence et même de choix de thérapie (le recours à la médecine dite traditionnelle était ignoré et le traitement prescrit par les médecins occidentaux devait être suivi).

La contrainte exercée sur les populations ne se limitait pas aux personnes atteintes de pian : l'ordonnance prévoyait que toute personne, malade ou non, pouvait être convoquée à un dépistage obligatoire de la maladie (art. 5). L'administration mandataire déléguait le droit de convoquer personnellement ou collectivement la population aux médecins du gouvernement ou agréés (certains médecins de missions et de sociétés privées) et à d'autres personnes désignées par le Résident pour exercer totalement ou partiellement des actes médicaux sous contrôle des médecins du gouvernement. « Tout indigène invité à subir l'examen prévu par l'article présent, et qui ne répond pas à la convocation, peut être conduit de force devant les personnes autorisées conformément à l'article 5 et est punissable des peines prévues par la présente ordonnance » (art. 6). Ces peines consistaient en

216 N.R. HUNT, *A Colonial Lexicon...*, op. cit., p. 97.

217 Les informations sur le cadre législatif sanitaire sont tirées de G. TROLLI, J. VANHOVE et A. MARQUET, *Exposé de la législation sanitaire du Congo belge et du Ruanda-Urundi*, Bruxelles, 1938, p. 39, 41, 51-52 ; RAC 1932, p. 161-166 ; RAC 1933, p. 248.

218 Le 19 octobre 1926, un décret sur l'hygiène et la salubrité publique édicté au Congo le 19 juillet de la même année fut rendu exécutoire dans les territoires sous mandat belge par une ordonnance du GRU. Ce décret concernait notamment le pian.

« une servitude pénale d'un an au maximum et (...) une amende ne dépassant pas deux mille francs ou de l'une de ces peines seulement » (art. 9).

L'ordonnance imposait par ailleurs aux médecins de signaler à leurs supérieurs hiérarchiques l'identité et le nombre de malades : l'article 2 signalait que « tout médecin qui constate des cas de pian est tenu de le signaler périodiquement au médecin du gouvernement, chef du service médical local, et de remettre la liste des malades, les noms, résidences, âges, races, sexes, etc. ; d'assigner aux malades une résidence où ils trouveront les soins médicaux qu'ils doivent obligatoirement recevoir. » L'ordonnance stipulait que « le médecin traitant est tenu de dénoncer aux autorités judiciaires locales tout malade qui se soustrairait volontairement au traitement imposé. » Nous ignorons comment les praticiens conciliaient ces obligations avec leur éthique professionnelle. Un débat sur la légalité des traitements forcés avait eu lieu avant la Première Guerre mondiale à propos de la maladie du sommeil. En 1907, des médecins avaient interpellé le directeur du département de la justice pour savoir si ces traitements étaient légaux. Le directeur avait déclaré que l'État avait non seulement le droit, mais le devoir de prendre des mesures pour prévenir l'expansion des maladies contagieuses et infectieuses, ce qui était vrai également dans les pays où les droits constitutionnels garantissaient que les individus devaient être sacrifiés à la sécurité publique (219).

Pour retrouver une liberté de résidence et de mouvement, le malade en cure devait présenter un certificat fourni par le dernier médecin en charge de son dossier médical attestant de sa non-contagiosité. Cette liberté retrouvée pouvait être temporaire (« si le médecin traitant a lieu de craindre la réapparition de symptômes contagieux, il peut prescrire au malade de se présenter à une date déterminée à lui-même ou à tout autre médecin de l'endroit où il aura fixé sa nouvelle résidence ») (art. 4).

Les soins et analyses médicales « nécessaires pour le diagnostic, ainsi que pour la constatation de guérison ou de la persistance du caractère contagieux du client » étaient gratuits (art. 7 et 8). Par contre, bien que l'hospitalisation puisse être imposée au patient, le remboursement des frais en découlant pouvait être exigé du malade (art. 7 : « en ce qui concerne l'hospitalisation, les gouverneurs de province établiront pour chaque région si et dans quelles proportions les indigènes non indigents doivent en rembourser les frais à la Colonie, ce prix devant être calculé suivant les ressources locales des indigènes et leur mentalité »).

En 1932, nous l'avons déjà évoqué, la législation concernant le pian fut modifiée dans le cadre d'une ordonnance concernant plus largement les maladies pestilentiennes, épidémiques, endémiques et les autres maladies transmissibles. Celle-ci organisait la déclaration contrainte de la maladie au médecin du Gouvernement, au médecin agréé ou à d'autres personnes dont la compétence était désignée par le gouverneur général. Désormais, la maladie devait être déclarée non seulement par le porteur, mais également par « a) le médecin, l'accoucheuse, l'infirmier ou l'infirmière qui a constaté ce cas b) pour autant qu'ils en aient connaissance 1° les chefs de famille ou de communauté quelconque quant aux membres de la famille ou de la communauté 2° les employeurs en général et leurs préposés quant aux domestiques, travailleurs et subordonnés 3° les hôteliers et propriétaires en ce qui concerne les hôtes, locataires, ou occupants à titre précaire

219 Selon M. LYONS, « Sleeping sickness epidemics and public health in the Belgian Congo », *op. cit.*, p. 109, citant une Note de De Meulemeester au directeur du service médical, 4 septembre 1907.

de leurs immeubles 4° les chefs ou sous-chefs indigènes quant à leurs subordonnés 5° les capitaines de bateau 6° les chefs de caravane 7° les chefs de quartiers quant aux habitants des cités indigènes » (art. 5). Il s'agissait en quelque sorte d'un régime de dénonciation, limitant encore la liberté du malade. Le médecin était chargé de transmettre l'information à l'autorité territoriale (art. 8). Le système subordonnait le service médical à l'administration territoriale mandataire.

Mais le texte semblait confus aux yeux de certains administrateurs territoriaux en ce qui concernait la connaissance de la maladie : fallait-il punir davantage les proches qui ne dénonçaient pas un malade aux autorités, ou le malade lui-même ? Le gouverneur du Ruanda-Urundi précisa en mars 1934 que « l'obligation de déclarer tout cas de pian incombe, en vertu de ces dispositions, en premier lieu au malade lui-même » et que les autres acteurs sociaux cités étaient « astreints également à cette déclaration » (220). Eugène Jungers ajoutait que « ce serait en effet vainement que l'on chercherait le motif pour lequel le chef de famille, de communauté, les employeurs, les hôteliers, les autorités indigènes, les capitaines de bateaux, les chefs de caravane, les chefs de cité seraient soumis à un régime plus sévère que les pianiques eux-mêmes. »

En annexe, un règlement édictait différentes mesures à prendre en vue de lutter contre les principales maladies pestilentielles, épidémiques, endémiques et contagieuses, notamment en cas de pian. Le texte de 1929 était repris à quelques détails près. Les modifications apportées stipulaient que le malade devait se déclarer dès le stade du pian primaire devant un médecin (le texte ne précisait plus de quel médecin il s'agissait) ; que le patient pouvait être autorisé à changer de résidence à condition que ce changement soit signalé par le médecin traitant au médecin de la nouvelle résidence.

Le caractère contraint du recensement médical et du traitement de toute personne atteinte est l'originalité majeure de ces deux programmes rwandais, en comparaison des campagnes mises en place au Kenya durant les années 1920 par exemple. Au Kenya, les médecins recherchaient les malades, mais ne pouvaient les contraindre. La plupart des gens disparaissaient après la première injection, qui faisait disparaître les symptômes, mais ne signalait pas la guérison définitive. Or un traitement incomplet avait des effets pervers : le risque d'apparition de pian tertiaire était accru. Mark Dawson a observé les conséquences d'une mission antipianique proposée sans contrainte au Kenya et les effets induits ultérieurement en termes de santé publique (221).

c) Premier programme de lutte contre le pian (1929)

La lutte contre le pian au Ruanda se déroula en deux temps. Il y eut d'abord un programme concocté en 1929 au ministère des Colonies, sur base des suggestions du médecin provincial Louis S'Heeren, puis une grande campagne entamée à la fin de l'année 1933, suite à une réforme de l'action d'*assistance médicale indigène* impulsée par le nouveau gouverneur du Ruanda-Urundi, Eugène Jungers, et deux

220 Lettre du GRU Jungers au RR, Usumbura, 16 mars 1934 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4). Les citations qui suivent sont tirées de ce courrier.

221 M.H. DAWSON, « The 1920s anti-yaws campaigns and colonial medical policy in Kenya », *op. cit.*, p. 433-435. Cet auteur signale que le taux de pian tertiaire explosa vingt ans plus tard (car les traitements n'avaient pas été complets et n'avaient supprimé que les symptômes), et que l'immunité fournie par le pian contre la syphilis disparut : cette dernière se propagea de manière importante au Kenya.

médecins anciennement chargés de la mission spéciale de lutte contre la maladie du sommeil (Numa Henneaux et Vittorio Prati) (222).

Le premier programme mis en œuvre, baptisé « Programme s'Heeren », date de 1929. Ce médecin provincial décréta que chacun des quatorze postes médicaux (dont onze de l'État) serait chargé de traiter 5 400 pianiques, afin de soigner les 80 000 pianiques rwandais et burundais (estimation 1928) (223). Il proposa qu'un tiers soit traité aux arsénobenzols (cinq injections progressives) et deux tiers au bismuth (dermatol Lucas & Henner, par cinq injections également).

La direction de l'Hygiène du ministère des Colonies suggéra de scinder la lutte contre le pian en deux missions médicales, l'une au Ruanda, l'autre en Urundi, chacune ayant « comme but premier la lutte contre le pian et naturellement la réalisation en même temps de l'Assistance Médicale Indigène au sens large du mot » (224). Ceci signifiait que si le traitement du pian était prioritaire, les médecins et agents sanitaires n'en devaient pas moins assurer le suivi de tous les malades qui se présenteraient avec d'autres affections. Des études préliminaires furent entamées, accompagnées d'estimations financières. Le médecin en chef de la Colonie et le médecin provincial du Ruanda-Urundi furent consultés par l'entremise du gouverneur général et du gouverneur du Ruanda-Urundi.

Le projet du ministère des Colonies prévoyait quatre médecins et douze agents sanitaires occidentaux, accompagnés de trente-six injecteurs-microscopistes africains. Le médecin provincial évalua les besoins à la hausse (douze agents sanitaires et onze médecins traitants ou itinérants), estimant qu'« avec ce personnel là, tout le service médical, y compris le traitement du pian, pourra donner son plein rendement » (225). Les effectifs prévus étaient bien moins importants que ceux du FOREAMI au Bas-Congo, expérience pilote dont la mission antipianique s'inspirait pourtant. En effet, nous avons signalé qu'au Bas-Congo, vingt-six médecins, vingt-trois agents sanitaires, quatre médecins agréés, quarante infirmières et cinq cents auxiliaires africains avaient été engagés pour recenser et traiter une population de 600 000 habitants.

Mais revenons-en au Ruanda. Chaque médecin et agent sanitaire itinérant serait équipé de deux tentes (une pour le logement, l'autre pour le travail médical : injections, examens microscopiques, pansements...) ; les médecins disposeraient d'automobiles. Le médicament préconisé pour traiter la maladie était le néo-salvarsan, dont on prévoyait un besoin annuel de 280 kilos. D'autres médicaments d'usage courant devaient compléter les moyens mis à disposition du personnel soignant.

Ce projet comportait une faille dont les concepteurs étaient conscients : le manque d'effectifs sanitaires disponibles pour ces missions spéciales qui se superposaient au travail médical effectué dans les postes fixes et dans les autres missions spécifiques (telle celle de la maladie du sommeil). Au moment du lancement de l'opération, plusieurs personnes signalèrent, tant en métropole que dans le territoire sous

222 Le médecin militaire Numa Henneaux (*1893) travailla d'abord dans la province de Stanleyville pour la mission maladie du sommeil du Bas-Uele. En 1931, il fut nommé médecin de district du Ruanda.

223 Lettre du SG a.i. Dufays, pour le GG Tilkens absent, au MCol Jaspar, Boma, 1er juillet 1929 et Lettre du médépro s'Heeren à l'IG, Tirlemont, 31 août 1929 (AA, Bruxelles, dossier Hyg 4401 n°260).

224 Note de l'IG de la 2e DG (Hyg) au SGMIC, Bruxelles, 11 juin 1929 (AA, Bruxelles, dossier Hyg 4401 n°260).

225 Lettre du médépro s'Heeren à l'IG, Tirlemont, 31 août 1929, *op. cit.*

mandat, les carences en effectifs sanitaires et médicaux. Pour l'inspecteur général au ministère des Colonies par exemple, la réalité sur le terrain en 1929 était loin de correspondre au cadre prévu (il était composé de douze médecins, six agents sanitaires et deux infirmières, soit un déficit de trois personnes) (226). Le médecin provincial s'Heeren abondait en son sens lorsqu'il dénombrait en juin 1929 neuf médecins (dont un affecté au laboratoire et un autre à la mission maladie du sommeil), neuf agents sanitaires (dont cinq déjà occupés à des postes fixes : un aide-pharmacien, deux à la mission maladie du sommeil, un à l'École des assistants médicaux et un au secrétariat médical d'Usumbura) (227). Pour faire bonne mesure, il ajoutait que trois médecins privés (Union minière, Protanag et mission protestante anglaise) pouvaient coopérer à la lutte antipianique. À la fin de l'année, le *Rapport annuel aux Chambres* de 1929 recensa au Ruanda-Urundi dix médecins, treize agents sanitaires et trois infirmières (228). Ces quelques chiffres témoignent de la variation incessante des effectifs sur place, entre réaffectations, congés en Europe et indisponibilités pour raisons médicales.

Dans les faits, ces missions spécifiques ne furent pas créées comme des entités indépendantes. Leur action contre le pian fut intégrée dans le Service d'Assistance Médicale Indigène (SAMI) élaboré en 1930 par le médecin en chef Giovanni Trolli. Ce service d'assistance était basé sur l'idée d'une prospection médicale approfondie d'une région, comprenant le recensement de la population et la recherche de toutes les maladies, principalement contagieuses. Cette action devait déboucher sur un relevé nosologique complet du pays. Pour l'appliquer, le médecin provincial du Ruanda-Urundi Fernand Guérin entama la mise en place d'un réseau comprenant quelques centres médicaux fixes, doublés de dispensaires ouverts certains jours par semaine et pris en charge par un personnel européen semi-itinérant.

L'aspect financier de ce programme ne manque pas d'intérêt (229). En principe, l'action sanitaire générale relevait du budget ordinaire. Lorsque des missions spéciales de lutte contre une maladie (maladie du sommeil ou pian par exemple) étaient mises en place, les dépenses étaient prévues sur plusieurs années : elles faisaient l'objet de budgets extraordinaires. Celui de 1930 prévoyait un montant de 600 000 francs pour les frais relatifs à l'achat de matériel et de médicaments à utiliser endéans les cinq ans. Il prévoyait des effectifs sanitaires importants, dévolus uniquement à la lutte contre le pian (quatre médecins, douze agents sanitaires et trente-six injecteurs africains), des moyens de transport automobiles pour les médecins, du matériel de campement, du matériel médical et des médicaments. En 1931, un cinquième (123 595,20 francs) de ce budget extraordinaire avait été dépensé. En décembre 1932, les deux tiers de la somme débloquée étaient consommés (395 677,31 francs). En décembre 1933, la quasi-totalité de la somme avait été dépensée (588 603,93 francs). C'est à ce moment qu'un nouveau programme fut lancé, sous le nom de Mission Prati. Nous y reviendrons.

226 Note de l'IG de la 2e DG (Hyg) au SGMC, Bruxelles, 11 juin 1929, *op. cit.*

227 Lettre du médépro s'Heeren à l'IG, Tirlémont, 31 août 1929, *op. cit.*

228 *RAC* 1929, p. 53

229 Les informations relatives au financement de la lutte antipianique sont tirées des documents suivants : Note du directeur du Service des budgets Artus au SG, Bruxelles, 6 décembre 1929 (AA, Bruxelles, dossier Hyg 4426 n°644) ; *RAC* 1931, p. 41 : les dépenses extraordinaires du service médical sont ventilées en deux rubriques : construction et aménagement de postes médicaux d'une part et lutte contre le pian d'autre part ; *RAC* 1932, p. 49 ; *RAC* 1933, p. 54-55 ; *RAC* 1934, p. 51-53 ; *RAC* 1935, p. 55-56 ; *RAC* 1936, p. 50 ; *RAC* 1937, p. 51-52.

Le coût total de l'opération pour les deux missions (Ruanda et Urundi) était estimé à plus de trois millions de francs (230). Il concernait les frais de personnel, de matériel général (véhicules, tentes, mobilier, malles, etc.), de matériel médical (trousses de chirurgie, microscopes, etc.) et de médicaments. Près de la moitié (45,2%) de ces crédits étaient affectés aux frais de personnel. Le deuxième poste était celui des médicaments (38,8%) ; venait ensuite celui des véhicules (8,9%). Le solde se partageait entre le matériel médical et le matériel général. Il est intéressant d'analyser plus précisément la répartition des frais entre les différentes catégories de personnel : les douze agents sanitaires occidentaux prévus coûtaient 54% de ce budget en salaires, voyages et indemnités de résidence et de mission ; venaient ensuite les quatre médecins (30%) pour les mêmes frais et enfin les trente-six membres du personnel africain (16%). Ces pourcentages révèlent les variations énormes de salaires selon le diplôme d'une part, l'origine nationale d'autre part.

d) Limites et défauts de la méthode

Assez rapidement, les autorités mandataires dénoncèrent les inconvénients de cette organisation. Le nouveau gouverneur du Ruanda-Urundi Eugène Jungers relevait en automne 1932 le coût exorbitant du recours à des véhicules automobiles et envisageait une modification des méthodes, en « les rapprochant par exemple de celles qui furent adoptées par le FOREAMI pour sa croisade médicale au Congo » (231). Nous avons déjà signalé que cet organisme avait pour principe d'assainir une région après l'autre en procédant à un dépistage minutieux, systématique et contraignant de tous les malades et à leur traitement : le personnel médical travaillait de manière complètement itinérante, passant d'un secteur à l'autre.

Sous un autre angle, le Résident du Ruanda Maurice Simon déplorait en mai 1933 le fait que certaines zones restaient à l'écart de la prospection médicale, vu leur manque d'accessibilité (232). Il constatait que les populations étaient contraintes de se déplacer vers les postes sanitaires parfois construits dans des zones d'altitude différentes de celle de leurs lieux de vie. Par exemple, les habitants du Bumbogo (nord-ouest) attrapaient de fortes fièvres en se rendant à Kigali. Pour éviter ces inconvénients, il suggérait de construire une route permettant au médecin de se rendre dans cette zone. Coûts de véhicules, coûts d'infrastructure élevés, la méthode semi-itinérante s'avérait peu praticable ou très onéreuse. Elle était aisée dans les régions bien équipées en infrastructures routières, mais presque impossible à mettre en place dans les coins plus reculés. Autrement dit, elle convenait mieux au Bas-Congo colonisé depuis près de quarante ans qu'à un territoire nouvellement investi. Le Résident n'était pas le seul à critiquer la méthode.

Le gouverneur du Ruanda-Urundi envisagea dès le printemps 1933 de modifier l'organisation antipianique dans le Ruanda. Ses premières suggestions furent mal reçues par le médecin provincial Fernand Guérin. Celui-ci privilégiait l'amélioration de la pénétration routière dans la zone la moins bien desservie (le

230 Relevé des dépenses à prévoir pour une mission antipianique et d'assistance médicale dans le Ruanda et pour une mission antipianique et d'assistance médicale dans l'Urundi, Note de l'IG de la 2e DG au SGMG, Bruxelles, 12 juin 1929 (AA, Bruxelles, dossier Hyg 4401 n°260). Voir le tableau n°24 dans le volume documentaire.

231 Lettre du GRU Jungers au médépro, Usumbura, 10 octobre 1932 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4). Eugène Jungers imprima fortement sa marque sur la politique sanitaire du Ruanda-Urundi. Son portrait se trouve dans le volume documentaire (illustration n°144).

232 Lettre du RR Simon au MDR, Kigali, 20 mai 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 535 n°3). Maurice Simon (1892-1960) fut résident du Ruanda, puis gouverneur du Ruanda-Urundi à partir de 1947.

Bugesera), afin d'y établir un dispensaire utilisé régulièrement par le médecin du SAMI de Kigali, plutôt qu'une remise en cause de la méthode sanitaire mise en place contre le pian (233). Nous constatons une fois encore les conflits entre autorités médicales et autorités administratives, chacun cherchant à reporter la charge de travail sur l'autre : la construction des routes relevait des services administratifs et territoriaux, alors qu'un changement de méthode de travail risquait d'alourdir la mission des médecins et agents sanitaires.

Le mode d'organisation de la lutte contre le pian ne faisait pas davantage l'unanimité sur le terrain. À plusieurs reprises, le médecin de district du Ruanda Numa Henneaux exprima auprès du médecin provincial Fernand Guérin, son opinion sur les dysfonctionnements de la méthode choisie pour lutter contre le pian et pour établir un réseau d'assistance médicale aux populations. Sa critique la plus sérieuse et la plus argumentée fut rédigée en juillet 1932 (234). Fort de son expérience antérieure dans le cadre de la mission maladie du sommeil au Bas-Uele, ce médecin militaire évaluait les méthodes employées et leur efficacité. Son supérieur hiérarchique ne communiqua pas ses remarques au gouverneur du Ruanda-Urundi, qui finit par en prendre connaissance en octobre 1933 par le truchement de Henneaux lui-même. Nous découvrons ici les rivalités internes au Service de l'hygiène, qui venaient se superposer aux rivalités externes entre services.

Les remarques de Numa Henneaux méritent un examen approfondi, car elles furent à la base du remaniement complet de l'action sanitaire au Ruanda-Urundi en 1933, et expliquent pourquoi cette réforme radicale fut effectuée à l'initiative du gouverneur lui-même, sans concertation avec les autorités médicales supérieures du pays. On peut y voir l'indice de tensions entre les pôles administratifs et sanitaires, dont plusieurs témoins attestent dans d'autres domaines également. Il semble que les relations hiérarchiques entre ces deux secteurs n'étaient pas clairement définies. Les médecins n'aimaient pas être contrôlés par l'administration ; l'administration ne recevait pas systématiquement les remarques et rapports de médecins subordonnés au médecin provincial.

Le gouverneur Jungers imposa finalement son candidat, Vittorio Prati, comme chef de la mission pian, sans concertation avec le médecin provincial, fournissant dans les faits à ce médecin italien un pouvoir équivalent voire supérieur à celui du responsable des services médicaux du gouvernement. Il choisit lui-même celui qui allait être *de facto* le réel décideur de la politique sanitaire au Ruanda-Urundi, en passant au-dessus du médecin nommé à ce poste. Les relations entre Jungers et Guérin étaient, il est vrai, conflictuelles. Le fait que ce médecin fut italien n'est pas un fait saillant : les Italiens furent traditionnellement très présents dans les services de santé du Congo dès l'État indépendant, à tous les échelons, jusqu'à celui de médecin en chef de la Colonie (235).

233 Selon la lettre du MDR au RR, Kigali, 21 mai 1933, citant une lettre du médépro datée du 8 mai 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 535 n°3).

234 Lettre du MDR Henneaux au médépro, Kigali, 2 juillet 1932 portant une annotation du GRU Jungers signalant qu'il avait obtenu ces rapports du Dr Henneaux en octobre 1933, le Dr Guérin n'en ayant jamais rien dit (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°7).

235 Voir J.-L. VELLUT, « La médecine européenne dans l'État indépendant du Congo... », *op. cit.*, p. 71-72. Jean-Luc Vellut y cite une série de travaux concernant les Italiens en Afrique, et plus spécifiquement au Congo belge.

Mais revenons aux prolégomènes : dans sa lettre de juillet 1932, Numa Henneaux commençait par décrire la méthode de travail appliquée au sein du SAMI (236) : le médecin se déplaçait un jour par semaine à un endroit et devait inscrire des centaines et des centaines de noms dans ses registres, distribuer autant de fiches à chaque malade entre 9h et 14h, avant de rentrer chez lui. Le lendemain, il travaillait à l'hôpital. Henneaux relevait les incohérences et les défauts de ce système : il était « matériellement impossible au médecin AMI de faire un travail sérieux, appliqué et méthodique », de surveiller les infirmiers qui font les injections, ni d'examiner sérieusement chaque malade. « Est-il logique de faire un travail en toute vitesse, un peu "à la diable", pour pouvoir rentrer au poste le même jour, pour recommencer le même travail huit jours après ? Combien de malades perdent leur fiche, puis se représentent à la visite sous un nom différent de celui donné en premier lieu, et sont inscrits comme nouveaux cas ? » Il concluait : « si nous continuons à exiger que le médecin voit Rukobagoba, Ruhanga et Kigali chaque semaine, nous ne parviendrons pas à mettre de l'ordre, de la méthode dans la question de la lutte antipianique. »

Dans la foulée, Henneaux proposait une réorganisation du SAMI et une modification des méthodes employées, remettant en cause le travail semi-itinérant et l'attachement des médecins à une résidence fixe dont ils ne sortaient que quelques jours par semaine. Il plaidait pour une mission antipianique totalement itinérante, sur le modèle des missions de lutte contre la maladie du sommeil auxquelles il avait lui-même participé : « il faut un médecin habitant la brousse. Pas de questions personnelles à invoquer : marié ou non, ayant des enfants en bas âge ou non, peu importe, il faut habiter la brousse » (237). La solution était de « blanchir une région, ne s'occuper que de celle-ci puis passer à une autre », de « ne pas perdre de temps, ne jamais se presser, travailler chaque jour de 6h à midi et de 14 à 17. Travail lent, méthodique », « à l'opposé de ce qui se passe dans les dispensaires AMI du Ruanda ». Cette solution impliquait que les médecins s'installent dans les camps antipianiques et évitent les voyages quotidiens, perte de temps et d'argent.

Henneaux brossait un tableau détaillé de la méthode de travail : le médecin ferait venir les indigènes colline par colline ; chaque indigène aurait sa fiche, conservée par le médecin dans un classeur organisé par collines (deux couleurs de fiches, une pour les cas anciens, une pour les cas nouveaux). Quand les indigènes se présenteraient par colline, on ferait l'appel sur base des fiches, un examen rapide pour voir l'efficacité du médicament donné, ensuite une injection inscrite sur la fiche. « Grâce aux fiches, le contrôle serait d'une simplicité indiscutable. Nous y verrons le nombre d'indigènes ayant reçu une ou plusieurs cures, ceux qui n'ont pas suivi régulièrement leur cure, l'effet des médicaments donnés... et dans quelque temps, nous pourrions envisager la possibilité d'exercer une certaine action coercitive sur l'indigène négligeant de se présenter régulièrement. Il faudra environ deux à trois mois pour blanchir une région. Il visitera les indigènes chaque jour. Ensuite, il ira dans une autre région et recommencera » (238).

Un an plus tard, le médecin de district récidivait, adressant une nouvelle fois ses remarques à son supérieur à Usumbura (239). Cette fois, il décrivait la méthode

236 Les citations qui suivent sont tirées de la lettre du MDR Henneaux au médépro, Kigali, 2 juillet 1932, *op. cit.*

237 Henneaux lui-même était venu accompagné de son épouse et d'un enfant au Ruanda.

238 Nous soulignons.

239 Lettre du MDR Henneaux au médépro, Kigali, 17 juillet 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4). Les citations qui suivent sont tirées de ce courrier.

mise en place dans le territoire de Kibungu par le Dr Raoul Laurent, dont il avait pris connaissance lors d'un déplacement sur le terrain (240) : « j'ai pu me rendre, *grosso modo*, compte de la façon dont était organisé le service antipianique dans ce territoire. Mon attention a été retenue par le fait suivant : tous les contagieux sont inscrits, avec toutes les indications nécessaires : nom de l'intéressé, colline, nom du chef. S'ils ne se présentent pas régulièrement aux injections, *ils sont signalés à l'administrateur territorial qui, immédiatement, les fait arrêter et les oblige à se rendre chez le médecin.* (...) je crois qu'il ne serait pas inutile de généraliser cette façon de faire à tous les territoires du Ruanda, incitant chaque administrateur territorial à apporter son aide au médecin, et *obligeant les chefs et sous-chefs à rechercher les délinquants signalés par le médecin* (c'est-à-dire les pianiques contagieux) » (241). Nous reviendrons sur le rôle accordé aux fonctionnaires territoriaux et aux autorités rwandaises dans le prochain chapitre, consacré aux acteurs non sanitaires. Notons cependant que, selon Henneaux, le contrôle des populations par le service territorial devait se faire à la demande du service médical. Il s'agissait d'un quadrillage *sanitaire*.

Les critiques de Numa Henneaux trouvèrent un écho auprès du gouverneur provincial. Jungers jugeait déjà insatisfaisant le Service d'Assistance Médicale Indigène (SAMI) élaboré par le médecin en chef Giovanni Trolli (un réseau de quelques centres médicaux fixes, doublés de dispensaires ouverts certains jours par semaine et pris en charge par un personnel européen semi-itinérant). Il fut conforté dans ses opinions lorsqu'il prit connaissance de la lettre de juillet 1932 du médecin de district du Ruanda. Utilisant ces nouvelles informations, le gouverneur exprima à l'attention du gouverneur général des critiques virulentes sur le système mis en place trois ans plus tôt par le médecin provincial s'Heeren, déclarant que les dispensaires fonctionnaient mal et que l'intention du médecin en chef de la Colonie n'avait été respectée ni par Louis s'Heeren, ni par son successeur Fernand Guérin (242). La campagne antipianique mise sur pied au Ruanda à partir de 1933 trouva donc partiellement son origine dans le constat d'échec fait par les autorités administratives sur base des critiques du médecin de district du Ruanda, mais sans l'aval du médecin provincial.

Ce constat était également lié aux modalités de traitement des malades. En premier lieu, le choix médicamenteux comportait des risques d'accidents thérapeutiques. Il existait un danger de surdoses lorsque les pianiques se présentaient dans plusieurs centres d'injection. Par ailleurs, le saucissonnage du travail médical en permanences hebdomadaires dans un centre, puis un autre, imposait un travail à la chaîne difficilement contrôlable et ne permettait pas la surveillance des patients qui auraient eu des accidents thérapeutiques ou auraient mal supporté les injections. Une difficulté découlait également de la préparation sur place des dosages d'injections, hors de tout laboratoire. Enfin, le travail étant semi-itinérant et non chapeauté par une direction de mission, les jeunes médecins et agents sanitaires qui s'occupaient de la lutte contre le pian étaient livrés à eux-mêmes et parfois à leur inexpérience. La première campagne antipianique déboucha d'ailleurs sur une série d'accidents mortels en Urundi.

240 Raoul Laurent (°1900) travailla d'abord au Katanga, avant d'être envoyé au Ruanda en 1932. Il fut intégré dans la mission antipianique, puis désigné pour organiser le travail sanitaire du Haut-Ruanda à partir de 1936.

241 Nous soulignons.

242 Lettre du GRU Jungers au GG Tilkens, Usumbura, 21 mars 1934 (AA, Bruxelles, dossier Hyg 4401).

Au Ruanda-Urundi, les médecins et agents sanitaires soignaient la maladie à l'aide de sels arsénicaux et de sels bismuthiques (243). Les sels arsénicaux pouvaient être administrés sous plusieurs formes, soit en comprimés, soit par injections sous-cutanées, intraveineuses ou intramusculaires. Chaque formule avait ses avantages : les comprimés convenaient mieux aux enfants, les injections sous-cutanées aux personnes à veines peu apparentes, etc. Les sels bismuthiques étaient administrés par injections intramusculaires. Selon Van Nitsen et Duwez, « le noir de l'Afrique centrale n'appréc[ait] pas ce mode d'administration », que dawson décrit comme « a more painful swelling than the novarsenobillon » (244).

Le choix de l'une ou l'autre formule était fonction du coût des médicaments. Les autorités du ministère tranchaient en fonction des budgets, malgré le fait qu'il était de notoriété scientifique que l'injection de ces produits n'était pas sans risques importants. La formule retenue était plus dangereuse, mais moins coûteuse que d'autres qui n'avaient pas cet inconvénient. Ce fait est confirmé dans des publications récentes, mais il était déjà connu à la fin des années 1920, nous l'avons déjà évoqué : Van Nitsen signalait que « l'emploi sur grande échelle des sels de bismuth en fit voir rapidement les inconvénients. À côté des accidents légers et locaux, on signalait bientôt des accidents graves, même mortels. La faveur dont jouissaient les sels de bismuth a fortement diminué, au point que certains médecins ont renoncé à leur emploi courant dans le pian » (245). Ce médecin appuyait son propos sur une série de publications des années 1920 parues dans les *Annales de la Société belge de médecine tropicale* et dans *La médecine internationale*. Dawson signale également des accidents au Kenya (stomatites, mais aussi coma) ; par ailleurs le bismuth ralentissait le rythme cardiaque, et provoquait des asthénies musculaires et nerveuses. sa toxicité était cumulative : d'une injection à l'autre, elle se renforçait (246).

En 1934, Van Nitsen et Duwez signalaient d'ailleurs que l'usage des sels de bismuth dans le traitement du pian et de la syphilis « semble décroître actuellement, sans doute parce qu'ils sont moins maniables que les sels d'arsenic et qu'ils donnent facilement lieu à des accidents (...) (abcès, gingivites, néphrites). » Ils ajoutaient que « le prix de revient des sels de bismuth est moins élevé que celui des arsénobenzènes. Cet avantage a fait que le dermatol en solution huileuse d'après la formule de Yernaux a été employé sur une grande échelle au Congo belge » (247). Le *Guide missionnaire* de Monteils paru en 1937 corroborait cet avis : les bismuths ont des « inconvénients sérieux : en intramusculaire (sels insolubles), ils sont absorbés avec une lenteur dont témoignent les radiographies. Leur action sur les gencives est à surveiller étroitement. Ils causent des phénomènes d'intoxication témoignés par des algies maxillaires ou des troubles intestinaux » (248).

243 Les renseignements de ce paragraphe sont partiellement tirés de R. VAN NITSEN et J. DUWEZ, *Traitement et prophylaxie des maladies des pays chauds*, Bruxelles, 1934, p. 127-131 sur les médicaments et traitements du pian.

244 R. VAN NITSEN et J. DUWEZ, *Traitement et prophylaxie des maladies des pays chauds*, op. cit., p. 130 ; M.H. DAWSON, « The 1920s anti-yaws campaigns... », op. cit., p. 427.

245 R. VAN NITSEN, « Le traitement et la prophylaxie du pian... », op. cit., p. 863.

246 M.H. DAWSON, « The 1920s anti-yaws campaigns... », op. cit., p. 427.

247 R. VAN NITSEN et J. DUWEZ, *Traitement et prophylaxie des maladies des pays chauds*, op. cit., p. 129.

248 J. MONTEILS, *Le guide missionnaire*, Paris, 1937, p. 952. Nous ignorons si ce guide était utilisé au Congo et au Ruanda. Par contre, les *Annales de la Société belge de médecine tropicale* étaient connues des médecins de la Colonie, qui y publiaient les résultats de leurs recherches. Or ces annales contiennent des articles avertissant des dangers des sels de bismuth.

Le débat sur le choix des médicaments eut lieu à plusieurs reprises, toujours avec des arguments financiers à l'appui. En 1928, le service général de l'hygiène du ministère recommandait l'usage du salvarsan (un arsénobenzène), considéré comme « le médicament le meilleur » (249). Un an plus tard, au Ruanda, « le médecin provincial est d'avis qu'il faudrait traiter un tiers des pianiques aux arsénobenzènes, ce qui coûterait 406 980 francs, et que l'on pourrait échelonner cette somme sur deux ou trois ans, les deux tiers restants par les bismuthiques soit pour une somme de 52 920 francs ; soit une dépense par an de 203 490 francs en arsénobenzènes et de 35 280 francs de dermatol en suspension huileuse, soit 238 770 francs si on échelonne sur deux ans » (250).

Selon les responsables, un kilogramme d'arsénicaux permettait de soigner environ 444 adultes, à raison de 2,25 grammes par personne. Si l'on se penche sur les évaluations du recours aux arsénicaux à la fin des années 1920, les doses en deçà de trois grammes de néosalvarsan étaient considérées comme insuffisantes pour mettre le malade à l'abri de complications ou de rechutes (Van Nitsen préconisait 3,5 grammes, Mouchet trois grammes) (251). La posologie adoptée était donc insuffisante pour éradiquer la maladie, mais suffisante pour faire disparaître les lésions cliniques.

Les médecins sur le terrain connaissaient les risques du recours aux sels bismuthiques, mais leur emploi revenait près de huit fois moins cher que celui des arsénicaux. Ils continuèrent à les employer, selon les directives du ministère. Des accidents se produisirent en Urundi entre septembre 1931 et juillet 1933, il y eut 113 décès et de nombreuses complications (stomatites bismuthiques) liés au choix des produits injectés contre le pian (252). Malgré cela, les responsables des services médicaux prônaient le recours au dermatol plutôt qu'aux arsénicaux, afin de soigner un plus grand nombre de pianiques. Il en fut de même au Kenya quand les budgets du service médical furent diminués (253).

Le problème des sels bismuthiques était lié à la fois à la toxicité du produit et à sa préparation difficile. En 1933, les décès en Urundi furent provoqués par une préparation des suspensions huileuses sur le lieu des consultations (les sels de bismuth étaient mélangés à de l'huile d'olive). Or, selon le médecin de district de l'Urundi, les préparations du dermatol devaient se faire à la Pharmacie centrale. « Comme je croyais (...) que tout le bismuth pour injections antipianiques était préparé à la pharmacie d'Usumbura, je n'ai pu m'imaginer que ce fut un défaut de préparation du produit. Pourtant, j'ai pensé au manque d'agitation du récipient contenant l'huile bismuthée, de telle sorte que certains malades eussent pu recevoir une dose plus concentrée du médicament. C'est très probable » (254). Malgré cette conviction du responsable médical de l'Urundi, d'autres sources tendent à prouver que les préparations huileuses se faisaient sur le terrain, et non en laboratoire ou dans une pharmacie bien équipée. En 1930, par exemple, le médecin de Ruhengeri se faisait livrer chaque mois trois litres d'huile pour préparer ses injections (255).

249 Note de l'IG de la 2e DG au SGMC, Bruxelles, 11 juin 1929 (AA, Bruxelles, dossier Hyg 4401 n°260).

250 Lettre du SG a.i. Dufays pour le GG absent, au MCol Jaspas, Boma, 1er juillet 1929, *op. cit.*

251 R. VAN NITSSEN, « Le traitement et la prophylaxie du pian... », *op. cit.*, p. 862.

252 Comparution du Dr Portois devant le conseiller juridique Taquet, 15 novembre 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°14).

253 M.H. DAWSON, « The 1920s anti-yaws campaigns... », *op. cit.*

254 *Ibidem.*

255 Lettre du RR-adjoint Borgers (pour le RR en route) au GRU, Kigali, 24 mars 1930 (AA, Bruxelles, dossier RWA 534 n°2).

Les services sanitaires belges n'étaient pas les seuls à employer les sels bismuthiques : le Kenya adopta ce médicament durant la plus grande partie des années 1930, alors qu'en Uganda, où la maladie semblait moins répandue, le salvarsan fut privilégié (256).

Les autorités médicales expliquèrent les accidents thérapeutiques et les décès survenus par la mauvaise hygiène buccale de la plupart des ressortissants du Ruanda-Urundi. Or l'injection de bismuth sur un patient ayant des problèmes dentaires pouvait provoquer des stomatites et même des accidents dangereux (257). Les décès et complications enregistrés en Urundi furent imputés par le gouverneur du Ruanda-Urundi au fait que, « par une impardonnable négligence [du médecin] ou par défaut de surveillance de ses infirmiers, de nombreux indigènes ont reçu des injections de bismuth trop concentrées, soit parce que le dosage prescrit par les instructions n'a pas été observé, soit parce que les préparations n'ont pas été agitées avant leur utilisation » (258). Des vérifications de la qualité des produits ne donnèrent pourtant lieu à aucune critique. Jungers ajoutait que les faits étaient connus de plusieurs médecins et fonctionnaires de l'Urundi, mais qu'il y avait eu « réelle conspiration du silence. » Le gouverneur accusait aussi le supérieur du jeune médecin, le « Dr Panier [qui] a fait une invraisemblable déposition où il disait qu'une proportion de 113 décès sur 8 562 pianiques traités [c'est-à-dire 1,3%] était une proportion normale » et suggérait perfidement que, « s'il en est ainsi, la nouvelle mission prophylactique contre le pian, qui traitera annuellement 300 000 pianiques, risque d'en exterminer 3 900 ! Dans ces conditions, plutôt que de laisser agir le service médical, il serait beaucoup plus humain de laisser agir le pian : il est avéré en effet que si cette maladie débilite fortement l'organisme, elle ne cause que rarement la mort. »

Ces accidents thérapeutiques fournirent des arguments supplémentaires au gouverneur provincial pour imposer un nouveau programme de lutte contre le pian marqué par un changement radical de méthode, dans un contexte de relations houleuses avec son service médical. Jungers ajouta à ces accidents bismuthiques d'autres accidents, notamment « les trois mille typhiques exanthématiques, décédés en région de Muramba, après avoir été, par suite d'une erreur tragique, considérés pendant six mois comme atteints de grippe infectieuse. Ceux-ci auraient pu vous édifier sur la sagesse et la clairvoyance du Service Médical du Ruanda-Urundi » (259). On trouve de nombreux commentaires acerbes du gouverneur provincial à l'encontre des membres du service médical à cette époque. Il semble qu'il était passablement irrité du relatif confort des médecins sédentaires par rapport à la vie menée par ses agents territoriaux et prit plaisir à les faire basculer dans une vie itinérante.

L'enquête menée par les autorités médicales et administratives à propos des décès liés au traitement du pian déboucha sur la conclusion que le médecin incriminé, le Dr Ovid Nélis avait commis des « fautes de technique thérapeutique : ne pas

256 J. ILIFFE, *East African Doctors...*, *op. cit.*, p. 40-41.

257 Propos repris et critiqués dans la Lettre du GRU Jungers au GG Tilken, Usumbura, 15 mai 1934 (confidentielle) (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4). Au Kenya, les réticences des médecins à laisser des Africains réaliser les injections de sels bismuthiques émergèrent dès 1924, en raison d'accidents potentiels (M.H. DAWSON, « The 1920s anti-yaws campaigns... », *op. cit.*, p. 428).

258 Lettre du GRU Jungers au GG Tilken, Usumbura, 21 novembre 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4). Les citations qui suivent sont également tirées de ce courrier.

259 Lettre du GRU Jungers au GG Tilken, Usumbura, 15 mai 1934, *op. cit.* Les citations qui suivent sont tirées de ce courrier.

essayer prudemment, sur des malades inconnus de lui, l'utilisation de médicaments dangereux ; ne pas surveiller constamment ces malades et guetter l'apparition des premiers symptômes annonçant des troubles graves ; ne pas surveiller constamment et de très près les infirmiers de couleur ; abandonner le soin de pareilles injections à des infirmiers de couleur et les laisser administrer celles-ci hors de la présence d'un Européen, système qui a toujours été prohibé par les instructions du service médical du Ruanda-Urundi » (260). Le gouverneur l'accablait d'autant plus qu'il estimait que ce jeune médecin avait, « par une insouciance plus coupable encore, laissé complètement le soin des injections à ses infirmiers de couleur, leur permettant même de les administrer en son absence » et qu'il était « le seul des médecins et agents sanitaires qui ait eu à enregistrer parmi les pianiques décédés à la suite de stomatite bismuthique une proportion aussi forte (40%) d'enfants. » Ceci laisserait entendre que des décès furent constatés dans d'autres régions supervisées par des médecins.

Des sanctions furent réclamées envers le jeune praticien, mais également envers ses supérieurs hiérarchiques du service médical et administratif. Toutefois, des poursuites judiciaires « risqua[nt] de donner à cette affaire – et cela en pure perte – une large publicité, des plus inopportunes », Jungers plaida auprès du gouverneur général pour que Nélis ne subisse qu'une sanction administrative (la révocation à la fin de son stage) (261). Le médecin de district de l'Urundi fut sanctionné par une suspension de salaire d'un mois « pour défaut de contrôle et de surveillance d'un jeune médecin inexpérimenté. » Des pressions furent exercées par les autorités médicales pour que les sanctions de ces deux médecins soient levées, mais elles se heurtèrent à l'opposition farouche de Jungers, qui signala qu'aucun des médecins concernés n'avait protesté ni introduit de recours.

Enfin, le médecin provincial Fernand Guérin, fut critiqué pour « manque de clairvoyance et d'énergie » et le gouverneur suggéra que « son abstention d'agir [soit] considérée comme le résultat de son incompétence à diriger un service médical provincial plutôt que comme une faute professionnelle, [de] le remettre en sous-ordre, et [de] pourvoir à son remplacement le plus tôt possible. » Quelques mois plus tard, la punition contre Guérin fut levée, mais il reçut une lettre de réprobation « qu'il a acceptée sans la moindre protestation ni réserve » (262). Jungers fut appuyé de façon voilée par le médecin en chef René Mouchet, qui reconnaissait que « le Dr Guérin n'est indiscutablement pas un médecin dirigeant de premier ordre et manque sans doute d'énergie », mais expliquait cette situation par le fait qu'il avait été catapulté à son poste de dirigeant, sans avoir eu la possibilité « de s'initier à son métier à côté d'un ancien (...) c'est son excuse » (263).

Fernand Guérin resta médecin provincial jusqu'à la fin de l'année 1935. Les autorités médicales ne suivirent donc pas l'avis du gouverneur provincial, tout en

260 Ovide Nélis (°1906) travailla d'abord en Urundi, puis au Ruanda (Rubengera et Kibuye) au début des années 1930. Après un congé en Europe au printemps 1935, il fut affecté au district du Lac Léopold II, puis au Katanga. Le choix des sels bismuthiques, administrables sous forme d'injections intramusculaires, permettait de recourir à des personnes moins qualifiées. Au Kenya, des infirmiers africains se chargeaient de ces injections, dans des équipes parfois non supervisées par des Européens dans le courant des années 1920. L'attitude de ce médecin belge n'était donc pas une exception (M.H. DAWSON, « The 1920s anti-yaws campaigns... », *op. cit.*, p. 428).

261 Lettre du GRU Jungers au GG Tilken, Usumbura, 21 novembre 1933, *op. cit.* La citation qui suit est également tirée de ce courrier.

262 Lettre du GRU Jungers au GG Tilken, Usumbura, 15 mai 1934, *op. cit.*

263 Note du médecin Mouchet au GG Tilken, Léopoldville, 5 décembre 1933 (AA, Bruxelles, dossier Hyg 4401 n°261).

concédaient ses capacités limitées. Les sanctions demandées par Eugène Jungers visaient encore les responsables administratifs : « le commissaire de district responsable [c'est-à-dire le Résident de l'Urundi] doit être également sanctionné : sa carrière coloniale devrait être interrompue » (264). Là non plus, il ne fut pas suivi, puisqu'Octave Coubeau resta à son poste jusqu'en 1935.

Notons encore que cet accident ne porta pas trop préjudice au Dr Nélis, qui travailla par la suite dans la région de la mission des Pères Blancs de Murunda (au bord du lac Kivu). Le Père Giai Via en fit l'éloge en avril 1934 dans le diaire de la mission : « ce jeune homme sportif a su gagner la confiance des indigènes. Ils viennent le trouver même pendant les repas. "Je voudrais quelquefois lire les revues médicales pour me tenir au courant, mais je n'y arrive pas... ils ne me laissent pas le temps". Même les indigènes de chez nous en parlent de réputation » (265).

e) Deuxième programme de lutte contre le pian (1933)

Dès qu'il eut pris connaissance de la lettre de 1932 du médecin de district Numa Henneaux, le gouverneur provincial décida de refondre complètement le fonctionnement du service de l'hygiène et remplaça le système précédent par une Assistance Médicale Indigène « basée sur un recensement médical de toute la population et sur un examen et un traitement *sur place* de cette dernière », à la manière des missions de lutte contre la maladie du sommeil (266). Ce choix impliquait que le personnel médical soit complètement itinérant. Le premier objectif de cette refonte était de lutter énergiquement contre le pian, aussi ce programme reçut le nom de « Mission antiplanique ». Le contexte de crise économique mondiale n'était peut-être pas étranger à ce choix plus économique d'une médecine totalement itinérante axée sur l'emploi de nombre d'agents sanitaires (moins coûteux que les médecins).

Le 13 octobre, le gouverneur choisit Numa Henneaux comme responsable de la mission pian pour l'ensemble du Ruanda-Urundi et décida d'affecter exclusivement à cette mission itinérante huit médecins et trois agents sanitaires (267). Il en avertit le médecin provincial Fernand Guérin dès le lendemain, précisant que son dernier voyage d'inspection « a[vait] achevé de [lui] donner la conviction que la campagne que nous menons contre cette endémie est nettement inopérante et que nous dépensons en pure perte la plus grande partie des fonds que nous y consacrons » (268).

Pour asseoir sa décision, Jungers décrivait par le menu les « griefs que je formule contre la méthode actuellement suivie », à savoir : « 1) Nos dispensaires ne desservent, normalement, qu'un rayon de vingt-cinq kilomètres au maximum et ne parviennent donc qu'à toucher une partie restreinte de la population. 2) Très nombreux sont les indigènes qui subissent leur cure de blanchiment incomplètement et qui voient, après un certain temps, leur maladie reprendre une recrudescence d'activité. 3) Le système actuel ne se préoccupe aucunement du dépistage systématique des malades. Il en résulte : a) que de nombreux indigènes

264 Lettre du GRU Jungers au GG Tilkens, Usumbura, 21 novembre 1933, *op. cit.*

265 Diaire PB Murunda, 21 avril 1934 (APB, Rome). Le Père Blanc italien Virgilio Giai Via (1891-1969) vécut plus de cinquante ans au Ruanda. Il travailla notamment à Murunda de 1931 à 1935.

266 Lettre du GRU Jungers au GG Tilkens, Usumbura, 10 novembre 1933 (AA, Bruxelles, dossier Hyg 4401 n°261). Nous soulignons.

267 Commission de Jungers, Kigali, 13 octobre 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA (533) n°4).

268 Lettre du GRU Jungers au médépro, Kigali, 14 octobre 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4). Les citations qui suivent sont tirées de ce courrier.

échapperont toujours au traitement ; b) que ces indigènes constitueront pour les malades déjà blanchis et les natifs sains des foyers de réinfection, ce qui annihile complètement les efforts déployés. L'endémie ne peut donc être enrayée dans ces conditions. 4) La méthode incriminée permet aux malades de se soustraire au traitement avant que la cure ne soit complète. À l'apparition de nouveaux symptômes, ces malades se représentent devant le médecin, sans leur fiche, et sans oser lui dire qu'ils ont déjà subi un traitement partiel. Dès lors, le médecin, croyant avoir affaire à de nouveaux cas, provoque souvent par une nouvelle intervention des accidents bismuthiques qui détruisent dans l'esprit des indigènes toute confiance dans notre action médicale. 5) Elle impose des frais de déplacement élevés au Gouvernement, par le va-et-vient incessant qu'il nécessite entre les dispensaires et le lieu de résidence du personnel médical, parfois éloignés de quatre-vingt kilomètres. Elle astreint les malades eux-mêmes à de longs et pénibles déplacements. 6) Elle empêche toute surveillance efficace sur le personnel médical susvisé. »

D'où il avertit le médecin provincial que « la mission sera itinérante et travaillera par secteurs sur la base d'un recensement médical de toute la population. Les indigènes auront l'obligation de se soumettre au traitement. Le personnel territorial, les chefs indigènes devront en toute circonstance prêter leur assistance à la mission. Les dispensaires et hôpitaux ruraux actuels des médecins précités seront fermés et remis à la garde du service territorial qui aura pour mission de les entretenir à partir du 1er décembre. » Selon le médecin en chef de la Colonie, Jungers exigeait en outre que le recrutement des agents sanitaires privilégie le choix d'hommes « jeunes et célibataires » (269).

Le retour de flamme fut immédiat. Fernand Guérin tempêta, et le médecin choisi pour diriger la mission fut, semble-t-il, soumis à des pressions visant à le décourager d'accepter la mission. En effet, si Numa Henneaux commença par accepter « avec enthousiasme » et se rendit à Usumbura dès le 15 pour organiser la mission, il déclina le 22 la nomination en invoquant son état de santé et se trouva acculé par le gouverneur à justifier ce refus par un certificat médical (270). Jungers se rabattit sur un médecin de nationalité italienne, le Dr Vittorio Prati, déjà chargé de la mission maladie du sommeil (271). Il est à noter que la superposition de deux services médicaux dans une même zone géographique créait des tensions. Maryinez Lyons le signale à propos des missions maladie du sommeil au Congo qui firent émerger des conflits entre le service médical général et les missions spéciales durant les années 1920 : il devenait difficile de cerner les rôles de chacun des deux services. Les tensions étaient renforcées par le fait que ces services dépendaient des mêmes budgets et effectifs limités. En 1924, le directeur du service de l'hygiène du ministère, le Dr Van Campenhout estima qu'un seul service unifié s'occuperait plus efficacement de la lutte contre la maladie du sommeil (272). On verra qu'au Ruanda, finalement, la mission spéciale antipianique se calqua sur le service médical général : les deux ne firent plus qu'un sous le nom de Service d'Assistance Médicale aux Indigènes. Nous y reviendrons.

269 Note du médécheff Mouchet au GG, Léopoldville, 5 décembre 1933 (AA, Bruxelles, dossier Hyg 4401 n°261).

270 Il entra en Europe pour fatigue persistante résultant d'une malaria chronique, et reprit son poste de médecin de district en 1934, après avoir été remplacé quelques mois par Fernand De Bève.

271 Lettre du GRU Jungers au GG Tilkens, Usumbura, 10 novembre 1933, *op. cit.*

272 M. LYONS, « Sleeping sickness epidemics and public health in the Belgian Congo », *op. cit.*, p. 119.

Le 25 octobre, Jungers en avertit chaque administrateur territorial et annonça une visite d'inspection de Prati dans tous les territoires (273). La mission commencerait au plus tard le 1er décembre et se concentrerait d'abord sur le nord du Ruanda (274). Chaque membre de la mission se voyait attribuer une région correspondant aux divisions administratives des territoires, à prospecter de manière itinérante. Certains territoires furent attribués à des médecins : Kigali (Dr Florimond Portois), Kibungu (Raoul Laurent), Bumba (le lieutenant-médecin Joseph Van Passen), Ruhengeri (Jan Van Huyneghem), Kisenyi (Adrien de Hemptinne), Kibuye (Ovide Nélis), Nyanza (Robert Melchior). Le territoire d'Astrida fut pris en charge par deux médecins : l'ancien médecin de district Émile Panier et le lieutenant-médecin Victor Mathieu. Trois territoires furent dévolus à des agents sanitaires : Gabiro (Raphaël Coppens), Kamembe (Georges Lorenz), Nyanza (Auguste Eloy) (275).

Malgré les protestations énergiques du médecin en chef de la Colonie, qui « regret[ait] qu'un plan de cette envergure ait été décidé avec une pareille hâte et sans consultation préalable du Gouvernement général », le programme fut mis en branle et dura près de cinq ans (276). Il s'appuyait sur une partie des agents sanitaires et sur l'ensemble des médecins disponibles. « Menée rondement », la mission de recensement médical fut bouclée à la fin de l'année 1938, chaque colline ayant été visitée au moins trois fois par un membre du personnel médical (277). Le délai de cinq ans fixé par le gouverneur provincial pour le recensement médical avait été respecté. L'éradication du pian était en bonne voie, bien que non terminée. Il est vrai que cet objectif ultime avait été mis en doute par le Dr René Mouchet dès le début de la campagne : « le chiffre de cinq ans, fixé pour l'extinction de l'endémie pianique ne correspond à aucune donnée précise (...) la médecine malheureusement n'est pas encore une science mathématique. Si on parvient parfois à donner à une endémie ou à une épidémie un gros coup de balai, l'éradication totale d'une maladie relève du domaine de l'utopie. A-t-on réussi en Europe ou ailleurs à éliminer totalement une maladie ? » (278) La campagne ne fut perturbée que par une épidémie de typhus en Urundi de mai à septembre 1934 : tous les médecins furent dépêchés dans cette Résidence pour lutter contre sa propagation.

Le gouverneur provincial s'estima rapidement satisfait de la marche de la mission pianique, allant jusqu'à donner des appréciations positives sur le personnel médical européen qu'il vilipendait peu de mois auparavant : « personnel médical actuellement en contact direct en permanence brousse avec indigènes réalise efficacement et dévouement travail intense lutte contre pian simultanément assistance indigène réelle » (279). Eugène Jungers réitéra plusieurs fois l'expression de sa satisfaction : « je n'ai actuellement qu'à me louer des services que rendent les membres de la mission antipianique. Il s'agissait surtout de mettre ce personnel en train et de le décider à renoncer à sa vie sédentaire de poste ainsi qu'à une routine improductive. Maintenant, c'est chose faite, grâce au concours qu'a bien voulu me

273 Note du GRU Jungers aux AT, Usumbura, 25 octobre 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4).

274 Lettre du GRU Jungers au RR, Usumbura, 28 octobre 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4).

275 Liste du personnel de la mission antipianique (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4). Le lecteur est invité à se reporter au répertoire biographique pour plus d'informations à propos de ces hommes.

276 Note du médecin Mouchet au GG, Léopoldville, 5 décembre 1933, *op. cit.*

277 L'expression est tirée du diaire des Pères Blancs de Kansi, dès le lancement de l'opération, le 17 décembre 1933 (APB, Rome).

278 Note du médecin Mouchet au GG, Léopoldville, 5 décembre 1933, *op. cit.* Le pian est effectivement réapparu au Ruanda à la fin des années 1950.

279 Télégramme du GRU Jungers au MCol Tschoffen, Usumbura, 6 janvier 1934 (AA, Bruxelles, dossier Hyg 4401 n°261).

prêter le Dr Prati » (280). Cette volte-face révèle en filigrane son animosité envers le médecin provincial du Ruanda-Urundi et son peu de confiance dans ses capacités de gérer une équipe, alors que le Dr Prati recevait indirectement des compliments sur sa façon de motiver les troupes.

Du côté des autorités médicales, ce coup de force restait en travers de la gorge et diverses tentatives pour le contrer furent, semble-t-il, tentées : pressions à l'encontre de Numa Henneaux, tentatives de faire muter Vittorio Prati dans un autre secteur en février 1934, etc. Le gouverneur provincial réagit immédiatement en signalant que « le retrait du Dr Prati en plein travail organisation compromettrait gravement succès œuvre humanitaire dont échec aurait répercussion fâcheuse 1° sur opinion publique, notamment étranger 2° sur confiance en nous des indigènes » ; il obtint son maintien au poste de chef de la mission antipianique (281).

Les tensions entre personnel médical et administratif semblent avoir été courantes dans les territoires administrés par la Belgique. On les constate également dans d'autres territoires coloniaux. L'enquête menée par l'Université libre de Bruxelles en 1930 sur les rapports entre médecins et colonie relevait que la répugnance des jeunes médecins pour la carrière coloniale provenait notamment « de l'état d'infériorité dans lequel les médecins se sont trouvés, pendant longtemps, dans la Colonie vis-à-vis du personnel territorial et judiciaire (...) ils étaient absolument sous les ordres de l'administration territoriale qui s'immisçait souvent dans leur travail, alla[n]t parfois jusqu'à régenter leurs méthodes de traitement, paralysa[n]t leurs efforts dans des questions d'hygiène en refusant d'exécuter les travaux qu'ils réclamaient » (282). Le statut des médecins avait été modifié dans le courant des années 1920, mais les inimitiés entre les deux services étaient restées. L'imposition par le gouverneur d'une nouvelle organisation de l'ensemble de l'activité sanitaire au Ruanda sans concertation avec le médecin provincial confirmait les sentiments du passé.

Les médecins étaient désormais affectés prioritairement au travail médical en faveur des populations autochtones. Le gouverneur provincial les avertit dès le début de la mission qu'ils avaient « à réserver toute [leur] activité à la mission antipianique » et qu'ils n'avaient « donc plus à donner [leurs] soins à des Européens, pas plus à ceux du Ruanda-Urundi qu'à ceux de la région du Congo belge voisine de Kisenyi » (283). Seule exception à cette règle : les Européens qui viendraient les consulter sur leur lieu de travail (dans un camp de recensement) et les soins urgents dans le voisinage immédiat.

L'expérience de travail itinérant et de recensement systématique de René Mouchet en Province orientale inspira vraisemblablement la mise en route du programme antipianique version Henneaux-Prati en 1933. C'est à cette date que Mouchet devint médecin en chef de la Colonie. Selon le Dr Lechat, cet homme était l'un des très rares médecins de la Colonie à avoir une idée directrice à propos du travail médical au Congo ; il le considère comme l'« un des seuls vrais penseurs de l'action

280 Lettre du GRU Jungers au MCol Tschoffen, Usumbura, 24 avril 1934 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533).

281 Télégramme du GRU Jungers au MCol Tschoffen, Usumbura, 8 février 1934 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4).

282 « Les médecins et la colonie. Résultats de l'enquête... », *op. cit.*, p. 98-99.

283 Lettre du GRU Jungers au Dr Dehemptinne à Kisenyi, Usumbura, 3 janvier 1934 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4).

médicale belge » (284). Nous ignorons l'inspiration de René Mouchet dans l'organisation de son travail en Province orientale, mais il nous semble que l'on peut y voir une filiation avec le Dr Émile Lejeune qui tenta un essai systématique de recensement et de traitement des trypanosés au Katanga.

Un examen des cartes d'implantation de la mission antipianique entre 1934 et 1938 montre que les médecins commencèrent dans des régions densément peuplées, proches des missions catholiques et réformées, ainsi que du siège de la royauté rwandaise ; ensuite, ils travaillèrent dans les régions minières et de plantations du sud-ouest (285). Les régions marécageuses et le nord-est furent prospectées plus tardivement. Il n'est pas possible de déterminer les critères de choix de ces régions.

*** Questions administratives, matérielles et financières**

Pour mettre en branle le nouveau programme de lutte contre le pian, des aménagements étaient nécessaires, notamment du point de vue de la réglementation. Le 15 novembre 1933, une ordonnance (n°82/Hyg) édictait les mesures d'application relatives au pian prévues par l'ordonnance n°74/Hyg du gouverneur général. Ces mesures précisaient le partage des tâches entre Occidentaux, le recours à l'administration indirecte et le traitement réservé aux Africains.

Cette fois, l'article 1 stipulait clairement que l'examen médical concernait « toute personne de race non européenne », qui était ensuite tenue d'« être porteur d'une façon permanente [du certificat médical relatif au pian délivré par un médecin] afin de pouvoir l'exhiber à toute réquisition d'un agent de la colonie » (article 3). Le contrôle sanitaire n'était donc plus uniquement du ressort du personnel médical, mais de tout agent : l'emprise administrative en fut peut-être accrue. La campagne antipianique marquait aussi la différence de traitement réservée aux Africains et aux Européens, les premiers étant les seuls soumis à l'obligation du dépistage et du traitement. Elle renforçait la séparation des mondes blancs et noirs.

Les « chefs ou sous-chefs indigènes, (...) chefs de camp, (...) chefs de quartier ou, à leur défaut, (...) l'autorité territoriale dont relève directement l'agglomération » étaient responsables de la réponse à la convocation du médecin par les populations. L'organisation de la campagne antipianique reposait donc sur le système d'administration indirecte en vigueur dans la gestion politique et administrative du pays. Nous verrons dans le chapitre consacré aux acteurs non sanitaires ce que cela signifiait dans le cadre pianique. Enfin, l'ordonnance organisait le travail de la mission antipianique en désignant nommément les médecins et agents sanitaires qui lui seraient affectés et habilités à convoquer à un examen médical pianique toute la population « en swahili et en langue indigène locale dans toutes les chefferies des territoires du Ruanda-Urundi ».

Comme le souligne Maurice Cheza, « le choix des priorités médicales relève des pouvoirs publics, mais aussi des possibilités économiques. Il serait dès lors erroné d'isoler les questions de santé de l'ensemble des questions de société » (286). Aussi, un regard sur le volet financier donne un éclairage supplémentaire sur ce nouveau

284 Entretien au domicile du Docteur Lechat, 13 décembre 2002. Une consultation des archives de l'IRCB serait sans doute éclairante à ce propos, car René Mouchet écrivait beaucoup.

285 Voir les cartes n°20 à 24.

286 M. CHEZA, « Conception et mise en pratique d'une action sanitaire », in J. PIROTTE et H. DERROITTE, *Églises et santé dans le Tiers Monde...*, op. cit., p. 107.

programme et sur la manière dont il était intégré aux activités sanitaires générales (287). En 1933, un nouveau budget extraordinaire fut accordé pour la lutte contre le pian, à concurrence de 600 000 francs. La première année, un quart en fut dépensé (141 191,03 francs). À la fin de 1934, ce budget avait été épuisé pour moitié (287 855,68 francs). Un an plus tard, la situation était quasi identique. À la fin de l'année 1937, la majeure partie du budget avait été consommée (522 148,48 francs). En 1934, un nouveau budget extraordinaire, d'un montant d'un million, fut de nouveau voté pour la lutte contre le pian. Rien ne fut ponctionné sur ce budget en 1934, 1935, 1936 et 1937.

La première conclusion que l'on pourrait en tirer sur base d'un examen superficiel serait que la mission antipianique nouvelle mouture ne fut pas appliquée. L'explication est autre. En effet, suite à l'accent déterminant donné à la lutte contre le pian au Ruanda-Urundi, via la mission du Dr Prati, le gouverneur général faisant fonction Louis Postiaux demanda au ministre des Colonies que ces dépenses soient inscrites au budget ordinaire, puisque « des crédits spéciaux seront nécessaires pendant une assez longue période pour la lutte méthodique contre le pian qui est une endémie prédominante au Ruanda-Urundi » (288). Cette décision de verser la lutte antipianique dans les budgets ordinaires marque le fait que la mission pianique était en réalité une reformulation de la politique sanitaire générale des territoires : c'était en quelque sorte le nouveau nom de l'Assistance Médicale Indigène. Désormais, la lutte antipianique n'était plus une mission spéciale (comme celle de la maladie du sommeil) qui venait en sus du service sanitaire général, mais bien une autre manière d'assurer celui-ci.

Les questions matérielles étaient elles aussi déterminantes. En effet, un des principes de base de cette mission spéciale étant son caractère itinérant, la priorité fut mise sur la construction de camps médicaux provisoires dans chaque centre local. Des camps de recensement (ou « camps de concentration ») provisoires devaient être construits à chaque lieu d'arrêt prolongé de la mission, qui était censée les occuper pendant un mois ou deux, puis se déplacer et revenir quelques mois plus tard sur place (289). Entre 1933 et 1935, chaque communauté locale dut participer à la construction de ces camps (hangars en pisé et chaume, huttes en paille), dont la conception générale avait été édictée par le gouverneur provincial sur base des remarques du chef de la mission Vittorio Prati (290). Nous y reviendrons plus longuement dans le chapitre consacré à l'aide du service territorial dans le domaine sanitaire.

Chaque camp comprenait des installations pour le personnel européen et africain (un emplacement nivelé pour la tente du médecin, un hangar pour le médecin, un hangar pour le recensement, des huttes pour le personnel noir accompagnant le

287 Note du directeur du Service des budgets Artus au SG, Bruxelles, 6 décembre 1929 (AA, Bruxelles, dossier Hyg 4426 n°644), qui signale que 600 000 francs seront inscrits au BE de 1930 et repris à l'ordinaire pour la lutte contre le pian, uniquement pour l'achat de matériel et de médicaments ; *RAC 1931*, p. 41 : les dépenses extraordinaires du Service médical sont ventilées en deux rubriques : construction et aménagement de postes médicaux d'une part et lutte contre le pian d'autre part ; *RAC 1932*, p. 49 ; *RAC 1933*, p. 54-55.

288 Lettre de Postiaux au MCol Tschoffen, 6 mars 1933 (AA, Bruxelles, dossier Hyg 4401 n°261). Louis Postiaux (1882-1948) fut secrétaire général-adjoint du gouverneur général en 1924. D'août 1926 à juillet 1930, il fut gouverneur du Ruanda-Urundi, puis de 1932 à 1934, gouverneur général faisant fonction.

289 L'expression camp de concentration provient du Diaire PB Kansi, 2 décembre 1933 (APB, Rome).

290 Lettre du GRU Jungers au chef de la mission contre le pian Prati, Usumbura, 4 décembre 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4). Les citations suivantes sont également extraites de ce courrier.

médecin, un enclos pour la visite), mais également un hangar d'attente d'une capacité de deux cents personnes. Rapidement, la pénurie de bois de construction aboutit à un aménagement différent des bâtiments : les grands hangars furent remplacés chacun par une vingtaine de « huttes bien construites et bien couvertes, abritant efficacement les indigènes de la pluie et du froid. »

Comme la mission devait repasser trois fois sur chaque colline, les chefs et sous-chefs étaient chargés d'entretenir les infrastructures temporaires « pour ne pas exiger à nouveau un gros effort de leurs indigènes pour la reconstruction de ces camps » (291). En principe, la loi autorisait la convocation des populations dans un rayon de quinze kilomètres. Dans le cadre de la mission antipianique, le gouverneur, se basant sur les suggestions de l'agent sanitaire Eloy, réduisit le rayon à sept ou huit kilomètres au maximum, « représentant une heure et demie de marche au plus », car quinze kilomètres est une « distance (...) trop grande, spécialement en pays montagneux » (292). Le maillage de camps médicaux était donc relativement serré, ce qui engendrait des problèmes de main-d'œuvre et d'approvisionnement en matériaux de construction.

Les autorités mandataires recoururent au travail obligatoire non rétribué pour la construction des camps et leur approvisionnement, sous prétexte que le recensement et le traitement des pianiques étaient faits dans l'intérêt des populations. Le Résident Simon estimait qu'« il est raisonnable de demander aux indigènes cette participation légère à la campagne menée dans leur intérêt exclusif » (293). Les populations étaient réquisitionnées pour le portage nécessaire aux déplacements du personnel de la mission antipianique d'un centre d'opération à un autre (maximum dix kilomètres). Nous nous interrogerons sur l'impact de cette intervention des populations dans un paragraphe ultérieur.

Le chef de la mission antipianique pouvait réquisitionner les médicaments nécessaires. Quand il prit les choses en main à la fin de l'année 1933, il découvrit que « la quantité de néo dont dispose la mission est à peine suffisante pour distribuer 200 cures à chaque membre de la mission » (294). Il décréta aussitôt que la quasi totalité des réquisitions du service médical pour 1933 (notamment du néosalvarsan et des aiguilles à injection) stockées à Usumbura devaient être acheminées à Kigali par le premier camion disponible. Vittorio Prati se heurta à l'inertie et au mauvais vouloir des autorités médicales à Usumbura : ses médecins se plaignaient de ne parvenir que difficilement à obtenir ces aiguilles nonobstant leurs réquisitions. Prati commanda d'urgence un stock supplémentaire d'aiguilles directement à la Pharmacie centrale de la Colonie de Léopoldville.

Une condition importante à la mise en place d'une mission itinérante était l'existence d'un réseau routier suffisamment étoffé. Or, nous avons signalé qu'après la famine *Rwakayihura*, un programme de développement des voies de communication avait été mis en place. En 1933, le terrain était favorable pour entamer une campagne massive de recensement et de dépistage. À la fin de l'année 1935, l'ancien résident de l'Urundi devenu gouverneur général du Congo belge,

291 RA Nyanza 1935 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU (91) n°13).

292 Lettre du GRU Jungers au Dr Prati, Usumbura, 4 décembre 1933, *op. cit.* En annexe, le GRU joignait vingt exemplaires des instructions spéciales que lui avait inspirées une brochure réalisée par l'agent sanitaire Eloy. La citation suivante est également tirée de ce courrier.

293 Lettre du RR Simon à l'AT de Kibuye, Kigali, 28 décembre 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4).

294 Lettre du Dr Prati au GRU, Kigali, 20 novembre 1933 (RWA 534 n°2).

Pierre Ryckmans, fit un voyage dans les territoires sous mandat. Il rapporta à la Commission permanente des mandats qu'il avait « été frappé (...) de l'efficacité atteinte par le Service médical grâce, notamment, au développement du réseau routier qui a permis l'établissement de dispensaires et leur surveillance étroite par des médecins dotés de moyens de transport modernes » (295).

* *Principes et organisation*

L'objectif premier de la mission antipianique était « l'examen et la cure systématiques des pianiques et impliqu[ait] nécessairement le recensement de toute la population du Ruanda-Urundi » (296). Les membres de cette mission spéciale, qu'ils fussent médecins ou agents sanitaires, étaient placés sous la direction du Dr Giovanni Prati. Ils étaient chargés de « parcour[ir] toute l'étendue des territoires du Ruanda-Urundi et [d']entrer (...) en contact direct avec les indigènes afin de faciliter et de hâter toutes les opérations relatives à leur recensement, leur examen et leur traitement éventuel. » La mission devait se concentrer sur le Ruanda et travailler par prospection systématique, « de colline en colline, de sous-chefferie en sous-chefferie » (297). Il s'agissait d'une action à la fois totalement itinérante pour le personnel médical et totalement contraignante pour les populations, qui ne pouvaient s'y soustraire. Elle fonctionnait selon la méthode éprouvée par le FOREAMI dans le Bas-Congo.

On y retrouvait le *modus operandi* décrit par Van Nitsen dans son article de 1929 : « le médecin disposera d'un hôpital volant qu'il établira au centre du secteur à assainir. Les infirmiers sont envoyés en même temps dans toutes les directions, de façon à atteindre toute la population en un laps de temps très court. La population est recensée ; chaque indigène atteint de lésions ou accusant des antécédents pianiques est soigné séance tenante ; il lui est remis une médaille ou plaque en métal portant un numéro d'ordre, correspondant à un numéro d'un registre (298). Dans ce registre sont consignés l'histoire du malade et le traitement subi. Les cas graves peuvent être évacués sur l'hôpital volant. Un premier traitement visera au blanchiment des malades, de façon à faire disparaître toutes les lésions contagieuses, à stériliser le réservoir de virus. La mission passe alors à un deuxième secteur, puis à un troisième, etc., et reviendra au premier secteur après trois mois d'absence. Ceci permettra de reconnaître les malades qui auraient pu échapper au premier recensement et de consolider le traitement des autres. Les différents secteurs seront visités dans la suite tous les six mois, de façon à faire plusieurs cures de traitement : ceci finira par assurer aux malades une guérison définitive. On peut ainsi espérer assainir une vaste région en très peu d'années » (299). Les cas les plus préoccupants étaient adressés aux hôpitaux centraux de Kigali et d'Astrida, dont la fréquentation grimpa en flèche durant les années de la campagne antipianique. Rien d'étonnant à cela, puisque les centres fixes ruraux étaient fermés

295 SDN. CPM, *Procès-verbaux de la 30e session tenue à Genève du 27 octobre au 11 novembre 1936*, op. cit., p. 133.

296 Lettre du GRU Jungers à tous les AT, Usumbura, 15 novembre 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4).

297 Lettre du GRU Jungers au Dr Prati, Usumbura, 4 décembre 1933, op. cit.

298 Au Kenya également, les médecins distribuaient des badges métalliques aux patients qui recevaient la première injection. À chaque nouvelle injection, leur numéro était reporté dans des registres (M.H. DAWSON, « The 1920s anti-yaws campaigns... », op. cit., p. 429).

299 R. VAN NITSEN, « Le traitement et la prophylaxie du pian... », op. cit., p. 865. Les patients recevaient effectivement une série de cinq injections. Notons que si l'examen devait être discret, le traitement se faisait visiblement au vu et au su de tous : les clichés mettent en scène les injections devant un public parfois nombreux (voir les illustrations n°145-147).

pour une période prolongée : tous les cas chirurgicaux et de pathologies lourdes se trouvèrent rassemblés dans ces deux établissements hospitaliers (300).

En 1938, le représentant accrédité de la Belgique Michel Halewyck de Heusch décrivit devant une Commission des mandats soupçonneuse la méthode employée par la mission antipianique au Ruanda, dans la ligne de ce qu'avait expérimenté le FOREAMI au Bas-Congo précédemment : « Voici comment l'on procède. Un médecin du service itinérant vient s'installer, avec son groupe d'auxiliaires, dans un centre important. Quelques jours avant, toute la population indigène des environs a été convoquée, à plusieurs kilomètres à la ronde. Les habitants, dès leur arrivée, passent devant des auxiliaires médicaux très expérimentés, qui prennent note de leur identité, les soumettent à un premier diagnostic et, à la craie, indiquent sur la peau les points faibles qui devront spécialement faire l'objet de l'attention du médecin. Puis, le défilé a lieu devant le docteur, qui retient un peu à l'écart les sujets malades ou prédisposés à la maladie, auxquels, dans quelques heures, il consacrera ses soins, et laisse passer tous les autres. Grâce à la méthode et grâce à la procédure bien conçue et bien appliquée, quelques centaines de personnes peuvent ainsi être examinées et, éventuellement traitées médicalement au cours d'une journée » (301).

En 1939, le médecin en chef de la Colonie, Lucien Van Hoof, donna lui aussi des explications détaillées de la procédure suivie par la mission antipianique aux membres de la Commission permanente des mandats à Genève qui émettaient des doutes sur le nombre de personnes examinées chaque année. « Dans le groupe d'indigènes convoqués, l'agent sanitaire fait le premier triage des suspects pour lesquels un examen médical est nécessaire. Pendant ce temps, les clercs et commis font les inscriptions sur un registre de recensement familial. En moyenne, 20% des noirs convoqués doivent être examinés, soit par exemple soixante sur un groupe de 300. Mais sur ces soixante, il y a généralement plus de la moitié dont le diagnostic est aisé et peut être fait au premier coup d'œil, même par un agent sanitaire bien entraîné. Ce sont les malades du pian, d'ulcères tropicaux, de mycoses banales et d'autres maladies très courantes dans la région. Pour d'autres, les examens microscopiques, analyses du sang, recherche des verminoses, examen bactérioscopique des sécrétions sont faits d'avance par les microscopistes indigènes dont l'habileté est bien connue. Il ne reste en somme, pour le médecin, que vingt à trente malades par jour qui requièrent réellement son intervention personnelle pendant un temps assez long, soit dix à vingt minutes. Le médecin prescrit en outre les traitements, mais en dehors des interventions de petite chirurgie, ce sont l'agent sanitaire et les auxiliaires indigènes qui les appliquent. À intervalles réguliers et au moins une fois l'an, l'équipe médicale fait la revision de la population précédemment prospectée, et dans ce cas, les registres font lieu de livre d'appel et de cahier des malades, et grâce à eux, les opérations peuvent se poursuivre à un rythme accéléré » (302).

L'objectif de la mission antipianique était en effet aussi de repérer et de soigner les autres maladies. La présence systématique et constante d'agents sanitaires ou de médecins dans une région donnée devait permettre de « porter remède de manière

300 Voir l'illustration n°145, ainsi que le tableau n°20.

301 SDN. CPM, *Procès-verbaux de la 35e session tenue à Genève du 24 octobre au 8 novembre 1938*, op. cit., p. 68-69.

302 SDN. CPM, *Procès-verbaux de la 37e session tenue à Genève du 12 au 21 décembre 1939*, op. cit., p. 46. Lucien Van Hoof décrivait la phase finale de la mission, quand il n'était plus nécessaire de passer tous les trois mois dans chaque localité.

plus efficace contre ces diverses affections et d'essayer de persuader les mères indigènes de modifier les coutumes néfastes en usage pour les remplacer par un commencement d'hygiène infantile » (303). Nous reviendrons sur la question de la protection maternelle et infantile dans la troisième partie de ce travail.

Concrètement, Jungers stipulait que « tout examen doit être complet et porter sur toutes les parties du corps » (304). Les médecins et agents sanitaires devaient toutefois veiller à ne pas heurter les populations par l'ignorance ou le dédain des codes de pudeur en vigueur dans la société rwandaise. « Ces impératifs doivent être respectés, les enfreindre ou tolérer qu'ils le soient, risquerait de compromettre gravement les résultats de la mission. » Chaque nouveau document comprenant des directives pour les membres de la mission revenait sur l'obligation pour l'examineur de prendre toutes les précautions voulues pour ne pas blesser la pudeur des populations, et surtout celle des femmes et jeunes filles (305).

Dès lors, trois consignes devaient être appliquées sans aucune exception : « 1) examiner à l'abri de tout regard chaque indigène minutieusement et entièrement ; 2) faire montre d'une grande patience et ne jamais se livrer à des mouvements de colère ; 3) se montrer doux envers les jeunes femmes et les rassurer, soi-même, dans leur propre langue » (306). Cette dernière consigne était jugée importante à un double titre : accorder une attention particulière aux femmes et jeunes filles, mais également ne pas recourir à des traducteurs et assurer en personne le dialogue avec le patient. La toute première exigence du gouverneur provincial aux examinateurs de la mission était d'ailleurs « la connaissance de la langue indigène locale [qui] est indispensable ; il faut au moins en connaître les rudiments. »

Rappelant « qu'un père ne peut voir ses filles pubères nues, qu'il en est de même entre frère et sœur, qu'aucun enfant ne peut voir la nudité de sa mère, ni de son père ; qu'une femme mariée ne peut être vue nue par un autre homme que son mari ; qu'un homme ne souffre pas d'être vu nu par un autre homme, etc. », le gouverneur exigea que le hangar utilisé pour les consultations soit divisé en deux parties, « l'une servant au recensement, l'autre exclusivement aux examens. »

Chaque Rwandais, sans exception, devait être ausculté intégralement par le médecin ou l'agent sanitaire responsable du secteur. Quelques jours après le lancement de la mission, un Père Blanc rapporta que « les examinés reçoivent une attestation. Celui ou celle qui n'est pas en possession de cette carte est punissable. L'examen se fait naturellement aux parties où cette maladie se manifeste de préférence. Pour les indigènes, c'est quelque chose d'abominable. Pour les femmes et les filles, c'est une horreur » (307). Les Pères Blancs craignaient des mouvements d'opposition : « tout est parfait dans ce programme, sauf la délicate question de l'examen corporel des femmes. Cela apportera certainement quelques difficultés » (308). Certains médecins s'abstinrent d'appliquer à la lettre les consignes de déshabillage intégral, avant même que les autorités médicales et administratives fassent machine arrière à ce propos. Ce fut notamment le cas du

303 RA Ruhengeri 1933 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 96 n°8).

304 Lettre du GRU Jungers au Dr Prati, Usumbura, 4 décembre 1933, *op. cit.*

305 Un exemple dans Lettre du RR Simon à l'AT de Nyanza, Kigali, 6 décembre 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4).

306 Lettre du GRU Jungers au Dr Prati, Usumbura, 4 décembre 1933, *op. cit.* Les citations suivantes sont également extraites de ce document fondamental sur la lutte antipaludique.

307 Lettre du RP Smoor au VA Classe, Astrida, 15 décembre 1933 (APB, Rome, dossier 221/2).

308 Diaire PB Kabgaye, 1er janvier 1934 (APB, Rome).

Dr Florimond Portois dans la région de la mission de Rulindo : « l'examen s'est bien passé et a fait bonne impression, parce qu'il s'est passé convenablement, sans dénuder personne. Les gens pensent que le Docteur a écouté les conseils des Pères. Ils n'ont plus peur de subir cet examen » (309).

Très vite, de violentes réactions se firent jour, dont nous parlerons plus longuement dans le chapitre consacré à la manière dont les populations ressentirent les activités médicales modernes mises en place au Ruanda. Les membres de la Commission permanente des mandats se montrèrent pour leur part modérément enthousiastes. Le comte de Penha Garcia, délégué portugais, exprima ses réticences : « sans doute, avec cette nouvelle organisation, on peut atteindre plus d'indigènes et mieux combattre certaines maladies. Toutefois, l'ancien système permettait une action médicale plus intense dans des régions déterminées », et il s'interrogeait sur le fait de « savoir si la nouvelle méthode se révèle plus utile seulement pour lutter contre certaines maladies à caractère épidémique, ou aussi comme régime normal » (310). Nous avons vu que d'autres membres de la Commission mettaient en doute les statistiques fournies concernant le nombre de personnes examinées.

Au début de la mission Prati, un correctif fut apporté aux choix médicamenteux par rapport à la première campagne antipianique. Le recours aux arsénicaux fut encouragé. Mais en 1934, « par motif d'économie », le gouverneur du Ruanda-Urundi signala une « modification apportée (...) au traitement du pian » : désormais un tiers seulement des pianiques recevraient des arsénicaux (311). La formule du Dr Louis s'Heeren de 1929 était de nouveau à l'ordre du jour.

f) Critiques d'une médecine autoritaire, ajustements et concessions

Les populations n'étaient pas les seules à réagir : des critiques surgirent également sous la plume des administrateurs territoriaux à propos des modalités d'application de la campagne antipianique, ainsi que de certains missionnaires, qui relevaient les abus commis par les infirmiers africains dans les camps de recensement.

Les administrateurs critiquaient vertement certains agents sanitaires et médecins qui sous-estimaient systématiquement l'effort à fournir par les populations pour se rendre aux lieux de convocation ou pour établir des camps de recensement. Dès le début de la campagne, René Verhulst, l'administrateur territorial d'un des territoires les plus reculés de l'Est du Ruanda, signala les failles du nouveau système et demanda que les autorités médicales et administratives l'adaptent (312) : « vous n'ignorez pas que les indigènes reconnus malades doivent être soignés après leur première injection, et revenir pendant cinq semaines encore chez l'agent sanitaire pour recevoir chaque fois une nouvelle injection. » De ce fait, « les indigènes devront faire plus de cinquante km de marche pour recevoir leurs injections. Notez qu'il s'agit spécialement d'enfants, même en bas âge qui doivent donc être accompagnés par leur père ou leur mère. Il y a actuellement plus de 400 indigènes

309 Diaire PB Rulindo, 3 janvier 1934 (APB, Rome). Florimond Portois (°1887) fut affecté au Ruanda, où il travailla à Nyanza pendant la campagne antipianique, il fut envoyé dans la région de Kigali.

310 SDN. CPM, *Procès-verbaux de la 26e session, tenue à Genève du 29 octobre au 12 novembre 1934*, Genève, 1934, p. 151.

311 Lettre du GRU Jungers au MCol, Usumbura, 24 avril 1934 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533).

312 Lettre de l'AT de Gabiro Verhulst au RR, Nyakatare, 15 décembre 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4). Les citations qui suivent sont tirées de ce courrier. René Verhulst (°1891) fut nommé agent territorial dans l'Est du Ruanda durant les années 1920. Pendant les années 1930, il se vit confier le territoire de Rukira -Kibunga.

qui, tous les samedis, doivent se rendre chez monsieur Coppens » (313). Selon cet administrateur, « cette situation, si elle perdurait pourrait compromettre la campagne entreprise contre le pian. » Il fit pression pour que le chef de la mission antipianique et le Résident reformulent les modalités d'organisation de la campagne, afin qu'elles soient moins contraignantes pour les populations. Telle qu'il la décrivait, la campagne devait désorganiser sérieusement le travail dans les champs. Le quadrillage sanitaire avait alors un impact sur la vie économique et sociale.

Deux ans plus tard, ce fut le tour d'un autre administrateur territorial, celui de Biumba, de se plaindre de l'attitude de l'agent sanitaire de la région qui exigeait des populations de se trouver dès 7h30 au camp de recensement (314). Le fonctionnaire territorial signalait que pour ne pas être pris en défaut, « des théories de femmes, petits enfants et vieillards, munis de nourriture et de nattes, se rendent en direction du camp AMI de Buyoga vers la fin de l'après-midi. Ils ont reçu ordre de leur sous-chef de loger au camp pour être prêts à la convocation du lendemain matin et ne savent pas où ils vont loger. » Nous aurons l'occasion de revenir sur le fait que le quadrillage sanitaire pouvait entraîner des exigences accrues de la part des autorités locales qui s'en trouvaient renforcées.

L'agent sanitaire, interpellé par le fonctionnaire territorial, se contenta de répondre, au grand dam de son interlocuteur, que « si les indigènes aiment faire du camping et une fois déloger de chez eux, il n'avait rien à objecter. » Dans ce cas précis, l'agent sanitaire semble avoir eu une interprétation toute personnelle des nouvelles directives : en principe, les examinateurs devaient rester aussi longtemps que nécessaire sur une colline pour dépister et soigner tous les malades. Or cet agent ne venait que le matin, ayant « autre chose à faire l'après-midi », et faisait revenir le lendemain les personnes qui n'avaient pu être examinées avant midi. Pour l'administrateur territorial, ces exigences dénotaient une méconnaissance anormale des conditions de vie des populations : « l'agent sanitaire surestime la rapidité de déplacement de femmes encombrées d'enfants et de vieillards. Pour lui par exemple, Tumba est à une heure et demie de Buyoga. Cela est exact pour un indigène mâle et en bonne santé, mais nettement inexact pour la moyenne de la population. » Le seul atout reconnu par l'administrateur à l'égard de l'agent sanitaire était... son épouse qui « apport[ait] de la facilité pour l'examen des femmes et par suite pour la bonne marche du service AMI. » C'est le seul indice de la participation de femmes occidentales à l'examen antipianique que nous ayons trouvé. Or plusieurs épouses de médecins avaient une formation d'infirmière. Cette piste reste à creuser.

Jean-Paul Bado observe qu'en Haute-Volta, les populations furent soumises elles aussi, lors de la mission maladie du sommeil du Dr Jamot de 1932 à 1934 (la même période pratiquement que la mission antipianique au Ruanda), à de lourds déplacements, même si le médecin et sa mission se déplaçaient de camp en camp pour y ausculter les paysans. « Partout où lui et ses équipes passèrent, un agent de l'administration les précédait en principe de deux jours pour rassembler en des points précis, par groupes de 1 500 à 2 000 personnes, les populations vivant dans un périmètre de 10 à 20 kilomètres, parfois plus (...) Tous ceux que le médecin

313 Raphaël Coppens (°1904) était agent sanitaire. Il travailla au laboratoire de Kitega en 1930. Durant la campagne antipianique, il fut envoyé dans la région de Gabiro. Après celle-ci, il fut envoyé dans le territoire de Ruhengeri en tant qu'auxiliaire médical.

314 Lettre de l'AT de Byumba Buisseret au médépro, Byumba, le 16 décembre 1935 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°7). Les citations qui suivent sont tirées de ce courrier.

déclarait positifs, c'est-à-dire trypanosomés, étaient inscrits sur des registres, des listes et des fiches. Munis de leur carte de traitement, ils recevaient la première des six doses (...) À l'exception des grabataires transportés dans les hypnoseries les plus proches, tous les autres malades regagnaient leurs villages en attendant le prochain rassemblement. (...) On devine alors que l'agent utilisa la force pour regrouper et maintenir ces milliers de villageois loin de leurs maisons où ils devaient attendre des heures, voire un jour ou deux avant d'être examinés » (315). La question de la collaboration policière des autorités administratives et politiques se pose également pour le Ruanda. Nous y reviendrons.

Les pressions furent nombreuses pour demander une modification de la méthode de détection et de traitement du pian. Dans un premier temps, le chef de la mission et les autorités administratives adaptèrent à la marge les modalités d'application. Les distances exigées des populations furent réduites (on commença par restreindre la distance à vingt-vingt-cinq kilomètres, puis à moins de dix) : les déplacements ne devaient plus tenir compte des provinces, « de façon à ne pas obliger les indigènes à parcourir plus de 20-25 km de route pour recevoir les injections. Si après l'examen d'un cercle de 25 km de rayon, les malades devaient marcher davantage pour se rendre au centre d'injections, il y a lieu d'arrêter la prospection et attendre quelques semaines jusqu'à ce que les malades les plus distants aient reçu leur cure complète » (316). Les infrastructures destinées à les accueillir (hangars ou huttes d'attente) furent rendues plus confortables et systématisées. La durée du séjour de la mission sur chaque colline fut prolongée, afin de permettre aux malades habitant plus loin d'arriver sur place.

Les précautions de tact envers les femmes et jeunes filles furent accrues. On commença par recommander de commencer par les « femmes et filles de chefs, sous-chefs, notables Batutsi appartenant aux diverses collines, et si possible aux diverses provinces », « pour obvier aux faux bruits et rassurer les populations » (317). Vittorio Prati insistait sur le fait que les premières convocations devaient être très fermes : il fallait impérativement appliquer des sanctions en cas de désobéissance. Ces femmes et jeunes filles devaient subir un examen exemplaire en terme de respect des habitudes rwandaises : « Examinez ces gens à l'endroit où vous vous trouvez, une par une, avec beaucoup d'égards, de tact et de ménagements, sans la présence d'aucune femme bahutu, et, d'accord avec les maris, sans que les autres femmes batutsi soient présentes, une femme à la fois. Les femmes adultes n'aiment pas de se faire voir par les femmes plus jeunes et jeunes filles. L'inverse n'a pas la même importance. » Notons l'impact de la vision des classes sociales et ethniques sur l'organisation du travail sanitaire : ces critères n'avaient plus rien à voir avec la pratique médicale proprement dite.

Ces premières femmes examinées, issues des milieux de notables, devaient ensuite servir de porte-parole, une fois rentrées dans leur province ou sous-chefferie, « pour rassurer les bahutu. » Le travail d'information réalisé, « ces mêmes femmes (les plus âgées et plus intelligentes) vous aideront à l'examen des femmes et jeunes filles bahutu. » Le chef de la mission prévoyait en outre de ne pas insister en cas d'opposition prononcée : « si en procédant de la sorte vous deviez rencontrer encore des difficultés, il faudra quitter la région pour entamer une zone où les indigènes

315 J.P. BADO, *Médecine coloniale et grandes endémies...*, op. cit., p. 296-297.

316 Note du Dr Prati pour l'agent sanitaire Coppens à Gabiro, le 20 décembre 1933, en route (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4) .

317 Note du Dr Prati au Dr Portois, 20 décembre 1933, en route (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4). Les citations qui suivent sont tirées de cette note.

sont moins turbulents, quitte à la reprendre plus tard ou vers la fin de votre prospection. »

Cependant, malgré ces aménagements, les réticences restèrent si prononcées que, finalement, une modification décisive de la méthode fut adoptée dès la fin décembre 1933, soit moins d'un mois après le lancement de la campagne. Pourtant, le gouverneur provincial avait commencé par argumenter que dans d'autres régions, notamment à Léopoldville, des réticences du même type avaient pu être contrées. Il proposait de faire intervenir des intermédiaires : « Des femmes pourront être chargées, en cas de besoin, de l'examen des récalcitrantes. Il faut agir dans ce domaine avec une bienveillante persuasion et ne recourir à l'obligation qu'en toute dernière analyse » (318). Notons que cette remarque s'adressait aux fonctionnaires territoriaux et non au personnel médical : le quadrillage médical s'appuyait sur une action administrative et exécutive.

Il fallut de nombreuses remarques d'administrateurs, les mouvements armés de mécontentement des populations (dont nous reparlerons dans le troisième chapitre) et le poids de l'opinion du vicaire apostolique Léon Classe pour convaincre le Dr Prati et le gouverneur Jungers du bien-fondé d'un changement de politique : désormais, la détection des cas de pian chez les femmes serait basée sur la déclaration sur l'honneur et non plus sur l'examen clinique. Les autorités européennes renonçaient sous la pression des populations à une contrainte physique pour choisir désormais la contrainte morale : toute personne ne déclarant pas spontanément les cas dont elle avait connaissance était condamnable.

Les pressions du vicaire apostolique du Ruanda semblent avoir joué un rôle déterminant dans le basculement de politique. Dans une lettre habilement menée, Léon-Paul Classe protestait d'abord de sa bonne volonté (« J'ai tenu, monsieur le Gouverneur, à ce que l'expérience loyale et sérieuse soit d'abord faite, pour ne pas agir de parti pris »), appuyant ses dires sur les excellents résultats obtenus par la mission antipianique aux alentours des postes catholiques (« Ici, autour de la mission, tout se passe sans accident aucun : les gens ont été préparés à l'avance, on leur a tout expliqué et donné les raisons. La population marche, mais évidemment, à contre-cœur, parce qu'elle est disciplinée et bien encadrée », « le Père supérieur de Kabgaye (...) n'a pas ménagé sa peine pour expliquer et faire accepter les mesures prises et qui a réussi autant que c'était possible ») (319). Voici une trace de collaboration entre service de l'hygiène, administration et monde missionnaire.

Il n'avancait qu'ensuite tout le mal qu'il pensait de la méthode employée et les conséquences néfastes qu'il croyait en découler, sous couvert de franchise et de bonne volonté (« Pour éviter des inconvénients très graves, quelques uns possibles, d'autres certains, permettez-moi de vous dire franchement ce que je pense actuellement de la campagne antipianique, expérience faite »), en signalant que cette démarche était faite de concert avec le Dr Prati (avec lequel « j'ai parlé longuement (...) qui a pu se rendre compte des graves inconvénients de la méthode actuelle »). Le premier inconvénient majeur serait « qu'il en résultera la haine et la défiance pour les médecins et l'aversion pour le gouvernement qui, cependant, aura beaucoup dépensé pour la santé publique. Déjà maintenant commence à courir le

318 Lettre du GRU Jungers au RR, Usumbura, 22 décembre 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4).

319 Lettre du VA Léon Classe au GRU, Kabgaye, 23 décembre 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4). Les citations qui suivent sont tirées de ce courrier.

mot, cette année sera nommée " *Umwaka-w'itshyano*", l'année odieuse » (320). On le voit, le vicaire apostolique liait le politique et le sanitaire.

Mgr Classe s'étendait longuement sur le dégoût ressenti par les populations envers l'examen médical imposé à tous sans exception. Venait ensuite son argument déterminant. « N'est-il pas à craindre que par des personnes moins bien intentionnées, ou qui y verraient un avantage, soient lancés en Europe des bruits et des accusations très désobligeantes pour le Gouvernement, malgré le bien-fondé de son intervention et de ses dépenses ? Si facilement, se servant des réflexions apeurées de la population, on peut dénaturer la campagne entreprise. » Il estimait « que prolonger l'expérience serait dangereux et produirait plus de mal que de bien (...), qu'il y a[vait] tout à gagner à changer de méthode et beaucoup à perdre à maintenir l'examen général », que « la méthode actuelle, théoriquement la meilleure, [était] à cause des mœurs et coutumes du pays, dangereuse. » Il concluait en suggérant qu'« en changeant, on gagnera[it] la population lui faisant comprendre que, si la mesure était pour son bien, le Gouvernement ne veut pas lui imposer un sacrifice odieux même pour son bien et n'hésite pas à changer de méthode, lui demandant que les malades se déclarent pour qu'on puisse les soigner. »

Cette argumentation fut soigneusement examinée au gouvernement à Usumbura, d'autant qu'elle était renforcée par celles du Dr Prati et du *mwami* Rudahigwa qui « n'a pas caché les appréhensions qui le tourmentaient à ce sujet » (321). Aux éléments avancés par les missionnaires catholiques, Vittorio Prati ajouta des arguments plus pragmatiques, susceptibles de convaincre des administratifs. « De grands avantages (...) résulteraient à un autre point de vue de la suppression de l'examen complet et général de toutes les femmes indigènes : si tous les membres de la Mission ne sont plus obligés de procéder à ces examens nombreux qui demandent un certain temps, ils pourront avec grand profit s'occuper plus activement et plus efficacement du traitement des nombreuses autres affections dont souffrent les indigènes (ulcères, etc.). » Cette rhétorique fit mouche et le gouverneur décida le 26 décembre de « supprimer dans la méthode actuelle l'examen général et complet de toutes les femmes, quitte à exiger, sans faiblesse aucune, la déclaration spontanée de tout cas de pian de tous les malades indistinctement, y compris évidemment toutes les femmes » (322).

De nouvelles directives furent alors élaborées par Vittorio Prati à destination des membres de sa mission et des fonctionnaires territoriaux. Le *mwami* fut chargé de les communiquer en kinyarwanda à tous ses chefs et sous-chefs. Ces directives portaient sur trois points principaux : « 1) les femmes indigènes ne seront plus astreintes à se déshabiller pour subir l'examen au point de vue du pian ; 2) il y a donc lieu de se montrer d'autant plus sévère et d'exiger rigoureusement la déclaration spontanée de la part de chaque indigène qui est atteint du pian. Cette déclaration est obligatoire en tout temps, tant pour les malades eux-mêmes, que dans le chef du père pour ses enfants, du mari pour ses femmes et du chef de colline

320 *Shyano* signifie à la fois beauté extraordinaire et accident, malheur, mauvais sort, chose inconvenante (cfr. P. SCHUMACHER, *Dictionnaire phonétique...*, op. cit.).

321 Selon la lettre du conseiller juridique Taquet pour le GRU empêché, au RR, Usumbura, 26 décembre 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4). Taquet cite le Dr Prati à plusieurs reprises. Les citations qui suivent sont tirées de ce courrier.

322 Pourtant, selon les sources des Pères Blancs, ce ne fut que le 10 janvier 1934 que Vittorio Prati, qui avait rencontré Mgr Classe, « décide aussitôt, par crainte de trop émouvoir la population, et parce que la chose n'est pas absolument nécessaire, d'interdire l'examen complet des femmes. Cette décision est accueillie avec joie par toute la population » (Diaire PB Kabgaye, 10 janvier 1934, APB, Rome).

pour ses administrés, pour autant qu'il en ait connaissance ; 3) *le chef de colline doit toujours être présent pendant l'examen* et veiller à ce que les déclarations faites par les indigènes soient sincères et à ce qu'aucun malade ne se soustraie au diagnostic et au traitement complet » (323).

Ces directives générales étaient justifiées par « le fait que les femmes indigènes éprouvent une répugnance invincible à subir l'examen gynécologique approfondi quand elles ne sont pas malades » (324). Restait le problème des femmes effectivement atteintes du pian qui devaient, elles, se soumettre à l'examen et au traitement. Les médecins et agents sanitaires s'appuyèrent sur des femmes rwandaises pour les aider dans ces examens délicats.

Le changement de méthode résidait essentiellement dans le fait que les médecins et agents sanitaires ne devaient plus « procéder à aucun examen intime (parties sexuelles) des femmes, ni même (...) les astreindre à se déshabiller d'une façon quelconque. Il ne sera procédé à ces examens intimes qu'à la demande formelle des intéressées et avec la plus grande discrétion » (325). Cette modification ne concernait que les femmes. « Il va de soi que les indigènes du sexe mâle devront continuer à subir l'examen complet, mais encore une fois avec toute la discrétion possible, et les Batutsi séparément. » On le voit une fois encore, les médecins séparaient les populations sur base de critères ethniques, peut-être sous la pression des autorités locales. Ceci reste à élucider.

Corollaire de ce changement de tactique : une très grande sévérité à l'égard des malades atteintes du pian qui ne déclareraient pas leur maladie. Le gouverneur provincial insista fortement sur ce point au début de l'année 1934 : « en cas de pian non apparent, localisé par exemple aux parties intimes, (...) les pianiques de race non européenne qui se présentent devant l'autorité médicale sont obligés de déclarer spontanément qu'ils sont atteints de pian. (...) Il doit d'ailleurs en être d'autant plus ainsi que le déshabillage obligatoire et complet des femmes et jeunes filles indigènes n'est plus pratiqué. L'abandon du déshabillage obligatoire et complet des femmes et jeunes filles nécessite et justifie donc la plus grande sévérité dans l'exigence absolue des déclarations spontanées des cas de pian » (326). Comme nous le détaillerons dans le troisième chapitre, les administrateurs territoriaux des diverses régions du Ruanda se montrèrent unanimes pour reconnaître que l'attitude des populations envers la campagne antipianique changea dès que l'examen systématique des femmes et jeunes filles fut abandonné.

Il n'en reste pas moins qu'ici et là, des excès étaient commis. Les Pères Blancs de la mission de Rulindo accusèrent un agent sanitaire de laisser ses infirmiers africains harceler les jeunes filles à l'occasion des dépistages et des soins antipianiques, trois ans après le changement de politique opéré par les autorités médicales. « Les gens qui vont chez le Dr Hanse pour les injections se plaignent de ses infirmiers gâtés qui essayent de séduire les jeunes filles à qui ils doivent donner des injections » ; « la modestie des Banyarwanda s'envole de plus en plus à cause des examens médicaux. jamais on ne pourra empêcher des abus dans ces circonstances. Les

323 Citées dans la lettre du conseiller juridique Taquet pour le GRU empêché, au RR, Usumbura, 26 décembre 1933 et dans la lettre du RR Simon aux AT, Kigali, 29 décembre 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4). Nous soulignons.

324 Lettre du RR Simon aux AT, Kigali, 29 décembre 1933, *op. cit.*

325 Lettre du GRU Jungers au RR, Usumbura, 3 janvier 1934. Urgent (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4). Les citations de ce paragraphe sont tirées de ce courrier.

326 Lettre du GRU Jungers au RR, Usumbura, 16 mars 1934 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4).

infirmiers sont des gens corrompus qui trouvent facilement l'occasion de séduire les filles » (327). Les missionnaires rapportaient que des sous-chefs vendaient des jeunes filles aux infirmiers de la mission antipianique. Une fois au moins, la jeune fille étant chrétienne, les missionnaires et le sous-chef chrétien de la région réagirent. Les Pères Blancs se plaignirent du fait que « le Dr Hanse a fait opposition à Lwampungu, protégeant l'immoralité de ses infirmiers » (328).

g) Ampleur de l'action sanitaire mise en place

Les statistiques couvrant la période de la campagne antipianique témoignent du nombre élevé de consultations réalisées dans toutes les régions du Ruanda. Certes, l'important semblait de montrer le grand nombre de personnes examinées, davantage que de souligner ce qui restait à faire. Selon le Dr Lechat, les médecins travaillaient à cette époque dans la perspective d'un chiffre à atteindre (le nombre de malades ou de cellules familiales visitées sur un nombre total à examiner) (329). Leurs statistiques et commentaires indiquaient dès lors une prévalence, c'est-à-dire une vision en coupe donnant le volume global d'une maladie à un moment déterminé. Ce ne fut que très progressivement que l'on en arriva à une conception de l'incidence des maladies, c'est-à-dire la mesure de l'efficacité, montrant si le fait d'avoir examiné x % de personnes entraînait ou pas une diminution des pathologies visées. Il va sans dire que durant la campagne antipianique, chacun visait le compteur du nombre d'examens réalisés. Et ces chiffres étaient, il est vrai, impressionnants, comme en témoigne le tableau n°25.

Les membres de la Commission permanente des mandats se montrèrent sceptiques devant ces sommes énormes. En 1936, le comte de Penha Garcia par exemple, estimait « peu probable que ces chiffres correspondent à la réalité » (il avait calculé que près de 450 Rwandais étaient traités par jour et par membre du personnel européen, ce qui lui paraissait impossible) (330). D'où sa conclusion, doublée d'une question : « il faut donc les interpréter autrement. S'agit-il d'une sorte de recensement ou encore d'un total pour les années 1933 à 1935 inclus ? Même dans ce cas, on aboutirait à une moyenne supérieure à 150 indigènes examinés par jour et par personne. » Le membre britannique de la Commission, William Hailey émit alors l'hypothèse qu'« il s'agit d'examens effectués par des équipes de prospection, système suivi par d'autres pays, et qui permet de procéder quotidiennement à un nombre considérable d'examens ». Le représentant accrédité de la Belgique, Michel Halewyck confirma et expliqua le système mis en place pour cette mission antipianique. « En plus de médecins et d'assistants indigènes, des équipes comprennent des assistants européens spécialement formés. Pour que personne, dans la région prospectée, n'échappe à l'action médicale, l'Administration y oblige tous les indigènes à se présenter à la visite. Reconnus malades, ils sont tenus de suivre un traitement. »

Lors de la session de 1938, le représentant belge revint sur la question et déclara qu'il avait « fait part au Dr Duren des doutes qui avaient été émis au sein de la Commission des mandats au sujet du nombre énorme d'indigènes que les rapports

327 Diaire PB Rulindo, 8 février et 17 février 1936 (APB, Rome). Marcel Hanse (*1900) était agent sanitaire et non médecin. Engagé en 1926, il travailla dans la région de Shangugu et dans le nord du territoire de Kigali.

328 Diaire PB Rulindo, 1er mars 1936 (APB, Rome).

329 Notre discussion avec le Dr Lechat à son domicile en décembre 20002 fut très éclairante à ce sujet.

330 SDN. CPM, *Procès-verbaux de la 30e session tenue à Genève du 27 octobre au 11 novembre 1936*, op. cit., p. 170. Les citations suivantes (Penha Garcia, Hailey et Halewyck) sont extraites de ce procès-verbal, aux p. 170-171.

prétendent être examinés, au cours d'une année, par quelques médecins. Le docteur a confirmé l'exactitude des exposés » (331). Halewyck décrit dans les détails la méthode de travail du FOREAMI transposée au Ruanda, qui expliquait le nombre élevé de personnes examinées. Nous l'avons mentionné *supra*.

En 1939, le médecin en chef de la Colonie lui-même, Lucien Van Hoof, se déplaça à Genève pour défendre cette méthode devant la Commission (332). Il reconnut qu'« il se conçoit que cette organisation ait éveillé un certain scepticisme. Pour dix médecins, la charge d'examiner cette masse d'indigènes paraît écrasante. En fait, elle était très lourde. Mais le Ruanda-Urundi pouvait déjà, en 1932 et 1933 bénéficier de l'expérience acquise par le FOREAMI (Fonds Reine Élisabeth pour l'assistance médicale aux indigènes) qui par ailleurs lui a donné une aide financière pour appliquer précisément cette méthode dans l'aire endémique de maladie du sommeil du lac Tanganyka et de la vallée de la Ruzizi. De plus, le réseau routier s'est rapidement développé et les médecins ont reçu comme renfort des agents sanitaires, des infirmiers noirs, des clercs et des commis indigènes. Il faut tenir compte enfin de la méthode de travail qui permet à une équipe médicale d'examiner en un temps record le plus grand nombre d'indigènes. »

La méthode décrite montrait que l'on était loin d'une pratique de la médecine privée, individualisée, comme en Europe. Il s'agissait d'un travail véritable à la chaîne. Dans ce cadre, les chiffres de malades traités prennent de l'importance. Il convient en effet de comparer le nombre de personnes examinées à celles qui furent effectivement soignées durant cette campagne. Une partie des patients furent traités pour l'une des grandes maladies ciblées (principalement le pian, mais aussi la lèpre et les ulcères divers) sur place ; d'autres furent envoyés dans les polycliniques et hôpitaux, pour d'autres affections. Le rapport entre le nombre de cas de ces trois pathologies et celui des patients traités en polyclinique témoigne du fait que beaucoup d'autres maladies furent également prises en charge dans le cadre de la mission antipianique (voir les tableaux n°19 et n°25-26).

Le total de patients pianiques traités remet en question les estimations antérieures sur l'incidence de cette maladie dans la société rwandaise. Le gouverneur général Pierre Ryckmans en convint en 1936 devant la Commission permanente des mandats à Genève : « autrefois, quand nous voyions arriver des quantités de pianiques, se présentant souvent avec de vieilles plaies qui avaient provoqué des mutilations, nous avions l'impression (...) que le nombre des pianiques, du moins dans certaines régions, pouvait atteindre 80% du total de la population. Maintenant que ces pauvres gens sont visités de près, et non plus seulement ceux qui sont assez malades pour venir consulter le médecin, mais aussi ceux que l'on va trouver chez eux, on se rend compte que la proportion des pianiques est bien moins importante qu'on ne l'avait imaginé » (333). Entre 1934 et 1938, la proportion de pianiques par rapport aux personnes examinées se situait autour de 2,2%. Il serait néanmoins utile de savoir sur quelles bases les patients étaient traités : s'agissait-il de ceux dont les symptômes étaient visibles, ou également de ceux qui se déclarèrent en période de

331 SDN. CPM, *Procès-verbaux de la 35e session tenue à Genève du 24 octobre au 8 novembre 1938*, op. cit., p. 68-69. Albert Duren (1891-1971), inspecteur de l'hygiène au ministère des Colonies, s'était spécialisé dans les maladies tropicales, notamment la fièvre jaune. Il fut conseiller médical du ministre des Colonies.

332 SDN. CPM, *Procès-verbaux de la 37e session tenue à Genève du 12 au 21 décembre 1939*, op. cit., p. 46.

333 SDN. CPM, *Procès-verbaux de la 30e session tenue à Genève du 27 octobre au 11 novembre 1936*, op. cit., p. 133.

rémission ? La différence entre les estimations et le nombre de personnes effectivement traitées trouve peut-être son origine dans le fait que les recensements effectués à la chaîne laissaient passer des cas moins flagrants. Il est impossible de trancher sur base des sources que nous avons exploitées. Ceci mériterait une enquête plus approfondie.

L'examen de la campagne antipaludique mise sur pied dans le courant des années 1930 apporte un éclairage étonnant sur la pratique sanitaire mise en place par les services mandataires belges. En effet, sous un angle purement médical, il s'avère qu'un quadrillage soutenu fut mis en place à l'échelle de tout le pays. Toute la population dut se soumettre, sans exception, au recensement médical, à la contrainte d'un dépistage ou d'une déclaration volontaire (pour les femmes) et d'un traitement médicamenteux. Avant de passer aux autres acteurs qui collaborèrent au travail sanitaire, il nous reste à scruter la politique d'hygiène publique telle qu'elle était conçue et appliquée par le corps médical et sanitaire du Ruanda.

E. HYGIENE PUBLIQUE

S'il est une sphère permettant un quadrillage sanitaire, c'est probablement bien celle de l'hygiène publique : la gestion de l'eau potable, des agglomérations, des ordures, des inhumations, etc. relevait par excellence des pouvoirs publics et faisait l'objet d'une législation abondante. Un rapide parcours de cette législation permet d'y déceler les lignes directrices sous-jacentes. *Grosso modo*, cette législation était répartie en trois grandes catégories : alimentation (boissons alcooliques, denrées alimentaires, viandes destinées à l'alimentation), hygiène des agglomérations (cette rubrique fourre-tout comprenait des sujets aussi variés que l'hygiène des agglomérations proprement dite, la pollution et la contamination des eaux, les prisons, les voiries et constructions, les hôtels, les cimetières et les vêtements usagés) et hygiène des groupements dits « indigènes » (coutumiers et non coutumiers). Comme l'a écrit Nancy Hunt, « hygiene in the Belgian Congo became a colonywide enterprise to remake, sanitize, and discipline native space, homes, gender and sexual relations, and eating and elimination practices » (334).

Les hygiénistes contribuaient grandement à déterminer la possibilité des relations entre monde colonial et monde colonisé, le lieu où elles pouvaient se dérouler et leur nature. On constate ce type de phénomène dans tous les espaces colonisés, avec des variantes dans l'application selon les autorités coloniales locales et les théories en cours. David Arnold souligne que « science – and the fear of catching 'native' diseases – provided a pretext to withdrawing from closer social contact and for locating European residential areas from 'native reservoirs' of disease in the bazaars, townships, slums and coolie lines. In the extreme case of South Africa medically-inspired social segregation hastened the move to the racial segregation of an incipient apartheid; but it has its counterparts elsewhere, especially in British West Africa around the turn of the century, and for a while racial segregation became a general rubric of sanitary administration set by the Imperial government for all [its] tropical colonies » (335). Selon Philippe Curtin, Léopoldville fut le point culminant de cette séparation des quartiers européens et africains, abstraction faite de l'Afrique du Sud (336). Phyllis Martin a également observé ce phénomène de

334 N.R. HUNT, *A Colonial Lexicon...*, *op. cit.*, p. 130.

335 D. ARNOLD, « Introduction: disease, medicine and empire », *op. cit.*, p. 8.

336 Ph.D. CURTIN, « Medical Knowledge and Urban Planning in Tropical Africa », in *The American Historical Review*, XC, n°3, 1985, p. 594-613.

ségrégation des espaces sous couvert de prévention sanitaire à Brazzaville, notamment pour les quartiers résidentiels européens, à travers une analyse plus large de la vie de loisirs en contexte urbain (337).

La ségrégation sanitaire exista dès les années 1880 en Afrique centrale et devint même un thème majeur des plans de villes (338). Se préoccupant d'abord du personnel de maison des Européens, elle s'étendit progressivement à l'ensemble de la population africaine, potentielle vectrice de maladies. Si l'on observe la législation appliquée au Ruanda dans le domaine de l'hygiène publique, l'un des éléments les plus frappants est effectivement le souci de protéger la santé des Européens travaillant et vivant dans le pays. Les réglementations visaient à sérier les espaces sous couvert d'hygiène publique générale, imposer des mesures de prophylaxie aux abords des agglomérations européennes, interdire les activités industrielles ou semi-industrielles des Rwandais (abattoirs, fabriques de savon indigène...) à proximité des habitats et bureaux des Occidentaux, etc.

Une des mesures les plus claires de ségrégation, sous couvert d'hygiène, concernait le lieu de résidence des populations africaines : leur accès aux quartiers européens des circonscriptions urbaines était limité : à partir de 1927, l'ordonnance du gouverneur général du 29 mars 1926 qui réglementait « pour motif d'hygiène » le droit de résidence dans les quartiers européens des circonscriptions urbaines fut d'application au Ruanda-Urundi. L'autorisation pour « les personnes de couleur ou de race non européenne » de résider dans le quartier européen était limitée au personnel de maison. À tout moment, le Résident pouvait y mettre fin pour infractions aux ordonnances sur l'hygiène et la salubrité des localités. Toute « personne de couleur ou de race non européenne » se trouvant sans autorisation dans un quartier européen pouvait être punie de sept jours de prison et deux cents francs d'amende. Les villes étaient scindées en quartiers pour Européens et quartiers pour « indigènes », quartiers pour swahilis et asiatiques, etc. Le contrôle des quartiers faisait en outre l'objet d'ordonnances différentes selon l'origine ethnique des habitants.

Un autre pan de cette législation concernait l'environnement général (sources, dépôts d'immondices, lieux d'inhumation, etc.) et l'habitat rural, dénommé « circonscriptions indigènes ». Comme toute législation, celle concernant l'hygiène publique était marquée par la contrainte et les ordres venus des autorités. Ces obligations concernaient d'abord la propreté des villages, notamment la destruction des herbes, buissons et arbrisseaux dans un rayon déterminé et le déboisement des rives des cours d'eau baignant les villages jusqu'à une distance déterminée en amont et en aval des limites de l'agglomération (visiblement un transplant venu du Congo belge, car l'habitat rwandais était caractérisé par sa dispersion en cellules familiales ou *rugo*). Elles visaient aussi les questions de santé publique : aménagement de lazarets provisoires pour malades contagieux, établissement d'installations hygiéniques à l'extérieur des villages, exécution des travaux jugés utiles par les médecins, établissement de cimetières à l'écart des habitations, etc.

En réalité, le secteur de l'hygiène publique en était encore à ses débuts au milieu des années 1920 au Congo, et *a fortiori* dans les territoires nouvellement administrés du Ruanda-Urundi. L'ancien médecin en chef de la colonie Jérôme

337 Ph.M. MARTIN, *Leisure and Society in colonial Brazzaville*, Cambridge, 1995, notamment p. 35-36

338 Voir entre autre l'introduction générale de la thèse de Johan Lagae (J. LAGAE, "*Kongo zoals het is*". *Drie architectuurverhalen uit de Belgische koloniatiesgeschiedenis (1920-1960)*, Doctoraat in Toegepaste wetenschappen : architectuur, Université de Gand, 2002).

Rodhain justifiait le retard pris par « la section spécialisée de l'hygiène publique proprement dite » par le fait que « sa progression a été sacrifiée à celle de l'assistance médicale indigène » (339). En 1926, il y avait pour tout le Congo et le Ruanda-Urundi deux médecins hygiénistes et un troisième non spécialisé dans le service de l'hygiène publique. Rodhain suggérait de s'inspirer du modèle anglo-saxon en engageant des techniciens ingénieurs, ce qui nous donne une idée de la conception de l'hygiène publique en vigueur à cette époque : une affaire de techniciens et d'ouvriers, plus que de médecins ou d'agents sanitaires. De manière générale, les services publics coloniaux limitaient leur action d'hygiène publique aux cités et agglomérations (340).

En 1925, un emprunt fut engagé par l'administration des territoires sous mandat belge auprès du gouvernement belge afin d'équiper le Ruanda-Urundi en infrastructures, entre autres dans le domaine de l'hygiène publique (341). Cet emprunt, amorti sur trente ans et basé sur un taux d'intérêt de 6%, était à la charge du budget ordinaire du Ruanda-Urundi. Une partie en fut affectée à « l'hygiène des postes » (adduction d'eau, constructions d'abattoirs, etc.), mais il s'agissait d'une somme minime dans l'ensemble de l'investissement en infrastructures (250 000 francs sur un total de vingt millions, soit 1,25%).

Des commissions d'hygiène furent prévues dès 1921 pour surveiller tout ce qui concernait la santé publique, étudier les questions de salubrité publique, indiquer à l'autorité compétente les mesures à prendre pour améliorer l'état sanitaire et enrayer les épidémies. Il s'agissait avant tout d'une mission d'inspection des « habitations et dépendances des Blancs et des gens de couleur » dans la circonscription où la commission avait été créée. Les rapports de ces inspections devaient parvenir au Résident qui les transmettait au gouverneur provincial. C'était également une mission d'information (donner tous les renseignements sur la salubrité publique et l'hygiène demandés par l'autorité administrative ou judiciaire, avertir immédiatement le Résident dès l'apparition d'une maladie transmissible ou pouvant devenir épidémique ou épizootique). On retrouve le contrôle de l'administration sur le service médical.

La mission d'inspection fut précisée en 1927 (342) : les médecins chargés du service de l'hygiène, ainsi que les commissions d'hygiène, étaient autorisés à accéder aux lieux privés des Occidentaux. Les autres bâtiments pouvaient être visités par tout fonctionnaire ou agent européen. Les membres de ces commissions étaient officiers de police judiciaire et avaient compétence dans les limites de la circonscription où ils exerçaient leurs fonctions pour rechercher et constater toutes infractions aux lois concernant l'hygiène, la salubrité publique et l'art de guérir. La copie des procès-verbaux adressés aux contrevenants devait être adressée à l'officier du ministère public.

Dans la pratique, les commissions étaient sollicitées pour remettre un avis sur le choix des nouveaux postes et l'emplacement des cités « indigènes » établies à proximité des postes administratifs, sur la disposition et l'aménagement des constructions, en bref, sur toute mesure intéressant directement ou indirectement la

339 J. RODHAIN, « Les grands problèmes de l'hygiène et l'organisation du service médical... », *op. cit.*, p. 16.

340 P.G. JANSSENS, « Comparative aspects: I. The Belgian Congo », *op. cit.*, p. 222.

341 *RAC 1925*, p. 110 ; *RAC 1926*, p. 109.

342 Décret du 17 août 1927, modifiant le décret du 19 juillet 1926 sur l'hygiène et la salubrité publique (*RAC 1928*, p. 132).

santé des « indigènes » (343). Elles devaient également signaler aux Résidents les emplacements de stations « défectueux point de vue de l'hygiène » et leur suggérer les mesures à prendre (344). Les commissions d'hygiène coordonnaient les efforts des services médicaux dans les différents centres où elles fonctionnaient. Leur avis était indispensable avant de donner l'autorisation d'installer des établissements insalubres dans les circonscriptions urbaines et de définir les modalités de travail et de composition des brigades sanitaires (345).

Ces commissions, composées d'Européens du cadre de l'administration, devaient être présidées par un médecin. Pendant plusieurs années, l'unique commission du Ruanda fut établie à Kigali. En 1937, deux nouvelles commissions furent établies à Astrida et Kisenyi ; en 1938, ce fut le tour de Ruhengeri (346). Théoriquement, les médecins devaient être consultés sur toutes les questions relatives à l'amélioration de l'hygiène publique dans les centres. Ils faisaient d'ailleurs partie des commissions d'hygiène. Cependant, le médecin en chef Giovanni Trolli signala en 1930 que « certains médecins se plain[ai]ent de ne pas être consultés pour certaines questions générales d'hygiène, distribution d'eau, etc. » (347)

Dans la pratique, une série de problématiques faisaient l'objet des préoccupations et des actions de divers acteurs coloniaux. La plupart concernaient les agglomérations où vivaient et travaillaient des Européens (hygiène des agglomérations, nettoyage des postes administratifs, gestion des immondices, gestion de l'eau, etc.)

§ 1. Les agglomérations

L'entretien et la surveillance des postes administratifs et des agglomérations où vivaient des Européens avait pour objectif de les maintenir dans un état sanitaire aussi satisfaisant que possible. Il visait à éviter les dépôts d'immondices, vecteurs de maladies (via les rats, mouches et autres parasites), mais également le nettoyage régulier des voiries, le débroussaillage des espaces publics (voiries, places, espaces verts) et privés (jardins et dépendances des maisons), le drainage des eaux stagnantes pour empêcher les moustiques anophèles d'y trouver des gîtes propices (curage des fossés, techniques d'assèchement telles que la plantation d'arbres exigeants en eau), la protection des sources d'eau potable, etc. Les fonctionnaires territoriaux furent sollicités dans ce domaine, comme nous aurons l'occasion de le voir dans le prochain chapitre.

Par ailleurs, des brigades sanitaires furent créées dans le courant des années 1920 pour réaliser ces travaux. Leur personnel était clairement identifiable par le port « d'un insigne distinctif très apparent ou d'un uniforme spécial » (348). Les statistiques ne différencient pas le Ruanda et l'Urundi sur cette question (349). Par contre, les rapports locaux permettent de déceler la première trace de brigade sanitaire au Ruanda en 1929 à Kisenyi (un travailleur était affecté au nettoyage du poste). Cela donne une indication de l'importance toute relative de certaines de ces brigades.

343 RAC 1924, p. 15.

344 RAC 1925, p. 73.

345 PV de la CH de Kigali, 28 septembre 1939 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°1).

346 P. LEROY et R. BELLON, *Législation du Ruanda-Urundi (Matières sociales et économiques)*, Bruxelles, 1960, p. 122).

347 Lettre du GRU p.i. Postiaux au RR, Usumbura, 26 mai 1930 (AA, Bruxelles, dossier RWA 535 n°2), donnant des extraits de la note du 3 mai 1930 du Dr Trolli.

348 RAC 1928, p. 132.

349 Voir le tableau n°27 dans le volume documentaire.

Ensuite, nous ignorons tout d'éventuelles brigades sanitaires au Ruanda jusqu'en 1938, date à laquelle le besoin de créer une brigade d'entretien organisée par et dépendant du service médical fut répété à plusieurs reprises par la Commission d'hygiène de Kigali, « car le contingent de prisonniers ne peut suffire (c'est-à-dire le petit nombre de prisonniers restant disponible en dehors des corvées obligatoires) » (350). C'est finalement en 1940 que cette commission obtint les crédits pour l'établissement d'une brigade permanente. Sa création fut annoncée par voie d'affichage ; les riverains furent avertis de l'instauration de visites d'inspection périodiques autour des habitations. Outre cette brigade de travailleurs rémunérés, la Commission d'hygiène de Kigali demandait un contingent fixe de vingt prisonniers (351). À Astrida, une équipe quotidienne de vingt détenus était mise à disposition du service de l'hygiène pour assurer la réalisation des divers travaux projetés par la commission d'hygiène (352).

Nous envisagerons ici les diverses agglomérations urbaines (européennes, commerciales, asiatiques et africaines) existant aux abords des postes administratifs. L'habitat rural sera traité dans un paragraphe ultérieur. L'hygiène publique dans les agglomérations urbaines était conçue différemment selon qu'il s'agissait d'agglomérations européennes ou d'agglomérations dites « indigènes » ou « de couleur » (asiatiques, swahilies). Comme nous l'avons déjà évoqué, le premier principe d'organisation urbaine était celui de la séparation des zones d'habitat selon la couleur de la peau, avec quelques exceptions. Il s'appuyait sur des arguments d'hygiène publique. Il y avait un grand cloisonnement par milieu d'origine et par fonction. Les Européens, Asiatiques et Africains ne pouvaient pas résider dans les mêmes quartiers. Cette interdiction était également valable entre Africains (Rwandais, Swahili) et Asiatiques : les populations autochtones ou swahilie ne pouvaient pas résider dans un quartier commercial asiatique. Kigali possédait un quartier swahili en 1920 (353).

En 1927, une ordonnance imposa la création de quartiers distincts pour les personnes « de race européenne » dans les circonscriptions urbaines sous couvert de « motif d'hygiène » (354). Les personnes « de couleur ou de race non européenne » ne pouvaient y résider que moyennant une autorisation écrite de l'autorité territoriale. Les Européens étaient autorisés à loger dans les dépendances de leur logement ou de leur établissement deux serviteurs et leur famille (femme et enfants). Cette autorisation était révisable.

La législation sur les agglomérations urbaines et les quartiers commerciaux occupés par des Asiatiques comprenait des directives concernant la salubrité des bâtiments, les normes de construction (dimensions, ventilation, latrines, matériaux, écoulement des eaux, débroussaillage, immondices, etc.). L'administrateur territorial pouvait interdire l'occupation de logements compromettant la salubrité et la sécurité des habitants. Les infractions étaient punies de maximum huit jours de servitude pénale et/ou d'une amende de maximum deux mille francs. Cette

350 PV de la CH de Kigali, 29 et 31 mars 1938 ; 12 et 16 mai 1938 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°1).

351 Lettre du médecin président de la CH de Kigali au RR, 16 janvier 1940 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°7).

352 PV de la CH d'Astrida, 27 janvier 1938 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°1).

353 PV de la CH de Kigali du 8 janvier 1920 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°1).

354 Ordonnance n°27 du 18 novembre rendant exécutoire au RU l'ordonnance du GG du 29 mars 1926 réglementant « pour motif d'hygiène » le droit de résidence dans les quartiers européens des circonscriptions urbaines (*RAC 1927*).

législation concernait également la présence d'animaux domestiques et d'élevage (les *kraals* à ciel ouvert étaient interdits dans les quartiers européens). La lutte contre les rongeurs et leur destruction par différents moyens (gaz asphyxiants, poisons ou pièges) était obligatoire dans les circonscriptions urbaines, les centres miniers, agricoles, industriels et commerciaux.

À la fin des années 1930, les commissions d'hygiène effectuaient régulièrement la visite des habitations et dépendances occupées par des Européens, mais également des quartiers commerciaux asiatiques et africains. Elles passaient systématiquement en revue divers aspects des constructions et dépendances occupées par les Européens et leurs domestiques : sanitaires, poubelles, évacuations d'eau, débroussailllements. La plupart du temps, les visites des quartiers européens donnaient lieu à un *satisfecit*, ou à des remarques peu nombreuses et peu critiques.

Les commentaires sur les quartiers occupés par des Asiatiques et des Swahili étaient moins favorables. Faut-il y voir une sévérité ou des *a priori* plus importants envers cette population, un choc de cultures (des conceptions différentes de la salubrité d'un logement) ou encore des raisons économiques, les Européens disposant peut-être de revenus plus élevés leur permettant d'effectuer les aménagements nécessaires ? Les constructions étaient décrites en tout état de cause comme étant « dans un état très mauvais » (355). En 1937, sur vingt-huit parcelles inspectées dans le quartier commercial de Kigali, sept furent déclarées dangereuses en terme de santé et de sécurité, et leur destruction immédiate demandée par la commission d'hygiène. Les autres étaient pour la plupart décrites en des termes peu flatteurs (« très sale, non hygiénique, non entretenu, laisse beaucoup à désirer, état sanitaire très mauvais, état salubre des plus mauvais, état hygiénique désastreux », etc.) Souvent, il n'y avait pas de toilettes pour les *boys*, pas de plafond ni de lumière et d'aération, les cours étaient sales, les w.-c. non couverts, les bacs à ordures manquaient ou n'avaient pas de couvercle, il y avait des eaux stagnantes dans des fosses ou de vieux récipients, les cours n'étaient pas nettoyées et débordaient de « détritiques de toutes sortes jonchant le sol tant à l'intérieur de la parcelle qu'aux alentours immédiats », etc. (356) Dans de rares cas, l'état général était déclaré comme « propre ou assez propre. » Cependant, au fil des inspections, les commissions d'hygiène constatèrent des améliorations et estimèrent que ces parcelles étaient mieux entretenues. Les occupants tenaient compte des remarques faites par l'administration et les commissions d'hygiène. Ces remarques avaient valeur contraignante : on pouvait imposer immédiatement la suppression d'un établissement ou la réalisation de travaux d'aménagement.

Les sanctions appliquées pouvaient être lourdes. Certains exemples donnent à penser qu'elles étaient appliquées avec plus ou moins de sévérité selon qu'il s'agissait de commerçants européens ou « de couleur ». Par exemple, à Ruhengeri en 1939, quatre hindous furent condamnés à des amendes de cent à deux cent cinquante francs pour non-respect des directives faites par l'administration, alors que l'hôtelier européen continuait de temps à autre à loger des passagers en toute impunité dans son hôtel « dont la seule chambre libre ne correspondait pas aux conditions d'hygiène » (357). On constate que l'argument de l'hygiène publique débouchait sur une forme de ségrégation ou de mépris.

355 PV de la CH de Kigali, 29 et 31 mars 1938 ; 12 et 16 mai 1938, *op. cit.*

356 PV de la CH de Kigali, 10 et 14 septembre 1937 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°1).

357 Rapport de la CH de Ruhengeri, 27 octobre 1939 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°1).

L'administration faisait nettoyer dès le lever du jour les bâtiments de l'État (habitations, bureaux) et les latrines publiques, ainsi que les voiries, fossés et caniveaux par une main-d'œuvre souvent prélevée parmi les prisonniers, et plus précisément, selon l'administrateur de Rukira en 1925, par les prisonniers hutu (358). Ici encore, la santé croise la politique et l'administration : les préjugés ethniques débouchaient sur des activités différentes en fonction de l'origine.

Les autorités médicales prirent en outre des mesures draconiennes en terme de destruction de bâtiments considérés comme vétustes ou dangereux. Les huttes en matériaux provisoires devaient être déplacées ou détruites. Les bâtiments en matériaux durables ne répondant plus aux normes d'hygiène devaient être brûlés ou détruits. Tout bâtiment abandonné était considéré comme dangereux, car d'une part la vermine y proliférait, et d'autre part des Africains risquaient de venir s'y installer. À Kigali, la commission d'hygiène observa que les bâtiments abandonnés « servent de logement à des vagabonds et autres indigènes qui viennent au dispensaire de l'hôpital (...) Il faut les détruire ou les faire occuper après désinfection » (359).

À plusieurs reprises, le choix fut fait de déplacer un quartier administratif, commercial ou résidentiel pour des raisons d'hygiène. Ce fut le cas à Kigali pour le quartier commerçant swahili en 1920, pour le quartier administratif au milieu des années 1920, puis pour le quartier swahili à la fin des années 1930. Cela se produisit également à Kisenyi, où le village swahili fut déplacé en 1939, ou encore à Ruhengeri où le quartier commercial hindou fut déplacé et l'ancien quartier démoli et déblayé en 1940 (360). Ici aussi, le quadrillage sanitaire débordait sur l'occupation et la séparation de l'espace entre Occidentaux, Africains et Asiatiques : l'argument d'hygiène publique était utilisé pour séparer le monde des colonisateurs de celui des colonisés.

La décision de déplacer un village ou un quartier était prise par le Résident du Ruanda sur base des conseils et remarques des commissions d'hygiène, puis avalisée par le médecin provincial. Ces diverses démarches se faisaient unilatéralement et sans concertation avec les populations concernées. Par exemple, à Kigali, « les habitants de la cité des swahili ont été avertis [en août 1937] qu'ils avaient jusqu'à fin octobre pour déplacer leur maison sur le nouvel emplacement. La destruction immédiate de 92 constructions a été décidée. Les autres ont été avertis. Une indemnité légère sera accordée à ceux qui avaient construit des maisons très convenables et à quelques vieilles femmes seules qui n'ont pratiquement aucun moyen d'existence (environ deux mille francs prévus) » (361). Ici encore, le quadrillage sanitaire était présent : caractère contraignant, application à un groupe de gens pour des motifs d'hygiène. Il avait un impact sur l'habitat, les biens des populations et leur liberté de mouvement : voici un autre exemple où le quadrillage sanitaire renforça l'emprise occidentale sur la société locale.

Les commissions d'hygiène prenaient également en charge certains travaux dans la perspective d'améliorer l'état sanitaire des agglomérations. Par exemple, celle de Kigali fit réaliser un large sentier « style piste cyclable » en terre battue entre

358 RA Rukira 1925 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 75bis n°1).

359 PV de la CH de Kigali, 12 août 1925 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°1).

360 RAC 1929, p. 56. La nouvelle ville fut établie sur le plateau, alors que l'ancienne localité était établie sur le flanc de cette colline ; PV de la CH de Kigali, 6 et 10 août 1937 ; Lettre du médépro Hoebeke au RR, Usumbura, 18 février 1939 ; Rapport de la CH de Ruhengeri, 16 août 1940 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°1).

361 PV de la CH de Kigali, 6 et du 10 août 1937, *op. cit.*

l'hôpital et la mission de Kigali, ainsi qu'une route pour camions entre le quartier commercial et le village swahili « afin de limiter la circulation indigène dans le quartier résidentiel européen » (362). Une nouvelle fois, les autorités médicales s'appuyaient sur un argument de protection de la santé des Européens pour opérer des aménagements qui avaient comme résultat de compartimenter le monde colonial entre Blancs et Noirs.

À la fin des années 1930, la ville de Kigali comptait deux quartiers dénommés « le Belge » et « Etterbeek » où logeaient d'une part les serviteurs, gardiens de maisons et leurs familles, et d'autre part les chefs « indigènes ». La commission d'hygiène suggéra que l'administration contrôle plus strictement les délais d'inoccupation et veille à ce que, lorsqu'un domestique était affecté à un nouveau centre, sa famille respecte l'obligation d'abandonner la maison. Elle réclama la délimitation de « zones mortes où il serait défendu aux indigènes de s'installer ou de continuer à résider. » Elle argumentait ces propositions par le fait que « ces mesures entraîneraient un contrôle automatique des arrivées et des départs et décongestionneraient le "Belge" surpeuplé par une population inutile : gardiens de maisons, etc. » Par ailleurs, elle demandait le déplacement du quartier Etterbeek (des chefs africains) en dehors de la circonscription urbaine et la suppression des « maisons et *ruge d'abagaragu* ou de *vilongozi* attenantes à ce quartier, ainsi que des annexes en chaume, très sales, abritant les gardiens et leurs familles » (363).

Les autorités se préoccupaient non seulement de la question de l'hygiène générale des agglomérations, mais aussi du problème des équipements sanitaires. Elles craignaient en effet les risques de dysenterie. En témoigne une législation en constant remaniement. Les principales ordonnances traitent de ce sujet concernaient les constructions (habitations et bureaux) dans les quartiers européens et asiatiques des circonscriptions urbaines. Mais certaines dispositions concernaient les chefferies et sous-chefferies, qui étaient obligées d'établir en dehors des villages des installations hygiéniques. Comme souvent dans la politique d'hygiène publique, la première préoccupation exprimée était de protéger la santé des Occidentaux, puis leurs employés (dans les circonscriptions urbaines, et à proximité des usines, chantiers, comptoirs et habitations des Africains, les chefs d'industrie ou de maison de commerce devaient établir des latrines à usage des serviteurs, travailleurs et porteurs) et seulement ensuite les populations locales dans leur ensemble.

Les rapports annuels des commissions d'hygiène des grands centres sont éclairants sur l'hygiène des habitations des Européens à la fin des années 1930. Malgré les mesures prophylactiques et les normes de construction et d'équipement, les équipements sanitaires laissaient grandement à désirer (364). Il est vrai que, dans les campagnes belges, les salles de bain et toilettes ne se généralisèrent qu'après la Seconde Guerre mondiale.

Outre la question de l'équipement des habitations d'Européens, il fallait régler la question des toilettes publiques, car l'affluence d'Africains devenait de plus en plus importante dans les agglomérations, en raison de la présence des missions, hôpitaux, bureaux administratifs et marchés. Faute d'installations sanitaires, les personnes qui se rendaient au marché ou à l'hôpital utilisaient les broussailles et les bosquets environnants, ainsi que la voirie et les parcelles avoisinantes comme

362 PV de la CH de Kigali, 28 septembre 1939 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°1). Les citations suivantes sont également tirées de ce rapport.

363 Un *rongozi* est un conducteur, un chef de file ; les *abagaragu* étaient des vassaux.

364 Les exemples édifiants ne manquent pas dans les rapports des commissions d'hygiène..

feuillées naturelles, provoquant ce qu'une commission d'hygiène appelait une « pollution fécale », source de contamination (365). Pour lutter contre ce danger, une double politique fut préconisée : la construction de latrines publiques, doublée de l'éclaircissement des bois bordant les routes et du débroussaillage des parcelles proches des bureaux, hôpitaux, missions et marchés, « afin de mettre un terme aux déjections que les indigènes multiplient clandestinement » (366). Ces mesures relevaient principalement des fonctionnaires territoriaux.

À la fin des années 1920, à la demande de la commission d'hygiène, Kigali installa des latrines près du marché, du *boma* et du camp des infirmiers. À la fin des années 1930, des installations supplémentaires furent établies près du marché public, des bureaux du territoire et de l'hôpital. Le poste d'Astrida exprima les mêmes difficultés durant toutes les années 1930. Son problème principal était « la population de passage se rendant à la mission ou au marché et qui ne peut être dérivée, ni canalisée, de par la topographie même d'Astrida, [et qui] contribue en ordre principal à la pollution de la circonscription » (367). Or « l'endémie typho-paratyphique [qui] ne cessait de sévir, tant sur la population européenne que sur la population indigène » à la fin des années 1930 était là pour témoigner que la lutte contre les feuillées sauvages aux abords des agglomérations était impérative.

Un peu partout, les postes administratifs se dotèrent de brigades sanitaires déléguées par le service de l'hygiène. D'importance variable selon la grandeur du poste, ces équipes ou ces individus étaient chargés chaque jour de collecter les immondices, de les transporter en dehors des agglomérations et de les éliminer, soit par enfouissement, soit par incinération. Selon les localités, ces brigades étaient composées d'employés rémunérés ou de prisonniers. Presque tous les postes avaient organisé un système de collectes des immondices à la fin des années 1920. Les immondices et détritus étaient brûlés indistinctement ; l'administration ajoutait aux ordures ménagères les déblais et broussailles récoltés lors des travaux de nettoyage des voiries et s'occupait également des dépôts sauvages : les brigades sanitaires ramassaient ces dépôts clandestins et les incinéraient avec les collectes régulières. Les dépôts clandestins étaient punis par la loi. Entre 1936 et 1938, 762 personnes furent reconnues coupables d'infractions à ce propos (368). Nous ignorons à quelles peines elles furent condamnées, comment et par quelles instances elles furent repérées.

La législation traitait encore du débroussaillage dans les agglomérations urbaines, les centres miniers, agricoles, industriels, commerciaux ; sans surprise, ces mesures ressemblaient fortement à celles dont nous avons parlé dans le paragraphe consacré à la lutte contre les endémies et épidémies (prophylaxie mécanique). Nous ne les développerons pas longuement ici. Le débroussaillage visait deux objectifs différents selon les zones des agglomérations. Dans certains endroits, il était pratiqué ou recommandé dans la perspective de supprimer les gîtes des moustiques anophèles et donc d'enrayer la propagation de la malaria. Dans d'autres, il était destiné à supprimer au maximum les poches de pollution cachée (immondices et feuillées) où proliféraient les mouches qui mettaient en danger la santé publique par les maladies qu'elles pouvaient propager. Les mesures d'assainissement étaient variées : suppression des plantes qui permettaient à l'eau de

365 PV de la CH d'Astrida, 19 avril 1939 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°1).

366 PV de la CH d'Astrida, 27 janvier 1938, *op. cit.*

367 PV de la CH d'Astrida, 19 avril 1939, *op. cit.* La citation suivante est également tirée de ce rapport.

368 Nous en reparlerons dans le chapitre trois, consacré aux réactions des populations à l'égard de la politique sanitaire. Voir entre autres le tableau n°34 sur les condamnations.

stagner, débroussaillage, plantations d'arbres. Dans le cadre de la réalisation des plans cadastraux, un repérage systématique des gîtes à moustiques était réalisé. L'expérience des fonctionnaires au Congo belge servait parfois de modèle.

L'assainissement des postes fut lancé dans la seconde partie des années 1920 dans les régions considérées comme les moins saines pour les Occidentaux. C'est à Kigali, le centre administratif le plus important du Ruanda, où la malaria était fréquente, que l'on envisagea en premier lieu la création d'une brigade d'assainissement. L'impact des débroussailllements connus des succès variables selon les agglomérations. À Nyanza, l'administrateur territorial constata en 1927 une « baisse sensible des moustiques » suite aux travaux entrepris (369). Ailleurs, ces travaux ne portaient pas toujours leurs fruits, au point que dans certains cas le déplacement des postes administratifs fut envisagé : Mushao fut abandonné en 1929 au profit de la localité de Kibuye « dépourvu[e] de moustiques », car il restait « malsain. Malgré des travaux d'assainissement de la rive du lac Kivu, il y a de nombreux cas de malaria. Les Européens contractent fréquemment des fièvres malgré l'emploi de la quinine. Par temps orageux, le poste est le réceptacle de nuages d'insectes et de moustiques amenés par les vents violents du large » (370).

À la fin des années 1930, avec la création des trois commissions d'hygiène d'Astrida, Kisenyi et Ruhengeri, la problématique du débroussaillage connut un regain de vigueur. À Astrida, l'éclaircissement systématique des boisements du poste et le débroussaillage de certains points furent mis en œuvre, entraînant une « amélioration très nette de l'état sanitaire du poste notamment par la diminution très sensible des moustiques » (371). Très rapidement, on y décréta que « la lutte antimoustique ne revêt qu'une importance secondaire ; il n'a été trouvé jusqu'à présent ni anophèle, ni stégomyie sous forme larvaire, et les très rares adultes rencontrés peuvent être rapportés à l'arrivée dans la circonscription, de véhicules provenant de régions infestées » ; on y entama de nouvelles prospections par pondoirs, dont les résultats confirmèrent « l'inexistence dans la circonscription proprement dite de gîtes tant à anophèles qu'à stégomyies » (372).

À partir de la fin des années 1930, la lutte contre les dépôts d'ordures clandestins et contre les feuillées sauvages préoccupa davantage les autorités administratives. À Astrida, des mesures furent prises en 1938 pour éclaircir les boisements bordant les routes de la localité et le quartier commercial. Très vite, les autorités se déclarèrent satisfaites de l'impact de ces mesures sur l'état sanitaire du poste, « notamment par la diminution très sensible des mouches » (373).

Les travaux de débroussaillage et de drainage des marais furent confiés prioritairement aux contingents de prisonniers à Nyanza, Astrida, Kigali, Ruhengeri et ailleurs. Mais rapidement, les grandes localités se plaignirent du nombre trop faible de prisonniers et du caractère non permanent des effectifs par rapport à l'ampleur de la tâche. Elles réclamèrent la création d'une brigade sanitaire exclusivement affectée au débroussaillage de la voirie, des postes administratifs et des alentours des maisons. À défaut, elles demandaient qu'on leur garantisse une équipe permanente de détenus maintenue à effectif complet (effectif déterminé par

369 RA Nyanza 1927 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 91 n°6).

370 RA Lubengera 1928 et 1929 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 80 n°7 et 8).

371 RA Astrida 1938 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 64 n°11).

372 PV de la CH d'Astrida, 19 avril 1939 et 26 juin 1939 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°1).

373 RA Astrida 1938 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 64 n°11).

la commission d'hygiène), quels que soient les autres besoins en main-d'œuvre pénitentiaire (374).

Au fil du temps, avec la croissance de la taille des circonscriptions urbaines et l'augmentation des tâches d'entretien, les contingents de prisonniers commencèrent à s'avérer trop faibles, au grand dépit des administrateurs territoriaux. À la fin des années 1930, des voix s'élevèrent pour demander l'ouverture de crédits annuels affectés à l'entretien et l'assainissement des postes et l'engagement d'un agent des travaux publics par grosse localité. En 1938, la plus grosse ville du Ruanda, Kigali, n'avait reçu aucun crédit d'entretien. Il se disait ouvertement qu'il était « impossible de faire assurer l'entretien et le débrouss[ail]lement de toutes les voiries par les prisonniers » et qu'« il manqu[ait] de moyens matériels pour mettre en œuvre les travaux demandés (...) par l[es] commission[s] d'hygiène ». Le service territorial est de bonne volonté, mais il doit disposer des moyens nécessaires. » Certains demandaient « que par le maintien d'un contingent suffisant de prisonniers (...), on puisse former une équipe sanitaire chargée du nettoyage permanent de la circonscription » (375).

§ 2. Eau et alimentation

Les questions alimentaires et d'approvisionnement en eau potable préoccupèrent également les autorités sanitaires et administratives, principalement dans la perspective de protéger la population européenne. L'eau, vecteur de maladies et d'épidémies par les germes qu'elle contient, mais également par le milieu propice qu'elle offre aux moustiques, mouches et autres insectes, était au centre d'un arsenal de mesures complexes visant à approvisionner en eau potable et non contaminée les populations (d'abord européenne, puis africaine).

Le captage, la surveillance et la protection des sources d'eau potable furent mis en place de manière progressive dans les postes administratifs, les centres habités par les Européens et près des missions religieuses. Par ailleurs, des sources furent captées pour alimenter en eau potable les populations autochtones en contact plus direct et plus permanent avec l'administration européenne. C'est ainsi par exemple qu'en 1928, une source fut captée à destination exclusive de la prison et du personnel africain du poste d'Astrida. Ceci signifie qu'il y avait sans doute des sources différentes pour les Européens et les Africains : c'est encore un élément où les questions sanitaires débordent sur les relations sociales et hiérarchiques entre colonisateurs et colonisés. Par contre, l'organisation du captage et de la protection des sources à destination des populations locales fut plus tardive et liée à l'apparition des premiers cas de fièvre typhoïde et paratyphoïde durant l'année 1926. Au début des années 1930, le captage de sources se poursuivait à travers tout le Ruanda. Au début de la Seconde Guerre mondiale, on en avait aménagé dans de nombreuses chefferies.

Au départ, ces problèmes furent du ressort des administrateurs territoriaux, mais durant la seconde moitié des années 1930, les commissions d'hygiène furent appelées à évaluer les besoins et proposer des plans d'attaque. Les médecins, chargés d'inspecter régulièrement les sources d'eau potable, devaient compter sur des acteurs extérieurs à leurs services pour l'aménagement, le captage et la surveillance, notamment des gardiens payés par l'État ou par une caisse régie-eau. Pour des motifs sanitaires, les Rwandais se trouvaient confrontés à un changement

374 PV de la CH de Kigali, 28 septembre 1939, *op. cit.*

375 PV de la CH d'Astrida, 26 juin 1939, *op. cit.*

de leurs habitudes : l'accès aux sources n'était plus libre à proximité des agglomérations européennes, mais contrôlé par des agents africains de l'État. Nous n'avons pas trouvé d'informations sur la manière dont cette surveillance était exercée, ni sur les problèmes humains éventuels qui pouvaient en découler (favoritisme dans l'ordre de passage, etc.).

Le problème de l'évacuation des eaux usées d'une part, et de l'écoulement des eaux de pluie d'autre part, préoccupait également les autorités en charge de l'hygiène publique. En effet, ces eaux risquaient de contaminer les sources et engendrer des maladies ou de servir de gîtes aux moustiques ; leur abondance non canalisée par des rigoles ou des caniveaux ruinait encore les routes fraîchement construites. La législation se préoccupait de ces problèmes principalement dans les centres habités par des Occidentaux et dans les quartiers commerciaux.

L'alimentation était un second motif d'inquiétude, principalement en ce qui concernait la viande et le lait. La surveillance des marchés alimentaires n'était mentionnée que dans la perspective où ces rassemblements d'Africains pouvaient représenter des désagréments et un risque sanitaire pour les quartiers administratifs et résidentiels européens. La production de lait et de beurre était étroitement surveillée quand elle était à destination des Occidentaux, tandis que les abattoirs étaient surtout évalués en terme d'hygiène publique à proximité des logements et bureaux européens. Il existait également une législation concernant les denrées alimentaires fabriquées à usage des Européens, mais elle traitait plutôt de normes de fabrication. Ces normes ne concernaient pas les denrées vivrières produites par les paysans rwandais, ni leur mode de commercialisation (les petits marchés).

Pourtant, les autorités sanitaires estimaient que certaines maladies ne disparaîtraient que lorsqu'un travail de fond visant à modifier l'hygiène de vie et les habitudes alimentaires aurait été mené auprès des populations. Certaines maladies pouvaient se transmettre par la viande (charbon humain) ou par le lait, ce qui faisait dire au directeur du laboratoire vétérinaire qu'il faudrait encourager les populations à « la pratique de l'ébullition du lait, ne fusse que dix minutes », car « par le lait s'éliminent entre autres des bacilles dangereux » (376).

Les autorités sanitaires doutaient de l'efficacité à court terme de ce type d'action. Le premier médecin provincial du Ruanda-Urundi, Joseph Olivier, faisait écho à ce scepticisme en 1926 : « j'ai moi-même attiré l'attention sur les difficultés que nous aurions à faire disparaître [les helminthiases et les dysenteries]. C'est l'indigène avant tout qui est contaminé et est le principal agent de dissémination de ces affections. Or sur l'indigène, nous n'aurons jamais que peu de prise. Les conditions du milieu ne se modifieront que progressivement avec l'amélioration du niveau intellectuel, moral et matériel de ces populations très arriérées » (377). En parlant de la sorte, il épousait le point de vue des autorités médicales du Congo, mais également celles des territoires sous administration britannique, qui en étaient arrivées à la conclusion qu'il fallait lier les problèmes de santé au niveau de vie des populations, et que l'éducation et l'augmentation du niveau de vie feraient seules disparaître ces maladies sociales (378).

376 RA 1931 du LV de Kisenyi (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 154 n°7).

377 RA SHRU 1927 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 51 n°2), citant une note du Dr Olivier datée du 4 mai 1926 adressée au GRU.

378 J. RODHAIN, « Les grands problèmes de l'hygiène et l'organisation du service médical... », *op. cit.*, p. 7.

La surveillance de l'abattage de bétail pour la viande et les peaux préoccupa longtemps l'administration mandataire. Le principal inconvénient invoqué était celui des désagréments pour les habitants alentour. Il était notamment interdit de procéder à l'abattage d'animaux sur la voie publique ou dans des endroits exposés à la vue. Plusieurs ordonnances consacrées à la police sanitaire des animaux traitaient des règles à respecter quand un animal avait une maladie contagieuse. Dans certains cas, la viande pouvait être débitée et consommée, dans d'autres, elle devait être incinérée ou enfouie. Deux abattoirs destinés au débit de la viande et à la collecte des peaux pour les populations locales furent construits au Ruanda durant l'entre-deux-guerres. Le premier fut établi à Kigali, les autorités sanitaires ayant estimé qu'il était « absolument antihygiénique de procéder en pleine agglomération au nettoyage et abattage des peaux » et que « l'abattoir consist[ait] dans une fosse immonde qui empestait tout Kigali » (379). La construction du nouvel abattoir fut réalisée en 1937-1938. Le second abattoir fut établi à Astrida à la fin des années 1930. Nous trouvons ici un contrôle sanitaire d'une activité commerciale : le quadrillage sanitaire s'étendait de la sorte à d'autres sphères d'activités (380).

§ 3. Contrôle des activités des populations africaines

Les services sanitaires et territoriaux cherchèrent à endiguer la propagation de certaines endémies et épidémies par des mesures d'hygiène générale et d'hygiène publique (par exemple des précautions d'hygiène générale et corporelle, comme l'épouillage systématique, l'interdiction des vêtements de peau ou le rasage obligatoire des cheveux en cas d'épidémie de typhus propagé par les poux). Nous y reviendrons dans le chapitre consacré au travail des acteurs non sanitaires dans le champ de la santé : les médecins et agents sanitaires ne les prenaient en effet qu'occasionnellement en charge. Dans le cadre de la surveillance de l'hygiène publique, l'administration et les services sanitaires imposèrent une série de mesures aux populations, concernant leur habitat et certaines activités économiques. L'action sur l'habitat des populations pouvait limiter l'expansion des endémies et épidémies graves (déplacement des populations sur les hauteurs, destruction des logements contaminés). Mais, dans les territoires sous mandat, la législation donnait peu de marge de manœuvre au service de l'hygiène et aux autorités territoriales pour contraindre les populations à se déplacer, sauf en cas de maladies « pesteuses ».

La politique adoptée à l'égard des modes de vie des populations rwandaises en matière d'hygiène publique était peu développée. Généralement, les mesures concernaient les zones de rencontres entre Européens et Africains. On trouve cependant dans le décret de 1910 les exigences envers les chefferies et sous-chefferies en matière d'hygiène (381). Celles-ci étaient censées maintenir les villages en état constant de propreté et y détruire les herbes, buissons et arbrisseaux, déboiser les rives des cours d'eau qui baignaient les villages jusqu'à une distance de cent mètres en amont et en aval des limites de l'agglomération (règlementation inapplicable au Ruanda, dans une tradition d'habitat dispersé), établir en dehors des villages des installations hygiéniques. L'application de ces mesures était de la responsabilité des autorités locales, supervisées par les autorités territoriales. Le

379 Rapport de la CH de Kigali du 8 janvier 1920 ; Lettre du médépro au CR, Kigoma, 8 mai 1920 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°1 et 7).

380 Les mesures de contrôle sanitaire, de contrôle de qualité des produits, etc. ont souvent conduit à favoriser les entreprises européennes mieux capitalisées. On connaît le même itinéraire pour l'huile par exemple.

381 *Recueil à l'usage des fonctionnaires et des agents du service territorial du Congo belge*, 5e éd., Bruxelles, 1930, p. 270-292.

service de l'hygiène n'intervenait pas dans le domaine de l'hygiène publique hors des agglomérations durant les années 1920-1930 : il n'existait pas encore de commissions d'hygiène dans ces régions, et *a fortiori* pas de brigades sanitaires employées par lui. Cette problématique sera abordée dans la section consacrée aux acteurs non sanitaires.

En ce qui concerne les activités économiques des populations, l'administration ne s'inquiéta guère que des tanneries, dans la mesure où elles étaient installées dans les circonscriptions urbaines où vivaient et travaillaient des Européens. Au début de l'occupation administrative belge, les quartiers commerciaux se trouvaient parfois au milieu des postes administratifs. Outre les désagréments liés aux odeurs, les administrateurs territoriaux déploraient le fait que les postes étaient « infesté[s] par toutes sortes de vermine, apportées par les peaux » qui mettaient en danger l'état sanitaire général du poste, celui des camps de soldats, etc. (382) La décision de mettre en place des marchés de peaux en dehors des agglomérations répondait à un objectif sanitaire à la fois animal et humain : préserver l'hygiène des agglomérations pour les Européens et contrôler les risques d'expansion de la peste bovine. Les eaux usées et polluées par le travail du tannage étaient également surveillées.

CONCLUSION

Les éléments passés en revue dans le secteur de la santé et de l'hygiène publique donnent une série d'indications qui nous permettent d'avancer une première réponse à notre interrogation de départ. L'observation de l'action curative dans les hôpitaux et dispensaires nous amène à conclure qu'un maillage sanitaire fut progressivement mis en place à partir de 1925. Maillage et non quadrillage : il n'y avait là aucune contrainte pour les populations.

Par contre, l'approche des attitudes adoptées envers les endémies et épidémies nous entraîne dans un champ de pouvoir différent : comme dans les pays européens touchés de maladies pesteuses, les autorités mandataires imposèrent une médecine autoritaire, qui avait un impact sur la vie quotidienne des gens, mais aussi sur leur manière de se soigner. Le libre choix de la thérapeutique n'existait plus : désormais, le malade atteint d'une maladie contagieuse était sommé de se soumettre au traitement, à l'isolement, à la surveillance des médecins et agents sanitaires. Nous voilà proche du quadrillage tel que nous l'avons défini au départ : un contrôle et une contrainte exercés de l'extérieur, appliqués systématiquement à une zone ou un groupe déterminé.

Ce choix d'un quadrillage appliqué à l'ensemble de la population via une présence de terrain récurrente fut partiellement le fruit d'un contexte économique spécifique. En effet, il est frappant de constater que le remodelage des méthodes sanitaires fut conçu en partie pour économiser les ressources devenues rares durant la grande crise des années 1930. Avant la crise, l'État promouvait le travail semi-itinérant : chaque médecin établi dans un poste fixe se voyait confier des dispensaires annexes qu'il devait visiter un jour par semaine. Ceci impliquait d'importantes dépenses de

382 Lettre du chef du poste de Rukira D'Hondt au RR, Rukira, 20 septembre 1920 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°14).

déplacement. C'est en arguant notamment du fait que le « recours à des véhicules automobiles [était] trop onéreux » que le gouverneur du Ruanda-Urundi amorça une nouvelle politique sanitaire caractérisée par un changement radical des méthodes de suivi médical. Désormais celles-ci se rapprochaient de celles qui avaient été élaborées par le FOREAMI, par l'adoption du principe d'une mission médicale itinérante qui s'implantait pour plusieurs semaines dans une zone, la traitait, puis se déplaçait dans une autre et recommençait. Cette méthode était moins coûteuse que celle qui consistait à fixer un médecin dans une localité et à l'envoyer chaque jour dans un dispensaire rural différent, avant de rentrer le jour même au poste principal, comme c'était le cas auparavant. Elle permettait en outre de recourir à davantage d'agents sanitaires que de médecins, ce qui diminuait d'autant les frais en personnel.

Nous avons donc également un élément de réponse à la question du caractère délibéré ou non, conscient ou non, de la mise en place du quadrillage sanitaire : il était partiellement le résultat de la conjoncture matérielle et économique (donc involontaire), et partiellement une entreprise concertée, perçue comme efficace en terme sanitaire par les autorités médicales et administratives, qui en avaient un exemple d'application au Congo.

Si nous examinons à présent la lutte contre les maladies considérées comme prioritaires, et surtout le pian, nous arrivons au plein développement de la médecine autoritaire s'imposant à tous, malades comme bien portants. L'examen de la campagne antipianique des années 1933-1938 fait apparaître le fait qu'un quadrillage médical soutenu fut mis en place à l'échelle de tout le pays. L'ensemble de la population fut obligé de se soumettre au dépistage ou à la déclaration volontaire (pour les femmes), puis, le cas échéant, au traitement. Enfin, les mesures d'hygiène publique nous montrent une emprise sanitaire grandissante dans le champ de la vie quotidienne, mais dans des cercles restreints, généralement ceux qui touchaient à la bulle de vie des Européens. Quadrillage sanitaire encore, mais de portée restreinte.

L'emprise sanitaire sur les populations rwandaises durant l'entre-deux-guerres se fit cependant à travers des tâtonnements, un certain nombre de revirements et volte-face, mais aussi à travers un rapport de forces entre deux types d'acteurs, également concernés et impliqués dans sa mise en œuvre. Ces acteurs, les autorités sanitaires d'une part, les autorités politiques et administratives d'autre part, l'abordaient chacun selon des critères et exigences propres à leurs spécificités. Il en résulta des tensions, mais aussi des incohérences et des revirements imputables à l'absence de procédures claires pour gérer les conflits et divergences d'approches du problème à solutionner.

Il nous reste à examiner les acteurs sanitaires non officiels (infirmières et médecins missionnaires, agents sanitaires du secteur privé), ainsi que les acteurs officiels non sanitaires (administrateurs territoriaux, etc.). Participaient-ils à cette dynamique d'emprise ? La renforçaient-ils ? S'en trouvaient-ils eux-mêmes renforcés ? Cela déboucha-t-il sur un quadrillage plus général de la société (religieux ou administratif par exemple) ? Ceci fera l'objet du deuxième chapitre de cette seconde partie.

Administration, missions et santé



2.

CHAPITRE 2. ADMINISTRATION, MISSIONS ET SANTE : COLLABORATIONS ET CONTROLES

Dans le premier chapitre, nous avons longuement abordé le travail sanitaire et médical pris en charge par les agents du service de l'hygiène. Cependant, de nombreux autres acteurs intervenaient également dans le champ de la santé, les missionnaires par exemple. Comment s'organisait l'activité sanitaire ou médicale des sociétés missionnaires présentées *supra* ? De quels moyens matériels et humains disposaient-elles ? Comment s'articulaient les collaborations et les contrôles par l'État ? Constate-t-on des différences marquantes dans la pratique sanitaire de ces sociétés dont nous avons pu observer la diversité et les divergences ? Voilà quelques unes des questions auxquelles nous tenterons de répondre dans la première partie de ce chapitre.

Ensuite, nous nous pencherons sur d'autres acteurs, non sanitaires ceux-là. En effet, à côté des activités curatives et préventives, il existait de nombreuses activités touchant à la santé et à l'hygiène publique, mais qui n'étaient pas à proprement parler des activités médicales ou sanitaires. Nous pensons par exemple à la surveillance de frontières durant les épidémies, à la police des cordons sanitaires, à l'acheminement des malades vers les hôpitaux, au travail d'information et de persuasion lié aux campagnes de vaccination ou de détection, aux travaux de débroussaillage, de pétolage et de drainage des eaux stagnantes, aux déplacements des populations hors des zones dangereuses, à la surveillance du respect des mesures d'hygiène corporelle et de l'habitat en cas d'épidémies, etc.

Ce type de tâches n'était pas pris en charge par les médecins et rarement par le personnel sanitaire : les autorités médicales déléguaient ces activités aux fonctionnaires territoriaux, qui s'appuyaient eux-mêmes sur le service vétérinaire, le service des travaux publics, les agents africains de la colonie, la Force Publique et les autorités locales rwandaises. Nous envisagerons successivement ces diverses activités et acteurs, afin de mesurer si leur participation au projet sanitaire général eut un impact sur la place qu'ils occupaient dans la société coloniale rwandaise. Ces interventions renforçaient-elles leur position et leur image ? Les affaiblissaient-elles ? Restaient-elles hors de propos en terme de quadrillage de la société dans le champ culturel, social ou politique ? C'est ce que nous nous efforcerons de mesurer dans la seconde partie de ce chapitre.

A. LES ACTEURS MISSIONNAIRES

Mais commençons par les acteurs missionnaires, dont l'activité sanitaire et médicale fut loin d'être négligeable. En effet, la place accordée aux missions dans l'organisation coloniale belge était spécifique. Nous essayerons rapidement de la comparer aux politiques adoptées dans ce domaine par d'autres puissances coloniales. Certaines métropoles (comme la France et le Royaume-Uni) toléraient l'activité médicale missionnaire sans l'intégrer dans leur propre organisation (avec cependant quelques variantes selon les régions et selon les responsables), alors que d'autres (comme le Portugal ou la Belgique) associeraient étroitement les missions à l'entreprise coloniale dans les secteurs sanitaires et pédagogiques. Nous évoquerons ensuite le travail fourni par les missionnaires dans le champ de la santé au Ruanda, en nous interrogeant également selon le schéma appliqué aux acteurs sanitaires

officiels : les missionnaires opéraient-ils un quadrillage sanitaire ? Leur activité renforçait-elle ou créait-elle d'autres emprises (principalement religieuses) sur la société rwandaise ?

Avant de nous lancer dans cette analyse, rappelons brièvement ce qui se faisait dans les colonies et mandats voisins. En Afrique orientale britannique par exemple, le rôle des missions dans le champ de la santé changea à plusieurs reprises. Avant 1914, le travail des missions médicales fut tacitement accepté pour compléter le travail fourni par le réseau de l'État colonial, mais il n'était pas intégré dans l'organisation médicale officielle. Il s'agissait d'une politique de « laissez faire », que la Grande-Bretagne avait testée au XIXe siècle dans le secteur de l'hygiène publique en métropole : ce fut une des premières régions où ce concept fut appliqué, puis progressivement abandonné au profit d'un contrôle centralisé, pour protéger la santé de tous contre les abus des individus (383). Quels que fussent les avatars de cette politique en métropole, le principe fut établi à l'égard des missions en Afrique orientale. Au Kenya par exemple, les autorités coloniales abandonnèrent intégralement aux missions la tâche de soigner les Africains vivant dans les réserves interdites aux colonies de peuplement européennes. Plusieurs sociétés s'y investirent dès la fin du XIXe siècle. Il en allait de même en Afrique orientale allemande, notamment au Ruanda, où les Pères Blancs, les Sœurs Blanches et la mission de Bethel-bei-Bielefeld furent autorisés par les autorités coloniales à ouvrir des dispensaires.

Dès le début du XXe siècle, les administrations britanniques d'Afrique de l'Est inclurent les statistiques de ces missions médicales dans les rapports officiels, en y ajoutant des remarques visant à améliorer la qualité de leurs services. Ceci révèle que tout en maintenant les missions médicales dans un statut d'établissements distincts, les pouvoirs coloniaux les considéraient cependant comme une part nécessaire dans le travail colonial local. On retrouve cette tactique dans les rapports des administrations du Congo belge et du Ruanda-Urundi.

En parallèle, les pouvoirs publics inséraient des critiques parfois virulentes ; celles-ci se multiplièrent après la Première Guerre mondiale. Fort de la croissance du réseau de dispensaires officiels et des exigences nouvelles en matière de formation professionnelle des médecins, le gouvernement mit fin à la période de bonnes relations avec les missions. En Uganda, au Kenya et au Tanganyika Territory, les services sanitaires officiels s'estimaient concurrencés par les missions. Ils critiquaient le dogmatisme des médecins missionnaires et le manque de qualifications d'une partie de leur personnel dans le domaine sanitaire. Selon eux, de nombreux missionnaires échouaient totalement à traiter des maladies dont ils avaient de très vagues notions. Nous verrons qu'il en allait parfois de même dans les rapports internes des services sanitaires des territoires sous mandat belge, qui ne se montraient pas avertis de critiques sur la valeur relative des prestations sanitaires fournies par certaines sociétés missionnaires.

Selon Ann Beck, les critiques de l'administration et des services médicaux officiels britanniques s'expliquaient par le fait que les autorités coloniales cherchèrent progressivement à améliorer leurs relations avec les populations. Elles craignaient que les médecins missionnaires agissent en contradiction avec les idées et politiques sanitaires officielles concernant le traitement des Africains. En outre, les stations

383 Les informations concernant l'Afrique orientale britannique sont tirées de A. BECK, *A History of the British Medical Administration of East Africa...*, op. cit.

gouvernementales croissaient lentement faute de fonds pour engager médecins et infirmières. L'administration observait par contre les missions installer des postes dits médicaux tenus par des missionnaires non qualifiés. Les missions voyaient dans les dispensaires l'occasion d'étendre leur sphère d'influence évangélique ; elles n'hésitaient pas à étendre leur action sanitaire, même quand elles manquaient de personnel qualifié dans ce domaine. La situation était assez similaire en Afrique sous administration belge : nombre de missionnaires sans formation médicale sérieuse ouvraient des dispensaires. Cependant, la plupart de ces missionnaires sans diplôme d'infirmier s'étaient initiés aux maladies tropicales dans leurs sociétés missionnaires ou à la section inférieure l'École de médecine tropicale de Bruxelles.

Le travail médical des missions était différent de celui réalisé par les services sanitaires coloniaux. D'une part, les missions avaient affaire à une partie de la population avec laquelle l'administration n'avait en général que des contacts restreints. Même les régions les plus réticentes à une présence européenne acceptaient plus volontiers le travail médical missionnaire. D'autre part, la manière de concevoir le travail sanitaire était différente : les missionnaires mettaient, nous l'avons vu, l'accent sur l'évangile de la guérison comme un aspect essentiel de leur travail auprès des Africains. Dans cette perspective, ils soulignaient l'importance de mettre les malades en contact avec l'enseignement du christianisme dans le cadre des hôpitaux et des dispensaires.

L'une des grandes contributions des missions médicales en Afrique orientale au début du XX^e siècle fut probablement leur capacité à établir des contacts rapprochés avec les communautés locales et à amener par la même occasion les Africains à accepter les traitements occidentaux des maladies. Par leur statut de missionnaires, les médecins des sociétés religieuses pouvaient aborder différemment le travail sanitaire. Ils concurrençaient les guérisseurs en utilisant l'outil de la religion auquel les médecins officiels ne pouvaient recourir. Par ce biais, ils pouvaient progressivement amener les populations à accepter des méthodes sanitaires et modes de vie nouveaux. Ils estimaient que le travail médical et le volet spirituel étaient intrinsèquement liés, le premier permettant d'aborder une guérison totale, tant physique que spirituelle. Certains de ces médecins missionnaires reconnaissaient même, dans des cas précis, le pouvoir et l'efficacité des guérisons spirituelles comme réels agents thérapeutiques.

Les missions médicales se distinguaient encore des services sanitaires officiels par le fait qu'elles employaient en parallèle des infirmières et des médecins missionnaires qualifiés d'une part, des missionnaires sans formation médicale approfondie d'autre part. Les premiers jouaient le rôle d'infirmières, de sages-femmes, de chirurgiens, de spécialistes et de médecins généralistes ; les seconds distribuaient des remèdes, pansaient les plaies et traitaient de leur mieux les maladies bénignes. En quelque sorte, les établissements hospitaliers officiels travaillaient dans une logique scientifique, alors que les dispensaires et hôpitaux missionnaires avaient une part « sentimentale », pour reprendre une expression de Graham Greene, et « offra[ie]nt à l'humanité souffrante ou désespérée quelque chose que le scientifique n'était pas à même de fournir. Il n'était que trop facile (...) de percevoir le passif d'un hôpital africain "sentimental" (...) pourtant (...) l'hôpital

"sentimental possédait à son actif une qualité psychologique qui, elle aussi, était indispensable au patient » (384).

Dans un premier temps, les autorités missionnaires demandèrent à leurs médecins d'associer travail médical et travail évangélique, dans une logique d'accès aux cœurs et aux âmes. Au début du XXe siècle, certaines sociétés missionnaires, telle la CMS, demandèrent que les médecins missionnaires mettent toutes les forces dans le travail médical en vue de concurrencer plus efficacement les missions catholiques. Nous n'avons pas vérifié cet élément au Ruanda.

Ann Beck estime que lorsque l'arsenal thérapeutique s'enrichit après la Première Guerre mondiale et permit de soulager plus rapidement les souffrances, les malades n'approuvèrent plus autant le besoin de nouer des relations amicales avec leurs médecins. Les effets des cures suffisaient à emporter leur adhésion. Les services sanitaires officiels prirent plus d'ampleur. Mais les missions religieuses ne l'entendaient pas ainsi : elles s'efforcèrent d'élargir leur base de travail et proposèrent des collaborations aux autorités coloniales. Chacun cherchait à attirer la reconnaissance des populations pour le travail effectué, mais pour des motifs différents. Le gouvernement avait besoin que les populations reconnaissent son rôle pour développer le pays et asseoir son autorité. Les missions visaient cet objectif dans l'intérêt de la religion, mais étaient motivées à la fois par le souci de suivre le modèle du Christ et par le désir de concurrencer les religions anciennes dans lesquelles les guérisseurs jouaient un rôle important.

On observa donc, au Kenya par exemple, un élargissement du réseau sanitaire officiel dans des territoires autrefois investis uniquement par les missions. Les autorités sanitaires cherchaient désormais à reléguer les missions à un rang secondaire. La ligne de conduite était de renforcer et de développer les institutions publiques plutôt que de subventionner les missions. Cette tendance se vérifia durant tout l'entre-deux-guerres en Afrique orientale britannique. En Afrique sous administration belge par contre, les autorités administratives et médicales s'appuyèrent sans discontinuer sur les missions pour élargir l'offre sanitaire et éducative de l'État. Les questions récurrentes de la Commission permanente des mandats sur les possibilités d'élargissement de l'offre médicale n'y étaient peut-être pas étrangères.

Le contrôle de l'État colonial s'accrut un peu partout après la Première Guerre. Désormais, des standards médicaux précis furent imposés à toutes les missions religieuses, qui auparavant choisissaient chacune leur ligne de conduite en fonction de leur bagage national, confessionnel, etc. Les gouvernements coloniaux britanniques par exemple édictèrent de nouvelles règles concernant la manière d'opérer un travail missionnaire dans le secteur médical : les missions avaient toujours la possibilité d'agir et leur action était même nécessaire, mais l'État se réservait le droit de contrôler la politique médicale et de déterminer la répartition géographique des centres de santé, afin de maintenir un programme sanitaire unifié. Ceci se vérifie partiellement au Ruanda : les missions réformées se virent refuser certains sites considérés comme trop proches de dispensaires ou d'hôpitaux déjà établis par le service de l'hygiène des territoires sous mandat.

384 Voir J.-L. VELLUT, « La médecine européenne dans l'État indépendant du Congo », *op. cit.*, p. 76. L'auteur rappelle brièvement l'analyse de Graham Greene à propos d'une visite dans un dispensaire du Congo belge.

Les politiques appliquées par les administrations britanniques en Afrique orientale variaient selon les régions et les contextes. Au Kenya, des subventions officielles furent versées à certaines missions médicales après la Première Guerre mondiale, malgré les réticences des autorités coloniales sur le terrain qui estimaient que les populations africaines ne percevaient pas qu'il s'agissait d'une aide de l'État et non du résultat de la bienveillance des missions. Ces subventions étaient entendues comme un expédient temporaire en attendant que le réseau officiel se développe. Dans la même logique, le travail missionnaire subventionné devait être garanti par un contrat stipulant les sphères d'influence respectives (les missions devant se limiter aux réserves africaines). Les missions s'engageaient à accepter un contrôle officiel du travail médical, à envoyer si nécessaire leurs patients dans les hôpitaux de l'État, à produire des rapports et à signaler les épidémies. En échange, le gouvernement britannique payait un salaire annuel pour chaque médecin missionnaire et une subvention par dispensaire.

En Uganda, les autorités médicales officielles étaient réticentes à accorder des subventions pour les médicaments, les constructions et les salaires des médecins. Finalement, le gouverneur du territoire approuva une aide financière aux missions médicales pour certains secteurs, tels les pharmacies de mission et l'extension des constructions dans les régions où le service médical du gouvernement ne s'était pas encore complètement établi. Au Tanganyika, la situation se présentait encore différemment, car après la guerre, les missions allemandes avaient été fermées (comme au Ruanda). Certaines furent reprises par des missionnaires britanniques, d'autres furent rouvertes par les Allemands en 1923. Le besoin de coopération était plus urgent dans ce territoire qu'en Uganda ou au Kenya : le département médical devait mettre sur pied un réseau de stations médicales dans un territoire très vaste. Aussi les missions eurent-elles droit à des subventions en médicaments et équipements et à des aides pour les maternités et la protection infantile notamment. Globalement, au milieu des années 1920, la politique des gouverneurs des dépendances d'Afrique de l'Est fut de favoriser l'assistance au travail sanitaire missionnaire là où un tel travail ne pouvait être réalisé par le gouvernement.

Au Ruanda, le même type de politique fut appliqué, mais avec les spécificités de la colonisation et du mandat belge : les subventions n'étaient accordées qu'aux missions nationales, celles auxquelles l'État accordait un statut de collaboratrices privilégiées en raison de leurs liens avec la Belgique (nationalité des missionnaires ou de la société). Nous l'avons déjà évoqué.

Dans certaines régions de l'Afrique orientale britannique, les collaborations entre État et missions connurent des heurts (notamment au Kenya). Les missions se montraient peu soucieuses de remettre des statistiques médicales ; des contestations surgirent à propos du nombre de lits d'hôpital subventionnés ou des quantités de médicaments fournies. Les désaccords concernaient également la position adoptée à propos de la gratuité ou non des soins. Le gouvernement désapprouvait le fait que les missions faisaient payer les médicaments, alors que ses propres services les distribuaient gratuitement dans la perspective d'encourager une fréquentation et un traitement réguliers. Dans les territoires de l'Uganda et du Tanganyika, il y eut moins de frictions entre missions et État. Le prestige du Dr Albert Cook n'y fut pas étranger : il avait gagné suffisamment de lettres de noblesse pour être considéré comme acceptable par le gouvernement, entraînant dans son sillage l'ensemble de l'activité médicale missionnaire de la CMS. L'État maintenait le droit de stopper les subventions en cas de problèmes budgétaires ou si le travail médical missionnaire s'avérait inefficace ou irrégulier. Le secteur de la santé publique restait du ressort exclusif de l'État.

Les collaborations entre missions et gouvernement colonial furent par contre fructueuses dans le secteur de la formation médicale d'assistants africains. Entre 1919 et 1922 par exemple, les missions du Kenya formèrent soixante *hospital assistants*. À la même époque, le gouvernement de l'Uganda paya dix bourses pour former des auxiliaires médicaux africains à l'hôpital anglican de Mengo. Pour le Ruanda, nous avons déjà eu l'occasion de mesurer le rôle joué par certaines sociétés missionnaires dans la formation d'une main-d'œuvre médicale locale dans les chapitres consacrés aux acteurs sanitaires africains. Un certain nombre d'éléments se retrouvaient de part et d'autre de la frontière entre les régions sous administration belge et celles sous administration britannique.

En Afrique belge, la justification du recours à l'activité médicale missionnaire fut notamment que la méthode de recensement et de traitement systématique des populations entraînait de nombreuses tâches administratives (registres, fiches, etc.), qui alourdissaient le travail des équipes sanitaires et médicales de l'État. Ce système fut, nous l'avons vu, d'abord mis en place dans les missions spéciales de lutte contre la maladie du sommeil (à laquelle les missions furent étroitement associées dès avant la Première Guerre mondiale), puis dans les zones du FOREAMI, ensuite dans le cadre de la mission spéciale de lutte contre le pian dans les territoires sous mandat (et sous une autre forme dans la province orientale du Congo belge), enfin dans le cadre du service d'Assistance Médicale Indigène (385). Dès lors, selon Nancy Hunt, les missionnaires « became in many ways colonial agents of a form of indirect rule » par leurs multiples activités sanitaires, pastorales et scolaires (386). Pour d'autres chercheurs par contre, « it would be misleading, however, to assume that the missionaries were merely the agents of the colonial authorities. They had different goals and methods, and the co-operation was often forced out of convenience rather than conviction. The missionaries did not celebrate their dependence upon government grants, and the colonial authorities were often unimpressed with the efficacy of missionaries as agents of colonialism » (387). Deborah Kirkwood résume la situation en signalant que « there was a complex relationship between administrators and missionaries. Sometimes the missionaries identified with the local people and their traditions in opposition to Colonial Office policies; often missionaries health and education programmes advanced colonial objectives; sometimes missionaries were criticised for tampering with traditional customs by administrators who wished to preserve them » (388). Nous nous efforcerons d'éclaircir cette question de la collaboration-rivalité entre missionnaires et administration (y compris sanitaire) dans la première section de ce chapitre.

§ 1. Missions et santé au Ruanda : le cadre général

Avant d'analyser en détail l'action sanitaire et médicale de chacune des sociétés missionnaires que nous avons présentées dans la première partie de ce travail, il n'est pas inutile de donner un aperçu général de l'historique de cette activité dans le pays. Nous nous sommes également efforcée de relever l'importance que lui

385 Voir entre autres J.-L. VELLUT, « La médecine européenne dans l'État indépendant du Congo », *op. cit.*, p. 76-80 ; P.G. JANSSENS, « Comparative aspects: I. The Belgian Congo », *op. cit.*, p. 214 et suivantes.

386 N.R. HUNT, *A Colonial Lexicon...*, *op. cit.*, p.165.

387 M. LABODE, « From Heathen Kraal to Christian Home: Anglican Mission Education and African Christian Girls, 1850-1900 », in F. BOWIE, D. KIRKWOOD et Sh. ARDENER (eds), *Women and Missions...*, *op. cit.*, p. 130.

388 D. KIRKWOOD et Sh. ARDENER, « Preface », in F. BOWIE, D. KIRKWOOD et Sh. ARDENER (eds), *Women and Mission...*, *op. cit.*, p. xix.

accordaient ces sociétés par rapport aux autres activités missionnaires, notamment par le prisme du calendrier des constructions. Nous avons ensuite rassemblé quelques données chiffrées sur les effectifs missionnaires qualifiés dans le secteur sanitaire et médical, le nombre d'hôpitaux et de dispensaires missionnaires établis dans le pays, enfin l'importance du travail sanitaire effectué durant l'entre-deux-guerres en terme de prestations.

a) Bref historique de l'activité sanitaire

Si nous reprenons les quatre sociétés missionnaires qui font l'objet de cette étude sous un angle chronologique, ce sont les Sœurs Blanches qui arrivèrent les premières au Ruanda, suivies par les missionnaires de la Société belge de missions protestantes, les Adventistes et les Anglicans. L'existence des dispensaires suivit globalement la chronologie des arrivées dans ce pays.

Chez les Sœurs Blanches, les premiers dispensaires furent établis durant la colonisation allemande : Issavi en 1909, Nyundo en 1911 et Rwaza en 1913. Les religieuses avaient une longueur d'avance sur les autres congrégations et sociétés missionnaires tant catholiques que réformées. Elles s'appuyaient, il est vrai, sur les Pères Blancs qui les avaient précédées au Ruanda. Au début des années 1920, leurs dispensaires n'étaient déjà plus des bâtiments sommaires et fragiles, mais des constructions en briques et tuiles cuites. Le second ensemble missionnaire à établir des dispensaires au Ruanda fut l'Église adventiste. Comme nous l'avons vu précédemment, un ex-officier belge de confession adventiste, David-Élie Delhove, fut encouragé à reprendre des anciennes stations missionnaires allemandes. Dès 1920, il installa un petit dispensaire à Kirinda. Quelques mois plus tard, il fut invité à céder la place à la Société belge de missions protestantes. Entretemps, les Adventistes avaient ouvert les missions de Rwankeri et de Gitwe. Les sources ne permettent pas de connaître la date de construction des dispensaires dans ces stations, cependant elles confirment que Gitwe en possédait un avant le milieu des années 1920, tandis que Rwankeri en était équipé au plus tard en 1929. L'activité médicale y fut sans doute initiée plus tôt.

Les missionnaires de la société protestante belge ouvrirent en 1922 les dispensaires de Kirinda et d'Iremera en s'appuyant dans un premier temps sur des bâtiments construits par la mission de Bethel-bei-Bielefeld. En 1923, les Sœurs Blanches inaugurèrent leur nouvelle station de Kabgaye et y ouvrirent immédiatement un dispensaire. Un an plus tard, les protestants belges ouvrirent un dispensaire dans leur troisième station fraîchement installée à Rubengera. La seconde partie des années 1920 fut marquée par l'ouverture d'un dispensaire supplémentaire des Sœurs Blanches à Zaza (1926) et le début de l'action médicale des Anglicans d'abord à Gatsibu (automne 1926), puis Gahini (1927). Pendant les années 1930, les sociétés missionnaires poursuivirent leur programme de création de stations missionnaires médicales : les Adventistes implantèrent l'hôpital de Ngoma à partir de 1931 et les Anglicans ceux de Kigeme (1932) puis de Shyira (1935). Les missions catholiques ralentirent le rythme, à l'exception de la création du dispensaire d'Astrida par les Sœurs Blanches et celui de Rwamagana par les Bernardines d'Audenaerde. Le dernier grand projet médical des missions catholiques de l'entre-deux-guerres fut l'ouverture de l'hôpital de Kabgaye en 1937.

Ce bref parcours chronologique ne reprend que les hôpitaux et les dispensaires principaux. La création des dispensaires annexes des stations missionnaires est plus difficile à repérer et à dater avec précision. Il est cependant avéré que la société protestante belge avait un réseau de quatorze annexes sanitaires dans les villages avoisinant ses missions en 1931. Ces dispensaires-annexes étaient pour beaucoup

de Rwandais le seul contact avec un service sanitaire (les gens ne se déplaçaient que dans un rayon peu éloigné de leur lieu de vie et de travail, à moins d'être gravement malades).

b) Action sanitaire et autres secteurs missionnaires

Après avoir retracé brièvement la chronologie des constructions sanitaires, nous avons observé dans quel ordre les sociétés missionnaires entreprenaient leurs constructions tous secteurs d'activités confondus. Ceci donne des indications sur les axes prioritaires des acteurs occidentaux et sur la valeur accordée au travail sanitaire et médical. Cela permet de voir par quel biais les populations entraient en contact avec les acteurs européens (les écoles, le travail manuel, les soins de santé). Il apparaît que certaines sociétés investissaient d'abord du temps, de l'énergie et de l'argent dans les bâtiments voués au travail sanitaire (notamment la CMS), alors que d'autres commençaient par les écoles ou les lieux de culte (la société protestante belge, les Adventistes et les missions catholiques).

Il existait des variations entre acteurs missionnaires, mais aussi entre stations d'une même société. Par exemple, les Adventistes commençaient généralement par construire des maisons provisoires pour le personnel européen, puis des ateliers, ensuite une église et une école. Les dispensaires ne venaient qu'ensuite (quelques mois à quelques années plus tard), sauf à Ngoma, qui fut équipée dès les premiers mois d'une maison temporaire pour le médecin et d'un dispensaire en matériaux provisoires. Il est vrai que cette station poursuivait un objectif clairement sanitaire, comme en témoigne son nom, la *Ngoma Medical Mission*.

Chez les Anglicans, le nom choisi pour la mission laissait également entendre que la priorité allait en bonne partie au travail médical (*Ruanda General and Medical Mission*). À Gahini par exemple, les premiers missionnaires construisirent immédiatement un dispensaire de fortune, complété quelques mois plus tard par une école. L'église ne fut construite que deux ans plus tard. Cette antériorité du bâtiment sanitaire était relative : la première opération chirurgicale du Dr Joe Church eut lieu dans sa chambre devenue salle d'opération, le dispensaire étant trop rudimentaire (389). À Shyira, le dispensaire fut construit en parallèle à une école-église et à l'habitation sommaire des missionnaires. Par contre à Kigeme, l'église et l'école précédèrent le dispensaire. Dans les stations de la société protestante belge, la chronologie révèle un parallélisme entre les constructions des dispensaires et des temples-écoles, sauf à Rubengera où le bâtiment sanitaire connut un léger retard. Par contre, si l'on compare les bâtiments construits en matériaux durables, les dispensaires étaient systématiquement relégués à l'arrière-plan.

Les sources consultées n'ont pas permis de retracer une chronologie parallèle entre bâtiments sanitaires et autres constructions chez les Sœurs Blanches. Le vicariat apostolique était responsable de leur logement : il commençait par établir un couvent avant leur arrivée et établissait ensuite un dispensaire et des écoles. Les lieux de culte étaient toujours antérieurs aux dispensaires dans les missions catholiques où vivaient des Sœurs Blanches, tout simplement parce que leurs communautés venaient appuyer des communautés de Pères Blancs établies quelques années avant elles, qui avaient aussitôt mis sur pied des chapelles, même sommaires.

389 J.E. CHURCH, *Quest for the Highest*, op. cit., p. 35.

Nous avons déjà signalé à propos de l'action de l'État qu'une analyse centre-périphérie serait intéressante en ce qui concerne les constructions sanitaires, sur le plan géographique global et local. La place occupée par le dispensaire dans la station missionnaire (au centre, à l'extérieur, à proximité ou éloigné de l'église ou du temple, des écoles, des communautés religieuses, etc.) n'était pas neutre. Outre l'impact des aspects pratiques, on pourrait y lire les priorités des sociétés missionnaires et tenter de percevoir quel message recevaient les populations sur l'importance plus ou moins grande accordée à ce secteur d'activités. Malheureusement, nous n'avons pu récolter des informations suffisamment précises à ce propos.

Les seuls éléments évidents révèlent que l'implantation des constructions répondait à la fois à des impératifs pratiques (nature du terrain concédé, présence de sources d'eau potable, etc.) et à des objectifs stratégiques. Il convenait de mettre en valeur le travail missionnaire en installant les bâtiments à des endroits visibles, des promontoires, des sommets de colline. Souvent, ces choix concernaient les édifices voués au culte. Ce fut par exemple le cas du temple de Kirinda, une des stations les plus anciennes de la Société belge de missions protestantes, « dominant la vallée profonde de la Nyavarongo » et se détachant sur « le cirque des montagnes plus ou moins verdoyantes et formant un imposant panorama », afin que « de cette hauteur, l'église [soit] vue de loin de deux côtés » (390). Les dispensaires n'avaient pas cette faveur. Chez les Adventistes de Rwankeri, le dispensaire était établi en contrebas de l'église, derrière l'école, soit dans un lieu peu visible, et occupait une surface beaucoup plus restreinte que les autres bâtiments (un quart environ) (391).

c) Effectifs sanitaires

Parmi les nombreux missionnaires qui travaillèrent au Ruanda durant l'entre-deux-guerres, un nombre limité avaient une formation médicale de type court (infirmières, sages-femmes) ou de type long (médecins) (voir le tableau n°28). Les effectifs sanitaires connurent cependant une progression importante durant la période étudiée, surtout parmi les infirmières diplômées. Le nombre d'infirmières et d'infirmières assistantes-coloniales religieuses dépassa en permanence les effectifs d'agents sanitaires et d'infirmières de l'État (392). Si l'on observe la situation des docteurs en médecine, le tableau est un peu différent : généralement les effectifs de l'État étaient plus élevés, mais certaines années ils furent dépassés par ceux de l'ensemble des sociétés missionnaires (notamment en 1928 et 1935).

Les effectifs missionnaires qualifiés dans le domaine sanitaire ne décollèrent qu'à partir de la fin des années 1920. Les Anglicans envoyèrent la plupart des médecins missionnaires occidentaux présents au Ruanda, alors que pour les infirmières, le partage était plus équitable entre l'ensemble des sociétés missionnaires. Le rapport entre infirmières et médecins missionnaires varia selon les années, les premières étant en permanence plus nombreuses que les seconds.

En 1933 (le premier recensement plus ou moins systématique étant bouclé), la population du Ruanda était estimée à 1 473 774 habitants (393). Si l'on rapporte les effectifs sanitaires occidentaux à l'ensemble de la population, on obtient un médecin

390 E. VON DER HEYDEN, « La construction du temple de Kirinda », in *BM*, I, n°20, avril 1926, p. 193.

391 Selon Madame Steveny-Monnier, entretien du 22 mars 2001, Bruxelles.

392 Comparer les tableaux n°28-29.

393 *RAC* 1933. En 1930, le gouvernement commença à enregistrer chaque homme adulte et les membres de sa famille. Le premier enregistrement fut terminé en 1933 et qualifié de recensement par les rapports officiels.

pour 105 270 habitants et une infirmière pour 73 689 habitants. En 1938, la population recensée atteignait 1 888 890 habitants, ce qui nous donne un médecin pour 111 111 habitants et une infirmière pour 59 018 habitants.

Les séries chiffrées de la période coloniale ne tenaient compte que des effectifs occidentaux. Or il y avait en outre un grand nombre d'auxiliaires africains de tous statuts et formations, comme nous l'avons signalé dans le chapitre consacré aux acteurs sanitaires africains. À titre indicatif, en 1962, le Rwanda indépendant comptait 29 médecins ; en 1986, 261. En 1990, le rapport entre le nombre de médecins et d'infirmières et la population totale était de un médecin pour 32 000 habitants et d'une infirmière pour 5 700 habitants (394).

d) Réseau curatif et ampleur de l'activité sanitaire

Un bref regard sur le tableau n°30 témoigne de l'importance du réseau sanitaire missionnaire au Ruanda durant l'entre-deux-guerres. Durant toute la période étudiée, il y eut toujours plusieurs dispensaires missionnaires en activité. Les missions catholiques, installées depuis le début du siècle, avaient une longueur d'avance, mais dès 1924, les missions protestantes eurent un poids équivalent. À partir de 1926, les diverses sociétés réformées comptabilisèrent plus de dispensaires et d'hôpitaux que les missions catholiques (395). Par ailleurs, les missions catholiques tablaient sur des dispensaires, alors que les missions réformées s'efforçaient de mettre sur pied des hôpitaux modernes, à l'exception de la petite société protestante belge qui n'en avait pas les moyens. Il fallut attendre 1937 pour que le monde missionnaire catholique puisse compter sur un hôpital : celui-ci dépendait directement du vicariat apostolique et non d'une société ou d'une congrégation particulière. Parmi ces diverses formations sanitaires, quelques unes seulement étaient reconnues par les autorités médicales des territoires sous mandat comme des partenaires à part entière (les formations sanitaires adventistes ne bénéficièrent que quelques mois d'une aide de l'État ; les missions anglicanes bénéficièrent quant à elles de subventions durant quelques années, dans le cadre de la campagne antipianique). Nous en reparlerons.

La comparaison du nombre d'établissements sanitaires missionnaires et de ceux de l'État est tout aussi éclairante (voir les tableaux n°18 et 30). Jusqu'en 1926, l'État disposa d'un hôpital, mais pas de dispensaires. Pendant cette même période, il existait déjà plusieurs dispensaires tant chez les Sœurs Blanches que chez les protestants belges. Bien entendu, ces dispensaires étaient rudimentaires, mais ils furent rapidement pris en charge par des personnes qualifiées. Lorsque le premier hôpital missionnaire fut établi par les Anglicans, il existait deux hôpitaux centraux de l'État, sans détachements régionaux. En 1938, les stations missionnaires disposaient en tout de cinq hôpitaux, alors que l'État comptait non seulement deux hôpitaux centraux, mais également neuf dispensaires principaux qui concurrençaient probablement la plupart des établissements missionnaires, sauf les hôpitaux de Gahini et de Ngoma qui étaient décentrés.

394 *La situation des enfants et des femmes au Rwanda*. 1992, Unicef, septembre 1992, p. 40.

395 Nous ne tenons pas en compte ici les dispensaires des Pères Blancs dans les stations périphériques. Ces dispensaires ne bénéficiaient d'ailleurs plus (ou exceptionnellement) de subventions de l'État, en raison de la délégation de ce pan de travail aux religieuses catholiques. Pour être tout à fait complet, il faudrait intégrer ces données dans l'ensemble, mais nous ne voyons pas bien sur quels documents nous baser pour obtenir ces informations. Les archives des Pères Blancs à Rome et celles de l'administration à Bruxelles n'ont pas été concluantes à ce propos.

Un dernier moyen de mesurer l'importance du travail sanitaire effectué au Ruanda par le monde missionnaire consista à aligner les chiffres. Malheureusement, d'une année à l'autre, voire d'une société missionnaire à l'autre, les données fournies changent de catégories : tantôt il s'agit du nombre de malades, tantôt du nombre de consultations, parfois celui des traitements. Une autre difficulté provient du fait qu'en 1937 et 1938, les *Rapports annuels aux Chambres* d'où sont tirées nos informations sur les sociétés réformées regroupaient les données concernant les médecins agréés (soit une partie du travail des Adventistes et la totalité du travail des Anglicans). Il ne nous est donc pas possible de déterminer le nombre de patients ou de consultations pour les Anglicans. Par ailleurs, les chiffres fournis dans notre tableau n°31 pour les Adventistes concernent deux stations sur trois, la plus importante (Ngoma) n'y figurant pas. En 1937, les cinq médecins anglicans et le médecin adventiste agréés avaient soigné 144 325 Rwandais et donné 233 920 consultations ; en 1938, ces chiffres atteignaient 145 517 patients et 285 618 consultations. Il s'agit de volumes non négligeables, même si nous ignorons le contenu et la qualité des prestations effectuées. Dans le cadre de la campagne antipianique, ces médecins agréés soignèrent 19 344 pianiques en 1937 et 21 270 en 1938. Leur collaboration au quadrillage sanitaire dans ce domaine ne laisse donc aucun doute.

§ 2. La Church Missionary Society

Comme nous l'avons signalé dans la présentation générale de la CMS, le travail médical et sanitaire revêtait une importance particulière pour cette société dans sa pénétration évangélique du Ruanda, tant en terme de persuasion envers les populations locales que comme moyen d'amadouer les autorités belges. Chacune des trois stations missionnaires implantées au Ruanda par cette société fut donc rapidement pourvue d'un dispensaire, progressivement transformé en véritable hôpital.

a) Pratique médicale et sanitaire

La société anglicane développa son activité sanitaire en deux pôles principaux : l'hôpital et le travail itinérant. Elle suivait de manière fidèle ce qui avait été mis en place en Uganda. La *Church Missionary Society* concevait son travail sanitaire dans une logique de réseau, un hôpital central parrainant un hôpital pionnier, lui-même chapeautant un réseau d'hôpitaux de petites dimensions et de dispensaires auxiliaires, le tout étant complété par des safaris médicaux.

Les hôpitaux rwandais de Gahini, Shyira et Kigeme s'inscrivirent dans le projet général d'évangélisation de la société en Afrique de l'Est. Ils furent parmi les derniers à être établis dans la zone par celle-ci. Par conséquent, le choix de leur emplacement, le type de plan, etc. furent influencés par les « hôpitaux-mères » d'Afrique de l'Est, et plus particulièrement par ceux d'Uganda. La CMS classait ses bâtiments médicaux en trois catégories : location d'habitations locales, bâtiments temporaires de style local, et constructions modernes de type occidental. L'objectif poursuivi était d'établir des bâtiments similaires aux constructions hospitalières européennes. Généralement, un hôpital pour Européens était construit non loin des hôpitaux pour Africains, mais l'existence de ce type d'institution était considérée comme secondaire par rapport au travail médical orienté vers les populations locales (396).

396 Celui de Kabale-Kigezi fut fermé en 1937, vu son succès trop important qui grevait les finances de la mission en général, au détriment des moyens nécessaires aux soins des Africains (Minutes of the EC

Nous esquisserons brièvement pour le lecteur l'agencement de deux hôpitaux anglicans d'Uganda, afin de montrer l'inspiration des médecins et infirmières de cette société au Ruanda. À Mengo, l'hôpital comportait au début des années 1920 trois pavillons modernes (dont une maternité), une salle de consultation et une salle d'opération. Il était complété par un hôpital pour Européens (397). La maternité et l'école supérieure pour accoucheuses étaient abritées dans un bâtiment de deux étages dominé par une tour centrale de trois étages. En 1923, après vingt-cinq ans d'existence, l'hôpital comprenait 187 lits, nombre qui fut ramené à 174 dix ans plus tard (398). Celui de Kabale (Kigezi), créé dix ans plus tard, était un établissement intermédiaire qui comprenait à la même époque 125 lits (399). Cet hôpital comportait une vingtaine de bâtiments en brique avec toit de chaume, dont quatre blocs de vingt-cinq mètres sur sept, reliés par un couloir couvert, concernaient les tâches médicales proprement dites. Il y avait un pavillon pour hommes et un autre pour femmes, un dispensaire et un bloc comprenant « a fine glass-windowed operating theatre », un laboratoire, une salle de consultation et un bureau (400). L'hôpital fut complété par un bloc pour les Européens et trois blocs pour les Indiens. Dans le modèle ougandais, on trouvait donc non seulement des séparations liées à l'organisation sanitaire proprement dite, mais également des divisions basées sur la "race" ou l'ethnie et le sexe.

Selon la logique de travail sanitaire en réseau, il fallait implanter aussi rapidement que possible un grand hôpital au Ruanda qui superviserait des dispensaires de moindre envergure établis dans les régions périphériques. Ce fut Gahini, formation hospitalière dont la vocation était de s'étoffer et de rayonner (401). Le médecin responsable de cet hôpital était chargé de stimuler et de surveiller des « besides dispensaries ». Deux hôpitaux supplémentaires furent ouverts à Shyira et Kigeme (402). Les accords de coopération médicale signés avec les autorités coloniales belges au début de 1934 furent considérés comme une impulsion supplémentaire et une incitation à accroître encore le travail sanitaire. Le projet de la CMS était d'équiper l'hôpital de Gahini de 70 lits et ceux de Shyira et de Kigeme chacun de 30 lits. En 1939, l'hôpital de Shyira en comptait 43 ; celui de Kigeme 32, et celui de Gahini 59 (403). Durant la famine *Rwakayihura*, l'hôpital de Gahini comptait selon les Pères Blancs 80 lits et supervisait 21 succursales (404).

L'examen des différents hôpitaux construits par la CMS au Ruanda révèle un certain nombre de points communs. Dès que les moyens le permettaient, l'hôpital était installé dans un bâtiment distinct de celui des consultations de patients externes et du dispensaire. Autour de ces constructions de base, venaient se greffer des immeubles complémentaires (latrines, bloc pour contagieux, maisons pour le personnel médical européen et africain, etc.). Les premiers bâtiments étaient

of the Ruanda Mission, Kabale, 3-4 septembre 1936 et Gahini, 28-29 janvier 1937, ACMS Londres, dossier MAM59 YCI).

397 D.M. BYABAZAIRE, *The Contribution of the Christian Churches to the Development of Western Uganda, 1894-1974*, Berne, 1979, p. 81 ; A.R. COOK, « Mengo Medical Mission », in *TMH*, XXVI, 1922, p. 281.

398 *AR CMS 1922-1923*, p. 19 ; *AR CMS 1933-1934*, p. 8.

399 Sur l'hôpital de Kabale-Kigezi, voir : *AR CMS 1923-1924*, p. 17 ; « Kigezi », in *TMH*, XXVII, 1923, p. 182 ; A.C.S. SMITH, « Advance in Ruanda », in *TMH*, XXIX, 1925, p. 284.

400 *AR CMS 1922-1923*, p. 25.

401 Voir les illustrations n°148-151 et 153, qui témoignent de l'évolution des bâtiments au fil du temps et de l'ampleur de l'hôpital.

402 Sur Shyira, voir les illustrations n°154, 156-157.

403 Report of a visit to CMS Hospitals in East Africa, Uganda and the Sudan. January-May 1939, *op. cit.*

404 VAR, *Rapport annuel pro manuscripto 1928-1929*, n°24, Alger, 1929, p. 316 et 319.

rudimentaires par les matériaux utilisés, ainsi que par leur mode d'utilisation. Les premières constructions n'étaient d'ailleurs pas entièrement dévolues au travail médical. Un même local pouvait servir d'école, d'église, de bureau de paiement, d'internat et de pavillon d'isolement pour les contagieux (405). Progressivement, une spécialisation des espaces se fit jour. Les locaux destinés au travail médical furent séparés des autres fonctions et compartimentés en fonction des divers aspects de l'activité et des conceptions socio-médicales des missionnaires. Apparurent des salles dévolues au soin et au pansage des ulcères pianiques, à l'isolement des contagieux, aux injections, à la préparation des médicaments, aux analyses de sang, à l'accueil des futures mères, à la stérilisation des instruments, aux opérations chirurgicales, aux vestiaires, etc. (406)

Avec l'accroissement de la fréquentation, les tâches administratives et d'accueil se multipliant, des locaux furent construits pour héberger les bureaux du médecin et de l'infirmière en chef, le bureau d'accueil et la salle d'attente. Ce compartimentage progressif fut antérieur à la construction de bâtiments modernes. Les premiers dispensaires de fortune avaient aussitôt que possible été divisés en trois espaces de base : salle d'attente, salle de consultation, dispensaire proprement dit. L'objectif était d'établir au moins deux bâtiments séparés, l'un pour le dispensaire et les patients externes, l'autre pour l'hôpital et l'administration. Dès 1934, le souci de former un personnel médical au sein de l'hôpital se manifesta dans l'affectation d'un local servant de classe pour les assistants hospitaliers.

En 1939, le plus gros hôpital du Ruanda, celui de Gahini, était décrit par le secrétaire médical de la CMS comme un seul bloc administratif et hospitalier séparé en deux parties. À l'arrière, un hall d'attente avec cour extérieure, donnait accès à une salle d'injection, un espace de traitement, un dispensaire équipé d'une pharmacie et un magasin pour l'infirmière en chef (donnant lui-même accès à une pièce extérieure pour les soins des ulcères). À l'avant, on trouvait une salle d'attente pour les Tutsi, un bureau et une salle de classe, une salle de consultation pour garçon de salle utilisée aussi comme laboratoire, un vestibule central servant de salle d'attente du docteur, une salle d'opération principale avec accès à une salle d'opération (pour les infections et les maladies vénériennes) et une salle de stérilisation. S'ajoutaient encore deux salles communes (pour les hommes et les femmes), une maternité avec salle de travail et deux pavillons d'isolement.

Les locaux étaient conçus pour séparer les hommes et les femmes, mais aussi les Européens, les Africains et les Indiens, ou encore les notables et le tout-venant. Le secrétaire du comité médical de la CMS, en visite d'inspection à Shyira en 1939, signalait l'existence d'une barrière régulant l'admission des patients de la « lower class » dans la salle d'attente du dispensaire (407). Il constata à Kigeme la même année que « a special feature of the hospital are the private wards for batutsi patients, making part of the hospital a sort of private nursing home. » De l'aveu du médecin de ce poste, une ségrégation ethnique vit le jour en 1939 : quelques chambres particulières, voire, en cas d'affluence de patients aisés, le bureau de l'infirmière ou du médecin, furent dévolus « for somewhat exclusive batutsi chiefs and their female relations » (408). À Gahini, il y avait une salle réservée aux Indiens

405 H.S. JACKSON, « The needs of the Church at Gahini », in *RN*, n°26, octobre 1928, p. 21.

406 Voir notamment les huttes pour ulcéreux, illustration n°150.

407 Report of a visit to CMS Hospitals in East Africa, Uganda and the Sudan. January-May 1939, *op. cit.* La citation suivante est également extraite de ce rapport.

408 TH. GOODCHILD, « Dr. Goodchild is now settled in at Kigeme », *op. cit.*, p. 34.

au début des années 1930 et une salle d'attente pour les Tutsi à la fin de la même décennie.

Dans les hôpitaux anglicans du Ruanda, on trouvait donc une division de l'espace sanitaire en fonction des activités sanitaires et médicales déployées, mais aussi de catégories sortant du champ sanitaire strict : division selon le sexe et ségrégation ethnique. Ce type de séparation ethnique se retrouvait dans les formations sanitaires britanniques d'autres régions du monde (Inde, Afrique du Sud). Le travail sanitaire missionnaire débordait donc du domaine médical strict pour renforcer des divisions ethniques. La division hommes-femmes était un classique du genre en Europe, pour faciliter la surveillance et le traitement des malades dans des espaces communs (n'oublions pas que la toute grande majorité des malades étaient hospitalisés dans des salles communes de plus de vingt lits) (409).

Chaque hôpital avait son mode de fonctionnement, lié à sa taille et à ses moyens humains. Il existait cependant quelques règles générales : l'ouverture des activités médicales du matin et de l'après-midi par un temps d'évangélisation et de prière suivi d'une formation spécifique pour le personnel sanitaire africain, la concentration des activités de consultations pour patients externes le matin, le regroupement des opérations chirurgicales non urgentes sur un seul jour de la semaine sauf en cas d'urgence, etc. De manière générale, « a day's work in the out-patients department, starting with prayers for the staff led by one of the African dressers, then a short service for the patients in the waiting room, and then the long stream of cases to be seen by the doctor and passed on for medicine or dressings » (410).

Selon les Pères Blancs, qui vivaient l'action anglicane comme un danger pour leurs missions, les médecins britanniques utilisaient les distributions gratuites de médicaments dans une stratégie d'attraction des populations : « pour attirer les gens, ces messieurs distribuent vivres, remèdes, étoffes... Ils passent sur la colline enviée, distribuent des remèdes, habillent quelques individus et promettent à beaucoup d'autres » (411). Pourtant, lorsque les médicaments étaient coûteux, une contribution était demandée aux patients ; la même politique fut adoptée quand les budgets devinrent plus serrés au début de la Deuxième Guerre mondiale.

Lorsque deux médecins étaient affectés au même endroit, ils se partageaient le travail, l'un étant en charge de l'hôpital, l'autre pouvant se libérer pour faire des safaris évangéliques et de médecine itinérante ; « we have been making these safaris a hospital evangelistic effort » (412). Ailleurs, mari et femme alternaient leur présence au dispensaire, mais travaillaient en équipe pour les accouchements et les opérations. Une infirmière missionnaire rapporte le déroulement d'une consultation : « the patients come in three at a time if you would let them, and they greet Dr. St Smith like a life-long friend. After they have been seen, they pass out in another room where we direct them ; those for medicine go to the little dispensary window, where one of our senior boys dispenses and gives them what the doctor has ordered, the others for dressing, teeths extraction, sore eyes and discharging ears sit or stand in the large room and are attended as rapidly as possible » (413).

409 Voir notamment les illustrations n°152 et 153.

410 I. INNES, « Miss Innes's first letter », in *RN*, n°53, juillet 1935, p. 35-36.

411 VAR, *Rapport annuel pro manuscripto 1930-1931*, n°26, Alger, 1931, p. 292-293.

412 J.E. CHURCH, « Dr. J.E. Church's report », in *RN*, n°49, juillet 1934, p. 14.

413 C. HARROP, « Miss Harrop gives an account of Kigeme hospital », in *RN*, n°51, janvier 1935, p. 38.

L'organisation s'articulait autour du diagnostic préliminaire du médecin, après quoi les patients étaient répartis en fonction des soins nécessaires et envoyés dans des locaux distincts, où travaillaient des infirmiers et panseurs africains. Il s'agissait d'une procédure différente de celle mise en place par la mission antipianique, qui soumettait les patients d'abord au personnel auxiliaire, lequel sélectionnait les cas graves pour le médecin. Dans les hôpitaux anglicans, faute de place, on ne gardait que les cas graves ; les autres malades hospitalisés devaient être rapidement évacués en service externe. Les hospitalisés moins gravement atteints étaient couchés par terre sur un matelas ou sur de l'herbe. Seuls les patients « for desperate need » étaient admis comme internes, notamment à Kigeme (414). Le plan de l'hôpital de Shyira témoigne de la séparation et de la spécialisation des espaces (415). À côté du travail en établissements hospitaliers fixes, les Anglicans développèrent des safaris médicaux qui faisaient affluer les foules et demandaient une organisation assez importante (416).

Il est impossible de déterminer le volume de travail effectué dans les trois hôpitaux anglicans : les statistiques ne sont pas reprises dans les archives que nous avons pu consulter. Il faut se contenter des commentaires des différents missionnaires dans leurs lettres annuelles, qui parlent toutes d'un travail harassant et incessant (417). L'interprétation de ce genre de commentaires est rendue d'autant plus difficile que ces lettres s'adressaient aux éventuels donateurs d'Europe. Par contre, les sources officielles fournissent une série de données chiffrées concernant le nombre de consultations (voir le tableau n°31), mais également les hospitalisations et la chirurgie (tableau n°32) (418).

Outre le travail fixe, les missionnaires anglicans organisaient des safaris médicaux (ou croisières médicales) de plusieurs jours, voire plusieurs semaines, baptisés « evangelistic and medical safaris » (419). Il faut peut-être voir dans l'action de médecine itinérante de la CMS au Ruanda l'influence du Dr Cook et de son épouse, qui mirent sur pied des safaris de sensibilisation et de traitement des maladies vénériennes à travers de larges zones de l'Uganda, dans la lignée des combats eugénistes. Gahini systématisa la pratique des safaris médicaux. C'était aussi une aspiration des autres hôpitaux anglicans du Ruanda qui souhaitaient voir leur travail hospitalier renforcé par des voyages médico-évangéliques dans les succursales environnantes. Les premières tournées eurent pour but de créer de nouveaux districts et d'installer les *dispenser-evangelists* dans de petites succursales (420). Nous avons vu leur rôle dans le chapitre sept de la première partie. Par la même occasion, les missionnaires soignaient les malades de ces régions, éloignées de tout centre européen (421). Par la suite, ces safaris furent conçus comme des visites d'inspection et de contrôle des succursales-dispensaires,

414 A.C.S. SMITH, « Dr. Stanley Smith's letter », in *RN*, n°47, janvier 1934, p. 10.

415 Voir l'illustration n°156.

416 Voir notamment les illustrations n°163 à 169.

417 Les photographies reproduites dans la revue interne de la société missionnaire à destination de ses sympathisants mettaient l'accent sur les foules qui se déplaçaient vers les hôpitaux et dispensaires (voir notamment les illustrations n°158 et 160).

418 Les hôpitaux anglicans étaient fiers de leur service de chirurgie. Voir notamment l'illustration n°155, montrant une amputation réussie.

419 J.E. CHURCH, « Dr. J.E. Church tells of medical journeys », in *RN*, n°50, octobre 1934, p. 24.

420 C.B. VERITY, « CMS, Gahini, Ruanda » in *RN*, n°37, juillet 1931, p. 15 ; P.J. BRAZIER, « Mr. Brazier's october letter », in *RN*, n°55, janvier 1936, p. 13.

421 Voir notamment l'illustration n°168.

et comme des moyens d'atteindre, par le biais des soins médicaux, des gens toujours influencés par la médecine locale, les sorciers et les guérisseurs (422).

Le logement des médecins et infirmières lors de ces safaris prenait des formes variées : camping sous tente, nuits passées dans les voitures ou dans les gîtes d'étape du gouvernement colonial. Le matériel nécessaire à ces tribulations médicales était important : les missionnaires emportaient, ou faisaient transporter, tente, chaises, table et lits pliants, literie, nourriture, ustensiles de cuisine, baignoire en étain, vêtements et lampes (423). Pour la partie évangélisatrice de ces voyages, ils utilisaient en outre un gramophone, un « baby cinématograph » et des dessins colorés. Enfin, comme ces voyages se faisaient parfois en famille, il n'était pas rare que les bagages comportent un parc et des accessoires pour bébé. Bien entendu, les missionnaires emportaient systématiquement leurs trousses et sets d'instruments ainsi que des coffres-pharmacie contenant des drogues et le nécessaire pour les injections qui s'avéraient toujours trop peu fournis pour soigner les gens en route.

Pour assurer ce travail itinérant, les hôpitaux anglicans disposaient de moyens de transport motorisés : bateau, voiture, moto. À Gahini, il y avait dès 1930 une moto, un bateau à moteur pour desservir les populations riveraines du lac Mohasi (cent trente kilomètres de circonférence) et une *medical box-body* Rugby Durand six cylindres avec moustiquaire. Mais certains voyages étaient effectués à pied, avec l'aide de porteurs. Cependant, la plupart du temps, les missionnaires rejoignaient un lieu central par transport motorisé et partaient ensuite à pied pour desservir les environs. Il n'était alors pas nécessaire de transporter l'intégralité des charges.

b) Conditions matérielles

Un coup d'œil sur les conditions matérielles de travail sanitaire n'est pas inutile. En effet, les à-côtés du travail médical prenaient beaucoup de temps et d'énergie au personnel missionnaire, y compris aux médecins et infirmières. Ces tâches annexes concernaient les constructions (les hôpitaux étaient des chantiers permanents), l'approvisionnement et l'entretien. Par ailleurs, la qualité et l'ampleur de l'équipement médical et pharmaceutique n'étaient pas sans incidence sur les possibilités réelles d'action sanitaire.

Dans les stations anglicanes du Ruanda, comme les autres hôpitaux pionniers de la CMS, les bâtiments médicaux furent d'abord réalisés selon le modèle local, sous forme de huttes de terre et de chaume ou de branches tressées avec toit d'acacia ou de roseau. Joe Church les appelait de manière pittoresque « the wigwams » (424). Ces constructions temporaires furent ensuite améliorées par une toiture de fer blanc, puis l'on passa à des constructions de briques cuites ou de blocs de lave cimentés, établies sur des fondations de briques cuites et de ciment. Ces bâtiments étaient soit coiffés de toitures métalliques, soit couverts de bitume ou de goudron (*roofing*). Progressivement, les sols, cours et vérandas furent cimentés, les murs plafonnés, puis blanchis à la chaux. Les plafonds furent d'abord réalisés avec un mélange de plâtre et de bambou, mais suite aux dégradations causées par les insectes, le bambou fut progressivement remplacé par du fil de fer. Les ouvertures (fenêtres et portes), laissées béantes et colmatées pour la nuit par des morceaux de tôle ondulée, furent peu à peu équipées de portes et de châssis de bois et de verre. Dans les régions plus humides, une couche hydrofuge était apposée sur les murs.

422 L.E.S. SHARP, « The medical work reviewed by Dr. Sharp », in *RN*, n°22, octobre 1927, p. 11.

423 Voir l'une de ces caravanes (illustration n°164).

424 J.E. CHURCH, *Quest for the Highest*, *op. cit.*, p. 35. Voir l'illustration n°148.

Les hôpitaux étaient d'un seul étage et échelonnés selon les dénivellations du terrain en plusieurs constructions rapprochées. Les diverses constructions étaient regroupées autour d'une cour intérieure. Des jeux de couleurs apparaissaient, notamment à l'intérieur des bâtiments. « The walls are distempered buff colour at the bottom and white at the top ; this gives a bright, clean appearance » (425). De manière générale, toutes les stations anglicanes d'Afrique orientale adoptaient le même plan d'ensemble, moyennant quelques aménagements liés aux contraintes du relief et des surfaces disponibles. Les bâtiments médicaux répondaient à ce même souci de standardisation (426).

Certains matériaux de construction étaient recherchés sur place (argile, blocs de lave, sable), mais beaucoup étaient importés. Les hôpitaux du Ruanda furent en bonne partie construits avec des matériaux acheminés d'Uganda par portage ou par camions affrétés par la CMS (ciment, tôles ondulées, bois de charpente et de menuiserie, goudron et plâtre). Les arrivages par camions depuis le protectorat britannique attestaient de la richesse de cette société missionnaire.

Pour édifier ces constructions, les missionnaires disposaient d'un réservoir de main-d'œuvre qualifiée à l'extérieur du Ruanda. La CMS avait en effet mis en place en Uganda plusieurs écoles techniques et professionnelles formant des charpentiers, menuisiers, couturiers, etc. (427). Ces écoles, bien qu'exigeant des droits d'entrée élevés, remportaient un grand succès. Elles étaient le fruit d'une collaboration entre la société missionnaire anglicane et le gouvernement colonial britannique, qui souhaitaient tous deux former un personnel qualifié dans les secteurs des travaux publics, des transports, de l'agriculture, de l'administration et du travail médical. La mission du Ruanda dépendant dans un premier temps de celle d'Uganda, il était naturel que des échanges de services existent entre les deux régions. Des maçons, charpentiers, briquetiers, etc. furent envoyés au Ruanda pour les constructions. Un réservoir de main-d'œuvre qualifiée existait également dans le secteur de l'artisanat grâce aux écoles industrielles ougandaises : les hôpitaux rwandais de la société furent équipés de mobilier fabriqué sur place par ces ébénistes et menuisiers avec du bois provenant de la forêt de Kabale. En parallèle, les missionnaires recouraient à une main-d'œuvre locale non qualifiée (pour le portage des briques, bambou et bois, le lavage du sable, le découpage des blocs de lave, etc.).

L'ensemble des travaux de construction était supervisé par un missionnaire européen, souvent non qualifié dans ce domaine : la plupart du temps, le pasteur ou le médecin contribuaient concrètement à la construction en installant les gouttières ou les charpentes avec les ouvriers. Selon Joe Church, la main-d'œuvre locale des débuts était payée en argent, « or what was worth far more to them, food » (428). L'intervention des médecins missionnaires dans le secteur des constructions prélevait un temps précieux sur celui théoriquement disponible pour le dispensaire ou l'hôpital. Ceci relativise les statistiques des effectifs missionnaires qualifiés : ils n'étaient pas en permanence préoccupés de questions sanitaires.

Les bâtiments de l'hôpital proprement dit étaient complétés par un ensemble de constructions affectées aux tâches d'intendance et d'entretien, ainsi qu'au logement

425 C. HARROP, « Miss Harrop gives an account of Kigeme Hospital », in *RN*, n°51, janvier 1935, p. 39.

426 Voir par exemple la parfaite similitude des salles d'hospitalisation à Gahini et Kigezi (illustrations n°152-153).

427 Sur ces écoles techniques de la CMS, voir les *AR CMS 1919-1920 à 1924-1925*. Il en existait à Kako, Kavirondo et Budo.

428 J.E. CHURCH, *Quest for the Highest*, op. cit., p. 35.

du personnel européen et africain. Buanderies, lingeries, magasins de stockage du bois et des outils d'entretien, magasins de vivres, citernes à eau de pluie, etc. étaient regroupés autour des bâtiments centraux.

Les missionnaires anglicans étaient préoccupés par la rapidité avec laquelle les bâtiments s'abîmaient et les environs retournaient à la broussaille. Il fallait sans cesse replafonner les murs, réparer les plafonds écroulés, repeindre les murs intérieurs et extérieurs, badigeonner les charpentes, remplacer les bois mangés par les termites. Le problème de ces fourmis blanches était particulièrement préoccupant à l'hôpital de Gahini, qui voyait ses charpentes, ses plafonds et ses jeunes plantations d'arbres attaqués : « all the cellings in the hospital have been down 2 or 3 times as the result of the white ants eating the binding of the lathes » (429). Pour lutter contre ces fourmis, plusieurs moyens furent employés en parallèle. Le premier était de remplacer autant que possible le bois qui servait de base aux plafonds par du métal. Le second était de lutter impitoyablement contre les friches où elles proliféraient, en cultivant toute la colline de l'hôpital. Cette méthode semblait donner d'assez bons résultats. Enfin, aux grands maux, grands remèdes, les missionnaires offrirent des récompenses pour la capture de reines. Pour un franc par reine, les paysans se mirent à la chasse (430). Ces captures donnèrent des résultats, les plus frappants étant le développement des eucalyptus, acacias, et autres espèces aux alentours de l'hôpital. Mais selon le staff européen, une partie des dégradations des bâtiments et du matériel étaient dues à l'intense fréquentation par les malades ; ce fut particulièrement le cas lors de la famine *Rwakayihura*, les bâtiments étant littéralement bondés d'affamés. Mais le manque de formation du personnel africain et les attitudes des patients étaient également incriminés : « a hospital has so much wear and tear, and these people cannot make things last very long » (431).

L'entretien du linge et des uniformes demandait également un travail important. Le blanchissage était assuré par des équipes de travailleurs africains. Les uniformes et vêtements des patients s'usaient vite et leur nettoyage était difficile (problème d'approvisionnement en eau et savon). Le raccommodage, la coupe et la confection furent dans un premier temps effectués par les épouses des missionnaires, relayées peu à peu par du personnel africain formé à cet effet. La réalisation d'une partie des uniformes était sous-traitée par des magasins arabes (432). Il restait encore la question du nettoyage et de la désinfection des salles, du mobilier et de la literie.

La mission recourait à différents types de travailleurs pour ces tâches annexes au travail médical. Nous l'avons vu, une partie du personnel était envoyée temporairement d'Uganda pour les constructions. Sur place, la mission employait des travailleurs réguliers salariés (blanchisseurs, domestiques, etc.). Il y avait en outre des travailleurs volontaires, cherchant à acquérir un livre de prières par exemple ; mais d'autres étaient de pseudo-volontaires, « to be sent by the local chiefs on the same principle as has until recently prevailed in Uganda » (433).

Ce personnel était presque exclusivement masculin. Les femmes ne vinrent que très progressivement travailler pour la mission. Par ailleurs, un certain nombre de

429 AL (Decima Tracey), Gahini, août 1931 (ACMS Birmingham, dossier G3 AL CHI-D).

430 J.E. CHURCH, « From Dr. Church », in *RN*, n°32, avril 1930, p. 18.

431 J.E. CHURCH, « Dr. J.E. Church tells of verses added to the 11th Chapter of Hebrews at Gahini », in *RN*, n°40, avril 1932, p. 23.

432 P.J. BRAZIER, « Report on the year's work from the Rev. P.J. Brazier », in *RN*, n°52, avril 1935, p. 29.

433 H.S. JACKSON, « First impressions of the 'Land of Promise' », in *RN*, n°19, janvier 1927, p. 19.

domestiques du personnel européen étaient des Tutsi. Parmi les maçons venus d'Uganda, il y avait plusieurs pygmées. La mission accordait la préférence aux travailleurs chrétiens de sa confession, qu'elle considérait comme des « men who, because their hearts are changed, live clean lives and work hard and conscientiously » (434). Les tâches demandées aux Africains concernaient le portage, le jardinage, le blanchissage, le nettoyage, l'entretien des maisons du personnel médical européen et la cuisine. Les Européens supervisaient ces diverses tâches. La question du salaire était déterminante. Certains types de tâches trouvaient peu de candidats, surtout le portage de bois et d'eau, travail fatigant et peu payé. La concurrence faite par les sociétés minières, plus généreuses, se faisait sentir. Les porteurs d'eau devaient parcourir des distances d'un kilomètre et demi à trois kilomètres avec dix-huit litres d'eau sur la tête. Ils touchaient la moitié du salaire d'un *boy*.

Par ailleurs, des hôpitaux aussi grands que ceux mis en place par la CMS au Ruanda rencontraient des problèmes importants d'approvisionnement de tous ordres : « one has to consider every detail out here – water, wood, lighting and soap. We have of course no coal, and often the bundles of wood are so small they go in no time » (435). Les matériaux nécessaires pour la maintenance et les constructions venaient, en grande partie d'Uganda, mais les populations locales offraient ou vendaient également certaines matières (cordes, chaux, herbe pour les toitures, bois, sable...). L'approvisionnement en bois de construction était particulièrement problématique : il y avait peu de forêts, peu d'arbres convenant à la fabrication de poutres et de planches. Il fallait parcourir de longues distances pour en trouver, obtenir avec peine le consentement des autorités africaines locales, assurer le transport en trouvant des porteurs acceptant d'aller dans les zones plus boisées. Or, selon les missionnaires, « people are terrified to go into the 'bush' for fear of lions » (436). Dans cette perspective, et selon les consignes de l'administration coloniale, la société entreprit un programme de reboisement et de plantations d'arbres aux alentours de la mission et de l'hôpital. Ce programme entraînait des contraintes d'entretien et de maintenance.

L'approvisionnement en eau et bois de chauffage posait également le problème du portage, plus aigu en période de disette ou de saisons de travaux agricoles intenses. Les hôpitaux, établis sur les hauteurs, se trouvaient assez éloignés des sources dans les vallons. À Gahini, le problème de l'eau fut en partie résolu par la construction de deux grandes citernes de ciment récoltant les eaux de pluie de la toiture de l'hôpital. L'eau était en effet nécessaire pour des usages alimentaires, mais également sanitaires (douches pour les patients, bains pour le personnel européen, nettoyage des bâtiments, blanchissage, etc.). À Kigeme, un bassin fut créé en détournant le cours de la rivière pour approvisionner en eau l'école et l'hôpital. Cette opération fut entreprise par le chirurgien lui-même.

Le dernier secteur d'approvisionnement concernait les vivres pour les patients et le personnel. La mission achetait des aliments aux populations environnantes et sur les marchés ; elle pourvoyait partiellement à ses besoins en faisant cultiver des parcelles par un personnel engagé dans ce but. Lors de périodes critiques de disette, le gouvernement colonial complétait l'approvisionnement en fournissant des tonnes de vivres par camions. Les travailleurs européens achetaient des vivres

434 W.F. CHURCH, « Dr. W.F. Church sums up the Year's work », in *RN*, n°44, avril 1933, p. 20.

435 B.S. MARTIN, « Miss Martin's letter about Joys and needs at Gahini », in *RN*, n°40, avril 1932, p. 23.

436 *Ibidem*.

correspondant à leurs habitudes alimentaires occidentales. À l'occasion, ils ne dédaignaient pas le gibier. Le pasteur Herbert Jackson et le Dr Joe Church organisèrent de grandes chasses dans la forêt, avec l'aide d'une vingtaine de leurs employés africains, dont les garçons d'hôpital. Le gibier abattu était débité en rations distribuées à tous les patients et aux membres de la station missionnaire. Ces détails de vie quotidienne révèlent la variété des fonctions remplies par le personnel sanitaire, tant européen qu'africain.

La société anglicane avait encore besoin pour ses hôpitaux de s'approvisionner au Ruanda ou se faire envoyer d'Uganda ou d'Europe du savon, de la paraffine pour l'éclairage, etc. Après la crise de 1929, il y eut rationnement : le savon manquait, les salles ne pouvaient plus être éclairées la nuit. De fréquents appels aux dons étaient exprimés dans la revue de la mission diffusée en Grande-Bretagne.

Les hôpitaux anglicans disposaient d'un équipement relativement élaboré, si on le compare avec celui des dispensaires des Sœurs Blanches par exemple. Cette sophistication était toute relative cependant si on la mettait en regard des autres stations médicales de la CMS. Au sein de la société, le comité médical classait les hôpitaux missionnaires en fonction de la qualité de leur équipement (437). Quatre grandes classes étaient définies : le manque absolu ou le très faible équipement moderne ; l'existence d'une salle d'opération, seul élément de l'hôpital équipé de façon moderne ; l'hôpital totalement équipé de façon moderne, mais sans appareil à rayons X ; l'hôpital disposant de toutes les facilités modernes, y inclus un appareil à rayons X en ordre de marche. Cette classification était complétée par un échelonnement en fonction de la qualité d'équipement du laboratoire de l'hôpital : 1. néant ; 2. facilités partielles, c'est-à-dire existence d'un microscope et d'un petit outillage, sans incubateur bactériologique ; 3. toutes les facilités, y compris l'incubateur bactériologique.

Si l'on examine les hôpitaux de cette société au Ruanda, il n'est pas simple de les étalonner selon cette grille d'analyse interne : en effet, nous ne disposons que de données fragmentaires. Pour nous faire une idée de ce que pouvait être l'équipement au Ruanda, il nous faut choisir un modèle de référence et le comparer à la situation plus modeste des hôpitaux rwandais. En 1920, l'hôpital moderne de Mengo était équipé d'un appareil à rayons X, d'un département électrothérapeutique, d'un générateur d'électricité et de « modern aseptic furniture » (438). Nous pouvons considérer cette situation comme un seuil maximal en-deçà duquel les hôpitaux pionniers du Ruanda se positionnaient sans doute.

Il existe cependant quelques indices concrets concernant la variété et la qualité de l'équipement médical au Ruanda dans ces hôpitaux missionnaires. En 1936, un des protecteurs de la mission au Ruanda-Urundi voulut offrir un groupe électrogène à l'un des hôpitaux d'Urundi, équipement qui fut refusé car d'autres priorités avaient été établies par les missionnaires (439). Nous ignorons si d'autres hôpitaux, Gahini par exemple, en étaient équipés. Cependant, celui-ci étant considéré comme le premier et le plus important de la société dans les territoires sous mandat belge, il serait surprenant que l'on ait choisi d'équiper d'abord un hôpital de taille plus modeste. À Kigeme en 1934, un cas urgent révèle l'absence d'un département électrothérapeutique, puisqu'une pleurésie y fut soignée « by connecting up the

437 *TMH*, XXVI, 1922, p. 117.

438 J.H. COOK, « Backward-Forward-Upward », *op. cit.*, p. 136.

439 Summary of statement made by Archdeacon Pitt Pitts to the Subcommittee, 8 janvier 1936 (ACMS Birmingham, dossier AF 35/49 G3 A11/4).

terminals of one of the sparking plugs [and] sen[ding] a series of powerful shocks through her throat and chest » (440).

Nous n'avons pas trouvé de mention d'un département de radiologie dans les trois hôpitaux anglicans du Ruanda ; la présence d'appareils à rayons X reste donc ouverte. Nous n'avons pas davantage trouvé trace d'incubateurs bactériologiques. Le principal hôpital de la CMS du Ruanda, celui de Gahini, disposait d'un microscope, puis de deux à partir de 1939. Chaque hôpital était équipé d'instruments chirurgicaux et du matériel médical de base (seringues hypodermiques, flacons pour les médicaments, réchauds de camping pour stériliser les instruments, thermomètres, chariots pour ranger les instruments, etc.) Malgré tout, aux yeux des inspecteurs anglicans de la société, c'était insuffisant : Arthur Pitt Pitts constata en 1936 qu'à Kigeme : « the hospital (...) is almost without any equipment » (441). Lors de sa visite d'inspection en 1939, le secrétaire médical fit le même constat pour l'hôpital de Shyira, dont il trouvait la salle d'opération trop peu équipée, l'essentiel de cet équipement appartenait de surcroît en propre au médecin responsable (442). En 1938, le médecin de Gahini décrivait sa table d'opération comme « held together by a six-inch nail (...) and string », table remplacée il est vrai quelques mois plus tard grâce à un don venu du Royaume-Uni (443).

Sur base de ces différentes informations, les hôpitaux anglicans du Ruanda se situaient au début de l'échelle de critères de leur société (hôpitaux de base, équipés d'une salle d'opération relativement sommaire, sans équipement de radiologie, mais avec un laboratoire suffisant). Ajoutons encore que ces trois hôpitaux disposaient d'une infrastructure beaucoup plus développée en Uganda, à laquelle ils pouvaient faire appel en cas de besoin. L'hôpital de Kabale envoya plusieurs fois du matériel manquant, ou prit en charge des cas nécessitant un suivi et un équipement plus perfectionnés.

Pour loger les malades, les missionnaires recoururent à des lits faits de cadres de bois et de cordes. Les sommiers étaient couverts de nattes, remplacées petit à petit par des matelas rembourrés de foin. Progressivement, les lits de bois furent remplacés par des lits à cadre métallique. Les lits pour enfants étaient de simples caisses de bois. De manière récurrente, les missionnaires signalaient le manque de lits et rapportaient qu'ils devaient installer les patients par terre sur du foin ou dans des lits de fortune. L'*archdeacon* Pitt Pitts en visite à Kigeme en 1936 racontait qu'il avait « found a patient on a broken wire mattress which is supported on a pile of bricks » (444). Chaque fois qu'un lit était pris en charge par un donateur en Occident, un panneau au nom de celui-ci y était accroché.

Un autre aspect important était celui des médicaments. L'importance du stock était déterminante dans la concurrence avec les autres formations sanitaires, missionnaires et étatiques. Les hôpitaux anglicans du Ruanda bénéficiaient de leur insertion dans un réseau hospitalier anglican plus large pour les dépannages en cas

440 A.C.S. SMITH, « Dr. and Mrs. Stanley Smith each give us a welcome note », in *RN*, n°49, juillet 1934, p. 21.

441 Lettre d'Arthur Pitt Pitts « private, not for circulation », intitulée *The Ruanda Mission. Report by the Secretary of the Mission to the Home Council*, novembre 1936 (ACMS Birmingham, dossier AF 35/49 G3 A11, subfile 9).

442 Report of a visit to CMS Hospitals in East Africa, Uganda and the Sudan. January-May 1939, *op. cit.*.

443 T. BRYAN, « More occasion for praise and prayer from Dr. Tom Bryan », in *RN*, n°65, août 1938, p. 26.

444 Lettre d'Arthur Pitt Pitts, « private, not for circulation » intitulée *The Ruanda Mission*, *op. cit.*

de rupture de stock, mais aussi pour les commandes. Joe Church racontait notamment que « our weekly postman would stagger 90 miles through the bush with our mail bag on his head, to and from Kabale, and urgent drugs could come by post that way from Kampala » (445). Les commandes de médicaments quant à elles étaient regroupées et discutées au sein du *Medical Sub-Committee*. Le budget pharmaceutique de chaque hôpital était fixé d'année en année, au moment de la discussion sur les comptes et budgets qui avait lieu sur le terrain, puis était contrôlé et avalisé à Londres par le *Ruanda Council*. Les colis réceptionnés au siège central de la mission étaient ventilés vers les hôpitaux plus petits, qui en faisaient de même vers les petits dispensaires qui dépendaient d'eux.

Au début de la Seconde Guerre mondiale, l'approvisionnement en médicaments d'Europe fut interrompu. Selon un des missionnaires sur place, une saine gestion des stocks de chaque hôpital permettait encore « to keep going for a year or so » (446). Cependant, cette dépendance vis-à-vis de l'Europe posait problème en cas de troubles politiques ou économiques et les missionnaires craignaient « that it will be difficult to get drugs and supplies in the future » (447). Les difficultés financières qui suivirent la déclaration de guerre poussèrent à diminuer fortement les commandes de médicaments à partir de 1940. Il y eut une diminution des budgets mais pas une interruption totale, car le *Ruanda Council* à Londres estima qu'après la guerre les stocks devraient être reconstitués à des prix plus élevés (448).

Une partie des médicaments était commandée directement en Grande-Bretagne ; des dons de sympathisants de la métropole ou des colonies complétaient cet apport dans certains cas. Après la grande famine de la fin des années 1920, le *Famine Fund* qui avait été mis en place en Grande-Bretagne permit à la mission de reconstituer ses stocks de médicaments mis à mal par l'afflux d'affamés (449). Des collectes systématiques étaient organisées à Londres pour constituer des ballots de bandages et de pansements à expédier dans les hôpitaux anglicans du Ruanda. Les préparations courantes étaient effectuées par le staff africain sous la supervision de l'infirmière en chef européenne. Les missionnaires occidentaux utilisaient les formules classiques, mais n'hésitaient pas à recourir à de nouveaux médicaments.

Ils faisaient aussi preuve d'imagination en adoptant des solutions alternatives créées par eux ou éprouvées dans d'autres hôpitaux de la région. Ils pensaient par exemple les ulcères avec des « rubber bandages (...) made from the old inner tubes of the Gahini Hospital car ! I don't know where the brain wave first originated (I saw it first at Kabale). Anyway, we have had most encouraging results by this form of treatment » (450). Les voitures des missionnaires anglicans stimulaient visiblement leur imagination pour concevoir des traitements exotiques (nous avons déjà signalé l'utilisation du moteur de la voiture du médecin de Gahini pour soigner une pleurésie).

Ce déballage matériel permet d'affiner la vision du travail sanitaire fourni par les missions anglicanes au Ruanda. En effet, il témoigne de la relative richesse de cette

445 J.E. CHURCH, *Quest for the Highest*, op. cit., p. 36.

446 G.T. HINDLEY, « Dr. Hindley is still at Shyira after all », in *RN*, n°70, novembre 1939, p. 23.

447 M. FORDER, « Miss Forder writes of Gahini Hospital events and plans », in *RN*, n°70, novembre 1939, p. 30.

448 Minutes du RC, Londres, 20 mai 1940 (ACMS Londres, dossier MAM C1/2).

449 AL (J.E. Church), Gahini, 1931 (ACMS Birmingham, dossier G3 AL CHI-D).

450 A.M.W. WALKER, « Miss Walker asks for prayer for Gahini Hospital », in *RN*, n°42, octobre 1932, p. 24.

société. Il révèle combien les médecins perdaient de temps à régler des problèmes d'intendance et de construction. Il souligne également les facilités dont bénéficiaient les médecins missionnaires dans l'exercice de leur métier : recours possible à des praticiens plus expérimentés ou mieux équipés en Uganda, possibilité de commander en urgence des médicaments, etc. Du côté des malades, nous découvrons les conditions rudimentaires dans lesquelles se passait leur hospitalisation.

c) Pratique sanitaire et évangélisation

Nous avons déjà mentionné que le travail sanitaire n'était pas un but en soi pour les médecins missionnaires anglicans et leurs collègues infirmières. En effet, l'objectif d'évangélisation était primordial. Aussi, les activités sanitaires étaient-elles exploitées pour faire connaître le message de l'Évangile aux populations. Les missionnaires avaient des exemples d'imbrication du religieux avec d'autres activités, notamment d'assistance, en métropole.

En effet, en Grande-Bretagne à la fin du XIXe -début du XXe siècle, les Églises jouaient un rôle prépondérant dans les œuvres caritatives. La religion était également présente dans le monde de l'entreprise : certains patrons faisaient précéder la journée de travail d'une séance de prières, d'autres préféraient des employés rattachés à une Église (451). On retrouvait ce schéma dans le fonctionnement des hôpitaux anglicans d'Uganda, mais aussi du Ruanda. Joe Church décrivait le fait que « every morning our patients are collected behind the hospital, and we sit out in the sun and talk about the simple Gospel message together (...) Then, every afternoon at 2 o'clock, all work is stopped, and everyone on the station, about 150 or 200, come to the school for reading and teaching » (452). Son frère William mettait lui aussi en scène dans sa correspondance les huit *hospital boys* faisant chaque jour le service religieux pour les patients (453). Il y avait en outre deux grands services religieux, les lundis et samedis.

Joe Church raconta dans ses souvenirs le premier culte de l'hôpital auquel il participa à Gahini, le 25 juin 1928 : il avait établi une séparation entre Hutu et Tutsi : « I found a crowd of out-patients waiting. I took a stool out and put it on an ant hill, and with Paulo beside me, the Batutsi on one side and the Bahutu on the other, we explained to them that we were going to pray to God to help us by his Holy Spirit ti be healed in our bodies and our hearts » (454). Voici un second cas d'accointance entre travail sanitaire et emprise sur l'organisation socio-politique (nous avons déjà signalé les divisions spatiales entre Hutu et Tutsi).

Des formations religieuses étaient également organisées pour les patients externes qui fréquentaient régulièrement le dispensaire. Le frère de Joe Church, William, décrivit l'ambiance à Gahini : « they come with minds absorbed with their ailments and ulcers. Then an atmosphere laden with the smell of many unwashed bodies and ulcers is not the most pleasant in which to proclaim the Gospel » (455). Les activités évangéliques précédant les consultations sanitaires n'atteignaient pas les objectifs

451 S. MEWS, « 1880-1920. Vers une société moderne », *op. cit.*, p. 304-305.

452 J.E. CHURCH, « News from Ruanda », in *RN*, n°30, octobre 1929, p. 17. Voir les illustrations n°160 à 162.

453 W.F. CHURCH, « News from slow but steady progress », in *RN*, n°43, avril 1933, p. 20.

454 J.E. CHURCH, *Quest for the Highest*, *op. cit.*, p. 38.

455 W.F. CHURCH, « Dr. Bill Church on the subject of Pagan Audiances », in *RN*, n°50, octobre 1934, p. 31.

que s'étaient fixés les missionnaires : Joe Church le constatait avec dépit : « one sees very little fruit » (456). Aussi décida-t-il fin août 1933, en accord avec les autres membres du staff, européens comme africains, de changer la méthode d'évangélisation dans l'hôpital : « we have altered the ordinary service we used to have with hymns and prayers. We now sit and talk with the patients and ask them questions, and teach them from the Bible as we go along » (457). Cette nouvelle tactique visait un contact et une emprise plus personnel sur les patients.

Ces cultes donnaient lieu à des descriptions pittoresques, comme celle fournie par Catherine Mackinlay (future Mrs James) en juillet 1935 (458). Elle décrivait « Miss Walker [who] took prayers with the hospital boys and girls in the entrance hall, they stood around the walls, neat and efficient-looking in their uniforms, the girls with the navy blue dresses edged with white and the boys in khaki shirts and shorts », puis « the men patients going across to the women's ward, where ward prayers were going to be held – a company with bandaged legs and arms and heads, limping and hobbling and hopping on one leg ; one little boy hoisting himself along in a sitting position because his leg cannot straighten out ; another who had to have an eye removed because his face was so badly torn by the teeth of an hyena (...) in the wards, they grouped themselves on the floor or on the beds and listened » (459). Le service religieux désorganisait donc le compartimentage de l'espace prévu pour faciliter le travail médical : hommes pénétrant dans les pavillons de femmes, patients sortant de leurs lits, promiscuité entre patients atteints de diverses maladies, etc. visiblement, l'évangélisation primait sur les précautions sanitaires.

d) Collaborations et contrôles

Comme nous l'avons déjà signalé dans la première partie de ce travail, les relations entre la CMS et l'administration belge n'avaient pas commencé sous les meilleurs auspices. Longtemps, le gouvernement colonial se montra réticent à voir s'installer une mission réformée, britannique de surcroît, dans son territoire. Seul le travail médical de cette société était toléré, sous le motif que la Société belge de missions protestantes n'avait pas les moyens de le faire elle-même (460). Par ailleurs, les hôpitaux anglicans n'étaient pas repris parmi les missions nationales et ne pouvaient briguer les subventions étatiques.

La famine de 1928-1929 opéra un changement marquant dans le chef des fonctionnaires coloniaux, qui se montrèrent désormais plus amicaux et reconnaissants du travail effectué par les missionnaires anglicans auprès des affamés. L'ex-gouverneur du Ruanda-Urundi, Alfred Marzorati, fit beaucoup pour rapprocher les positions du gouvernement belge et celles de la CMS. Il suggéra quelques éléments susceptibles d'améliorer la situation entre ces deux instances, notamment le fait d'acheter autant que possible le matériel médical en Belgique, d'envoyer des élèves protestants à l'école médicale du gouvernement à Astrida, en

456 J.E. CHURCH, « Dr. J.E. Church tells of the varied life of a missionary doctor, in *RN*, n°46, octobre 1933, p. 26.

457 *Ibidem*

458 Catherine James-Mackinlay était diplômée en médecine de l'Université de Londres (MB BS). Elle épousa en 1935 le Dr Norman James et travailla quelques mois à Gahini avant d'être affectée à Shyira de 1935 à 1939.

459 C.B. MACKINLAY, « Dr. Catherine Mackinlay (now Mrs Norman James) gives a vivid picture of Evangelism at Gahini », in *RN*, n°54, octobre 1935, p. 29. Adelaïde Maud Walker était infirmière. Elle travailla de 1932 à 1936 au Ruanda, avant de reprendre en 1937 des études de médecine en Angleterre.

460 Voir l'historique de la société anglicane au Ruanda.

leur donnant la possibilité de loger dans un hôtel de la société missionnaire anglicane, etc. (461).

Dans le domaine sanitaire, l'administration coloniale recourut aux services des médecins anglicans lors d'épidémies. Joe Church fut notamment désigné pour la vaccination de la population des environs de Gahini où un cas de variole avait été détecté en 1929 : le service médical de Kigali lui fit parvenir quinze mille doses de vaccin (462). Le Résident du Ruanda affecta en outre des moyens humains à la construction de quelques maisons de paille destinées à loger les varioleux près de la mission (463). Ces derniers étaient vraisemblablement placés en quarantaine obligatoire : la mission participait au quadrillage sanitaire.

Cette collaboration fut préparée en Afrique et en métropole : en mars 1933, le secrétaire de l'*International Missionary Council* Joseph Houldsworth Oldham fit une visite en Belgique, durant laquelle il rencontra le ministre des Colonies Paul Tschoffen, l'ancien gouverneur du Ruanda-Urundi Alfred Marzorati, l'ancien gouverneur général du Congo belge Maurice Lippens, le secrétaire général au ministère des Affaires étrangères Pierre Orts, ainsi que le Roi (464). Le ministre des Colonies accepta de consulter ses conseillers à propos d'une aide éventuelle aux protestants pour le travail médical (465). Le premier pas était franchi. Il donna lieu à des négociations, longues de plusieurs mois, entre la CMS et le service médical du gouvernement belge durant l'automne 1933.

Si les relations entre l'administration coloniale et les missions anglicanes s'améliorèrent dès la fin des années 1920, cette modification ne se concrétisa cependant que quelques années plus tard sous forme de subventions. Ce changement eut pour cadre la grande opération menée par le gouvernement pour lutter contre le pian entre la fin de l'année 1933 et 1937 et dont nous venons de parler abondamment. Les missionnaires de la CMS soupçonnèrent que le contexte de crise économique mondiale ne devait pas y être complètement étranger (466).

Ces négociations avaient été préparées entre autres par les Dr Stanley Smith et Joe Church, qui s'étaient rendus à Usumbura pour se renseigner sur les conditions de reconnaissance et les obligations des médecins agréés par le gouvernement colonial. L'objectif poursuivi par Stanley Smith n'était pas purement financier : « we have taken to the step of offering officialy to place our medical services at the disposition of the Government (...) in order that at any rate we may do work in cooperation with them, rather than in isolation or possible opposition » et sa première impression fut favorable : « we have met with a quite cordial response from the Principal Medical Officer » (467). Pour répondre aux conditions

461 Confidential summary of discussions, Bruxelles, 24 janvier 1930, à la résidence d'Alfred Marzorati, *op. cit.*

462 Lettre du RR Wilmin à l'AT de Gatsibu, Kigali, 13 février 1929 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°5).

463 Lettre du RR Wilmin à l'AT de Gatsibu, Kigali, 12 mars 1929 (AA, Bruxelles, dossier RWA 535 n°3).

464 Joseph Houldsworth Oldham (1874-1969), fut un des leaders du mouvement œcuménique. Il fut secrétaire de la *World Missionary Conference*, puis secrétaire de l'*International Missionary Council* qu'il avait largement contribué à créer. Maurice Lippens (1875-1956), gouverneur général du Congo de 1921 à 1923, fut ensuite sénateur libéral de 1925 à 1939, et plusieurs fois ministre.

465 Lettre du secrétaire de l'*International Missionary Council* J.H. Oldham à H.D. Hooper, Londres, 7 avril 1933 (ACMS Birmingham, dossier G3 A11/O 1933).

466 Lettre de D.H. Hooper au Dr. Sharp, Londres, 22 mars 1934 (ACMS Birmingham, dossier G3 A11/L1).

467 AL (A.C. Stanley Smith), Kigeme, 1933 (ACMS Birmingham, dossier G3 AL).

d'agrément exigées par l'administration coloniale, les deux hommes suivirent une formation médicale à Kitega (468) ; en outre le dispensaire et la pharmacie furent adaptés selon les critères du service de l'hygiène. Par la suite, les autres médecins de la société anglicane effectuèrent eux aussi un stage d'un mois dans un hôpital colonial belge pour obtenir une reconnaissance officielle.

Le représentant légal de la mission fut cependant chargé par le comité exécutif de veiller à assurer à la société une série de garanties : « 1) as large areas as possible for medical spheres ; 2) an adequate supply of free drugs, if drugs are to be prescribed free of charge ; 3) travelling expenses for visiting dispensaries » (469). Au terme de ces négociations, le gouverneur du Ruanda-Urundi donna son approbation à une coopération entre la mission anglicane et le service de l'hygiène. Le lien avec le travail supplémentaire occasionné par la campagne antipaludique (pour laquelle tous les médecins du territoire, sauf deux, étaient réquisitionnés) était clairement énoncé. La CMS obtenait gain de cause sur tous les points exigés. L'accord prit cours dès le mois de janvier 1934 (470). Au départ, deux médecins furent agréés par l'administration coloniale : il s'agissait des Dr Stanley Smith à Kigeme et John Church à Gahini. Le médecin provincial promit en outre l'élargissement de cette subvention à deux médecins supplémentaires l'année suivante.

La première subvention, qui concernait les hôpitaux de Kigeme et Gahini, prit fin le 31 décembre 1935 (471). Cette subvention était de douze mille francs par médecin, sans compter environ trente mille francs de médicaments pour les trois hôpitaux (472). Le contrat stipulait que les médecins toucheraient un salaire annuel de £90 et des indemnités de frais de déplacement motorisé vers les dispensaires supervisés. La mission recevrait une allocation annuelle de £300 en instruments, médicaments, vêtements, savon, paraffine, etc., ainsi que les drogues spécifiques pour les injections gratuites. L'État prenait également en charge l'entretien et la réparation des routes menant à la mission ; enfin, les dispensaires supervisés seraient construits aux frais du Gouvernement. C'est dans ce cadre que l'administration s'occupa par exemple de la construction d'un camp d'une capacité de septante-cinq places pour les malades atteints du pal et de quatre huttes d'isolement près de l'hôpital de Gahini (473). Ici encore, la mission participa au quadrillage sanitaire.

En échange, les médecins anglicans devaient traiter les patients vivant dans les zones desservies par les hôpitaux et dispensaires de leur société. Si les dispensaires étaient subventionnés par l'administration, les hôpitaux restaient à charge de la CMS. Les médecins devaient fournir des statistiques à l'administration, mais il semble que cet aspect du travail était conçu de manière assez restreinte. Le staff africain pouvait être employé pour ce travail ; en cas d'absence du médecin agréé,

468 H.S. JACKSON, « Letter from the Rev. H.S. Jackson received too late », in *RN*, n°47, janvier 1934, p. 23.

469 Meeting of the EC of the Ruanda Mission, Bunyonyi, 27-28 septembre 1933 (ACMS Londres, dossier MAM 59 YC1).

470 Sur les modalités de cet accord, voir les Minutes of the EC of the Ruanda Mission, Kabale, 22-23 janvier 1934 (ACMS Londres, dossier MAM 59 YC1) ; la lettre de l'organizing secretary Reginald Webster à H.D. Hooper, Londres, 1er avril 1934 (ACMS Birmingham, dossier G3 A11/O 1934).

471 Minutes of the EC of the Ruanda Mission, Kigeme, 12-13 novembre 1935 (ACMS Londres, dossier MAM 59 YC1).

472 « Développement de l'œuvre médicale protestante au Ruanda », in *BM*, II, n°28, août 1934, p. 7-8.

473 7e lettre circulaire de H.D. Hooper, Nairobi, 23 octobre 1937 (ACMS Birmingham, dossier AF/AS 35/49 AD1) ; J.E. CHURCH, « Dr. J.E. Church's Report », in *RN*, n°52, avril 1935, p. 22.

un autre médecin européen pouvait le remplacer, qu'il soit homme ou femme. Les administrateurs de territoire pouvaient donc faire appel à un médecin anglican pour visiter les régions touchées par des épidémies.

Le premier bilan dressé par les médecins missionnaires était très positif pour leur société : « it has meant very little extra work, but our influence has been greatly increased in the country (...) it has also meant that in this time of universal financial stress when many hospitals are closing down, or making drastic cuts, we have a balance of over 100 in the bank in the field » (474). De surcroît, les relations avec le gouvernement étaient devenues amicales, ce qui répondait à l'un des objectifs poursuivis par la CMS. Durant la campagne antipaludique, les hôpitaux anglicans purent pratiquement stopper leurs commandes de médicaments en Grande-Bretagne, donnant une marge de manœuvre importante pour les autres dépenses du travail médical : « the fact of being able to draw large supplies of free drugs from the Belgian Government Pharmacy has released the Gahini Hospital Bed-support money which would in the ordinary way have to be employed for drugs and equipment at home » (475).

En 1935, le gouvernement réduisit ses subventions pour l'hôpital de Kigeme (476). À cette époque, l'hôpital était surtout tenu par une femme, le Dr Joan Brazier-Cooper (477). Selon le Dr Stanley Smith, les subventions reçues par le médecin anglican agréé par le Gouvernement belge pour l'année 1934 n'avaient pas été utilisées pour ce à quoi elles étaient destinées (478). Le document conservé aux archives de la société ne nous en dit pas plus, et les archives administratives ne contiennent pas trace de cette décision. En 1937, le gouvernement versa 12 500 francs de subventions (479). En 1939, la subvention pour le salaire d'un médecin de la société anglicane agréé par le gouvernement était de cinq mille francs (480). Le représentant légal de la CMS au Ruanda introduisit auprès du médecin provincial une demande de subvention pour des infirmières, alors que les subventions antérieures ne s'appliquaient qu'aux médecins. La mission s'appuyait sur un précédent dans la province de Coquilhatville au Congo belge (481). Nous ignorons les résultats de cette démarche.

Le médecin provincial du Ruanda-Urundi présida les inaugurations des nouveaux bâtiments hospitaliers et le démarrage de nouveaux secteurs d'activité médicale (les maternités par exemple) de la société missionnaire anglicane au Ruanda (482). Le caractère amical et peu contraignant des inspections médicales de l'administration dans les hôpitaux rwandais de la CMS frappa l'*Africa Secretary* de la société,

474 AL (J.E. Church), Gahini, 14 août 1934 (ACMS Birmingham, dossier G3 AL CHI-D).

475 AL (J.E. Church), Gahini, 1934 et 1936 (ACMS Birmingham, dossier G3 AL CHI-D et G3 AL A-F).

476 The Second Annual Conference of the Ruanda Mission, Gahini, 19 février 1935 (ACMS Londres, dossier MAM 59 YC1).

477 Margaret Joan Brazier-Cooper était diplômée en médecine de l'Université de Londres (MB BS), elle épousa en 1933 Percy James Brazier et partit travailler au Ruanda. Elle vécut à Kigeme (1934-1937) et Gahini (1937-1938).

478 Minutes du RC, Londres, 21 janvier 1935 (ACMS Londres, dossier MAM C1/2). Une lettre du Dr Stanley Smith est citée dans le procès-verbal de cette réunion, mais nous n'en avons pas trouvé la copie.

479 Minutes of the EC of the Ruanda Mission, Kisenyi, 28 juillet-2 août 1937, ACMS Londres, dossier MAM 59 YC1).

480 Report of a visit to CMS Hospitals in East Africa, Uganda and the Sudan. January-May 1939, *op. cit.*

481 Minutes of the EC of the Ruanda Mission, Ibuye, 25-27 janvier 1939 (ACMS Londres, dossier MAM 59 YC1).

482 Voir l'illustration n° 170.

Hanley Douglas Hooper, lors de son passage au Ruanda en 1937-1938 : « I was agreeably surprised at the general friendliness of government officials and at the lack of hampering measures of supervision in schools and hospitals » (483).

La stratégie poursuivie par l'État dans le domaine médical et dans ses contrats avec les sociétés missionnaires était clairement perçue par les missionnaires anglicans. En 1938, Stanley Smith écrivait que « the Belgian Government has welcomed our co-operation, and gives each hospital grants for drugs and a small grant in money to the doctor in charge. As in British territory, the medical department is increasingly being occupied with sanitation and preventive medicine, with the result that the direct treatment of disease is largely left to such private enterprise as ours » (484). Ceci signifie que les sociétés missionnaires jouèrent un rôle sanitaire plus important pendant la mission spéciale de lutte contre le pian, ce qui les renforçait, au moins dans ce domaine, auprès des populations.

Durant la campagne antipianique, les missionnaires anglicans participèrent activement au traitement des malades. Nous ignorons cependant s'ils effectuaient des dépistages hors de leurs structures hospitalières, c'est-à-dire s'ils contraignaient les gens à se soumettre à un examen ou s'ils se contentaient de traiter les gens qui se présentaient, soit volontairement, soit parce que les dépisteurs de l'État les y envoyaient. Il est donc impossible de déterminer si les missionnaires participèrent dans ce cadre précis au quadrillage sanitaire. En 1934, les trois hôpitaux anglicans du Ruanda traitèrent 3 731 malades du pian et 7 794 l'année suivante (485). Par la suite, les données les concernant étant additionnées à celle de l'hôpital adventiste de Ngoma, il est impossible de les comparer aux années antérieures.

Si des collaborations étaient possibles, les contrôles étaient systématiques. L'administration avait son mot à dire sur l'emplacement des dispensaires missionnaires. Elle cherchait à assurer une offre médicale répartie à travers tout le pays, tout en évitant la concurrence missionnaire là où elle avait elle-même établi des formations sanitaires. L'exemple le plus frappant de ces impératifs nous est fourni par la CMS, dont l'administration belge se méfiait dans un contexte de rivalité avec la Grande-Bretagne, comme nous l'avons évoqué plus haut. Il concerne le dispensaire de Gatsibu.

Début avril 1926, le pasteur Jackson envoya une demande officielle de concession au Résident du Ruanda, qui déclara ne l'avoir reçu via les rouages administratifs qu'à la mi-juillet. La réponse tardant à arriver, Smith et Holmes demandèrent un rendez-vous au Résident fin juillet à Kigali, avertirent le commissaire royal de leur démarche et sollicitèrent également un rendez-vous au gouvernorat à Usumbura afin de « discuter avec vous le mieux emplacement pour un "mission hospital" » (486).

En réalité, le Résident du Ruanda était réticent à l'idée de laisser s'installer un poste anglican. Il s'en expliqua auprès de l'administrateur territorial de Gatsibu en ces termes : « il ne se justifie pas que la mission intéressée crée un dispensaire à côté du dispensaire officiel, alors qu'elle pourrait, s'il est établi que seule la volonté de

483 Report of a visit to CMS Missions in East Africa, the Sudan, Egypt and Palestine, 1937-1938, *op. cit.*

484 A.C.S. SMITH, « The Story of the Ruanda Mission », *op. cit.*, p. 154.

485 RAC 1934-1935.

486 Lettre de Stanley Smith au CR, Kabale-Kigezi, 25 juillet 1926 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°7). Nous avons respecté les expressions de ces anglophones, ce qui donne une indication sur leur degré de connaissance de cette langue, exigée par les autorités belges.

soigner des malades motive sa demande, choisir un autre emplacement qui ne ferait pas double emploi et permettrait au contraire à un plus grand nombre d'habitants de bénéficier des dits soins » (487). L'administrateur envoya un accusé de réception au pasteur Jackson en étayant son refus par des motifs administratifs qui cachaient mal la mauvaise foi des autorités (pendant qu'elles demandaient aux missionnaires des compléments administratifs, elles s'étaient empressées d'établir un poste sanitaire officiel à cet endroit précis). « Il est difficile de donner suite à votre demande concernant le terrain d'un hectare au poste de Gatsibu. (...) Comme vous n'avez pas su venir sur les lieux en temps opportun pour procéder à l'enquête de disponibilité de terrain, l'État a créé lui-même un poste médical à Gatsibu sous la direction d'un médecin » (488).

Finalement, une autorisation de développer un poste missionnaire se limitant strictement aux activités médicales fut accordée à la CMS, en partie pour pallier le manque de personnel médical de l'État dans les territoires sous mandat. En 1929, l'État démarra son dispensaire et le poste médical anglican fut reconverti en chapelle-école.

En principe, les services de l'hygiène du Ruanda-Urundi avaient aussi autorisé pour inspecter et contrôler le travail des infirmières et médecins anglicans, ainsi que leurs infrastructures sanitaires. Dans les faits, nous n'avons pas trouvé mention de visites officielles de fonctionnaires coloniaux belges dans les missions rwandaises de la CMS avant la famine *Rwakayihura* de 1928-1929. Par contre, les missionnaires anglicans devaient faire parvenir à l'administration des rapports concernant leur activité médicale, l'évangélisation, les disettes, etc. Ces rapports étaient compilés par l'administration coloniale de la métropole et insérés dans les rapports annuels présentés aux Chambres par le ministre des Colonies (et destinés également à la Commission permanente des mandats). Joe Church, arrivé en juin 1928, se rendit deux mois plus tard à Kigali pour obtenir l'autorisation officielle de pratiquer la médecine et de superviser des dispensaires (notamment à Gatsibu et Rukira) (489).

Lors de la famine *Rwakayihura*, une inspection fut réalisée par un administrateur territorial d'abord de son propre chef, ensuite à la demande du Résident du Ruanda, afin de voir comment les missionnaires anglicans géraient l'inhumation des centaines d'affamés décédés près de l'hôpital. Prenant acte que « les corps des indigènes décédés à l'hôpital de la CMS de Gahini étaient jetés dans la vallée située à environ un kilomètre derrière la colline de Gahini, au lieu que ces cadavres furent enterrés par les soins des missionnaires qui dirigent l'installation de Gahini », le Résident demanda à l'administrateur de rappeler aux missionnaires les instructions en matière d'inhumation et débloqua des fonds destinés à l'engagement de fossoyeurs aux frais de l'État (490). L'administrateur se montrait hésitant : « pour moi il est assez délicat de dicter aux dirigeants de l'hôpital de Gahini ce qu'ils ont à

487 Lettre du RR Morteau à l'AT de Gatsibu, Kigali, 29 juillet 1929 (AA, Bruxelles, dossier RWA 535 n°3).

488 Lettre de l'AT Stoffin au pasteur Jackson à Gahini, Gatsibu, 9 août 1929 (AA, Bruxelles, dossier RWA 535 n°3).

489 J.E. CHURCH, *Quest for the Highest*, op. cit., p. 41.

490 Lettre de l'AT Stoffin au RR, Kilamuluzi (Buganza), 17 avril 1929, op. cit.; Lettre confidentielle du RR Morteau à l'AT de Kilamuluzi, Kigali, 24 avril 1929 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°7).

faire pour empêcher que des épidémies éclatent au-dessus du fléau de la famine » (491).

Nous l'avons vu, les missions anglicanes confiaient des dispensaires ruraux à des Africains formés dans le domaine sanitaire, soit dans les écoles ougandaises, soit durant des sessions organisées au Ruanda. C'était, sur base des informations collectées dans les sources occidentales, la seule société missionnaire qui confiait un poste sanitaire à un employé africain sans supervision quotidienne du travail par un Européen. Ils étaient en avance sur leur temps, ce qui posa problème, car la législation en cours dans les territoires sous mandat belge ne prévoyait pas que des personnes munies d'un diplôme étranger sans équivalence, et de surcroît d'origine africaine, puissent le faire.

La *Ruanda General and Medical Mission* se trouva confrontée à des problèmes administratifs dans ce domaine à partir de 1931, année durant laquelle le Dr Joe Church avait mis en place sa nouvelle stratégie en privilégiant le travail de *dispensers-evangelists* dans des succursales plutôt que le travail en hôpital. Ce fut un agent territorial de la région de Rukira qui souleva le premier la question, en interrogeant le Résident du Ruanda afin de savoir « si un catéchiste indigène ou un "infirmier" indigène, non muni de diplômes reconnus par notre Gouvernement peut aller sur les collines du territoire faire des injections antipianiques ou autres, distribuer des médicaments, en un mot faire profession de l'art de guérir. En effet, la plupart des catéchistes de la CMS de Gahine agissent de la sorte. Je comprends qu'ils fassent ainsi quand ils sont accompagnés du Dr Church, mais pouvons-nous légalement l'admettre de noirs ou d'européens non munis de diplômes légaux, isolés ? » (492)

La question ne s'étant jamais posée, le Résident fit part de la situation au gouverneur, dont la réponse ne se fit pas attendre : « Je vous prie de faire savoir au docteur Church de Gahine qu'il lui est interdit d'autoriser des personnes autres que les agents sanitaires diplômés ou des infirmiers et assistants médicaux indigènes diplômés à faire profession de l'art de guérir... » (493) En clair, seuls les assistants médicaux diplômés de l'école de l'État et formés auparavant dans les écoles des Pères Blancs pouvaient exercer l'art de guérir sans supervision européenne. La mission anglicane fut informée en des termes courtois de l'interdiction de recourir à des *dispensers-evangelists* isolés sur les collines (« dans le but de vous éviter des difficultés, j'ai l'honneur d'attirer votre attention sur les décrets du 23 décembre 1924 et du 3 avril 1930 de M. le Gouverneur Général, rendus exécutoires dans les territoires du Ruanda-Urundi par ordonnance 23/Hyg. du 21 juin 1930, et sur les deux ordonnances du Gouverneur Général en date du 27 mai 1925, rendues exécutoires par ordonnance du 26 octobre 1931 du Gouverneur du Ruanda-Urundi. Aux termes de ces textes, il est interdit d'autoriser des personnes autres que les agents sanitaires *diplômés* ou des infirmiers et assistants médicaux indigènes *diplômés*, à faire profession de l'art de guérir. Encore les ordonnances du 27 mai 1925 apportent-elles des restrictions à leur activité ») (494).

491 Lettre de l'AT Stoffin au RR, Kilamuluzi (Buganza), 17 avril 1929 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°7).

492 Lettre de l'AgT Verhulst au RR, en route, 7 octobre 1931 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°7).

493 Lettre du GRU Voisin au RR, Usumbura, 27 octobre 1931 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°7).

494 Lettre du RR-adjoint Simon au Dr Church à Gahini, Kigali, le 26 novembre 1931 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°7).

Les missionnaires anglicans se virent obligés de restreindre la liberté d'action de leur personnel sanitaire africain dans les succursales de Shyira et Kanyamafundo. Joe Church écrivit fin 1931 au médecin provincial pour lui signaler qu'il prenait les dispositions nécessaires pour respecter la législation, mais en demandant comment faire évoluer la situation. Nous reproduisons fidèlement sa lettre : « J'ai bien compris le décret du M. le Gouverneur Général du Congo, et je comprend que c'est tout à fait nécessaire de mettre en règle tous les choses pour nos médecines et auxiliaires médicaux indigènes. (...) J'ai les indigènes catechistes dispensaires, qui ont fait quelques années d'étude ici, mais j'ai arrêté de leurs donner les médicaments à boire pour les malades, et je leurs donne les pansements pour soigner les ulcères seulement, pendant j'attends une arrangement entre vous et M. le Dr. Stanley Smith (...) En attendant, nous comptons envoyer les infirmiers pour soigner les ulcères seulement » (495). Dans leurs revues internes, les missionnaires de la CMS manifestèrent leur agacement face au fait que « the Government makes a fuss about anyone not holding the Belgian certificate giving injections, so that can only be done directly under the hospital » (496).

En Afrique orientale britannique, John Iliffe signale que le personnel sanitaire africain employé par des Européens disposait d'une marge de manœuvre qui nous semble plus importante qu'au Ruanda (497). Par ailleurs, dans ces régions sous régime britannique, la règle tacite était que le staff africain était autorisé à opérer si un médecin européen était présent dans l'hôpital. Un accident survenu au Kenya en 1928 changea les règles : désormais, les Africains ne furent plus autorisés à faire de la chirurgie, sauf sous la supervision directe d'un Européen ; de même, seuls les auxiliaires médicaux ayant terminé leur formation furent autorisés à administrer des anesthésiques.

En 1931, le médecin provincial du Ruanda-Urundi, le ministre des Colonies et le gouverneur provincial du Ruanda-Urundi rendirent successivement visite à la mission et l'hôpital de Gahini. Par la suite, les visites du gouverneur provincial se répétèrent pratiquement d'année en année. En 1934, le ministre des Colonies vint visiter les missions anglicanes, accompagné du gouverneur et d'autres fonctionnaires. Les missionnaires exprimèrent leur satisfaction du fait que ces différents officiels « complimented us on the cleanness and efficiency of our work » et que « the Governor of Ruanda-Urundi seemed really very pleased with what he saw and (...) has been saying that ours is the only hospital in Ruanda where there is no smell » (498). Le *mwami* Mutara vint également visiter l'hôpital de Gahini en 1934.

§ 3. La Société belge de missions protestantes au Congo

Pour la société protestante belge également, le travail sanitaire revêtait une grande importance, qui se révélait par le souci d'envoyer des missionnaires compétentes (à la fois qualifiées et expérimentées) dans le domaine médical. Trois dispensaires furent établis au siège de chacune des stations missionnaires, à Kirinda, Rubengera

495 Lettre du Dr J. E. Church au médépro, Gahini, 26 décembre 1931 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°7). Nous avons respecté l'orthographe du missionnaire anglophone.

496 T.M. SKIPPER, « Leaves from Miss Skipper's Diary », in *RN*, n°45, juillet 1933, p. 22.

497 J. ILIFFE, *East African Doctors...*, *op. cit.*, p. 53-54.

498 W.F. CHURCH, « Dr. Bill Church on the subject of Pagan Audiences », in *RN*, n°50, octobre 1934, p. 30 ; AL (J.E. Church), Gahini 14 août 1934 (ACMS Birmingham, dossier G3 AL CHI-D 1917-1934).

et Iremera (499). Le travail sanitaire sédentaire était la base des activités médicales de la société. En effet, faute de moyens, le travail itinérant resta confiné aux environs immédiats des stations.

a) Pratique sanitaire

Nous avons déjà eu de multiples occasions de le signaler, la mission protestante belge était la parente pauvre des acteurs occidentaux collectifs au Ruanda. Ceci se constatait également dans le cadre bâti de la santé. La société commença par récupérer des bâtiments construits par la mission de Bethel-bei-Bielefeld. Cependant, ces constructions étaient délabrées, une inoculation prolongée et des pillages tant publics que privés les ayant vidées de leur mobilier et soumises aux dégradations climatiques. Une partie du mobilier avait été récupérée par l'administration, tandis que l'armée avait coupé les arbres pour ses besoins personnels. Dès lors, la société protestante belge se trouva l'héritière de constructions qui n'avaient pas été prévues pour un travail sanitaire ou d'anciens dispensaires bons pour la casse. À Kirinda par exemple, les missionnaires trouvèrent en 1922 un minuscule bâtiment que les luthériens allemands avaient baptisé « polyclinique », dont l'état était si pitoyable qu'ils l'abandonnèrent pour aménager l'ancien *duka* en dispensaire ou « clinique » équipé d'un laboratoire (500).

Ces héritages pratiquement sans valeur, conjugués à la pauvreté des moyens apportés par les missionnaires envoyés sur le terrain après la Première Guerre mondiale, aboutirent à la mise sur pied de dispensaires aux dimensions et à l'agencement très modestes. Le plus souvent, chaque station ne comportait qu'un seul bâtiment dévolu aux soins de santé, parfois utilisé pour d'autres activités (à Rubengera, par exemple l'atelier servait également de dispensaire et de salle de culte. Il était peu aéré, incitant l'infirmière à écrire que « l'odeur des médicaments se mêlant à celle plus particulière et caractéristique des Noirs, formait un mélange fort commode » (501). La pénurie de moyens matériels et financiers ne laissait guère de perspective de division et d'agencement du travail sanitaire.

Chaque station missionnaire était pourvue d'un dispensaire conçu de manière rudimentaire : une petite maison sans étage, divisée en deux ou trois pièces, équipée d'une véranda servant de salle d'attente en saison de pluie. Pourtant, les missionnaires estimaient que « le climat montagneux du Ruanda ne permet[tait] pas [les attentes de longue durée] en plein air et en toutes saisons, ni l'emploi de simples hangars ouverts » (502). Par la suite, le local de base fut complété par des huttes annexes servant à hospitaliser les malades venus de loin et les femmes qui venaient accoucher, ainsi que des logements d'isolement pour pianiques. Apparemment, les missionnaires n'avaient pas mis en place des aménagements permettant de séparer les malades de l'activité générale (écoles, cultures vivrières, évangélisation, temple). Les jours de consultation, les malades côtoyaient des personnes en bonne santé, les écoliers, etc. Par contre, des espaces distincts furent créés à Iremera et à Rubengera pour isoler les pianiques, à environ six cents mètres du cœur de la

499 Voir les illustrations n°171-173.

500 Les informations concernant les dispensaires successifs de la station de Kirinda sont tirées de : H. ANET, « Coup d'œil... », in *BM*, II, n°12, décembre 1931, p. 183 ; R. SIMUL « Premières expériences de notre infirmière à Kirinda », in *BM*, I, n°3, décembre 1922, p. 29 et H. ANET, « Rapport présenté à l'A.G. par le CA », in *BM*, I, n°8, décembre 1923, p. 68 ; S. MERCIER, « Un incendie à Kirinda », in *BM*, II, n°44, octobre 1937, p. 6 ; et du PV du CA, 5 mai 1937 (AEPUB, Bruxelles). *Duka* est un terme swahili désignant le magasin.

501 R. LESTRADE-SIMUL, « L'activité de notre infirmière », in *BM*, I, n°16, avril 1925, p. 149.

502 « Une crise de croissance », in *BM*, I, n°16, avril 1925, p. 146.

station, pour éviter les allées et venues des malades contagieux au centre des activités missionnaires.

À l'intérieur de l'espace sanitaire, des divisions furent mises en place pour faciliter le travail médical. Assez rapidement, les acteurs établirent une portion d'espace réservée à l'hospitalisation de quelques malades, une autre pour canaliser les patients dans l'attente de leur passage à la consultation, un local pour la consultation proprement dite. Dans le courant des années 1930, on vit apparaître un bâtiment séparé pour les accouchements (1932 à Iremera, 1937 à Kirinda) et un autre plus éloigné pour les pianiques (Iremera et Rubengera, 1933). La seule division de l'espace sanitaire élaborée rapidement et marquant une originalité des protestants belges par rapport aux autres acteurs sanitaires, fut la mise sur pied dans deux stations (Iremera et Rubengera) d'hôpitaux pour enfants. Dès 1926, un bâtiment fut construit à Iremera dans cet objectif : il comprenait un dortoir pour les enfants et une chambre pour les jeunes filles qui les soignaient (503). Nous en reparlerons dans la troisième partie de ce travail. Le logement de l'infirmière affectée au dispensaire et des dépendances attachées à son domicile étaient assez proches du dispensaire ; c'est souvent là que le laboratoire et le matériel de microscopie se trouvaient entreposés.

Le déplacement des dispensaires à travers le temps et la réaffectation à usage médical de locaux initialement dévolus à d'autres fonctions marquaient le caractère non planifié des infrastructures médicales de la société protestante belge au Ruanda. Les locaux ne présentaient pas de caractéristiques propres au travail médical, à l'exception de l'ingénieux système mis en place à Kirinda pour disposer d'eau courante et gérer le problème des eaux contaminées par le travail médical : le torrent voisin fut dérivé devant la véranda et un marche-pied disposé au-dessus du courant pour laver les plaies ; ensuite « toutes les saletés sont entraînées dans un trou au milieu du petit bois qui borde la mission » (504).

À Kirinda, l'un des dispensaires de la société, des bancs avaient été installés sous la véranda du dispensaire à l'intention des malades qui attendaient d'être soignés, mais beaucoup restaient debout ou s'asseyaient par terre en attendant leur tour (« d'habitude, [les malades] préférèrent rester assis dans la poussière du chemin ») (505). Notons qu'en Europe, le recours aux bancs était déconseillé, voire même interdit par l'Œuvre nationale de l'enfance dans les lieux d'attente dévolus aux activités de protection maternelle et infantile, car « il implique une promiscuité contraire aux règles de l'hygiène » (506). Dans les deux autres dispensaires, les malades attendaient également assis par terre, comme en témoigne un cliché datant de la fin des années 1920 à Rubengera : on y voit une foule immense de gens assis en plein air, équipés de leur lance ou de leur bâton de marche (507). Au milieu des années 1930, à Iremera, il n'y avait pas de salle d'attente, mais une véranda, et l'infirmière relate que les malades cherchaient « à s'abriter comme ils le pouvaient sous les arbres, dans les huttes voisines, en attendant leur tour » (508).

503 « Dispensaire pour enfants à Iremera », in *BM*, I, n°22, octobre 1926, p. 211.

504 R. SIMUL, « La mission médicale », in *BM*, I, n°4, février 1923, p. 38.

505 *Idem*, p. 36. Voir les illustrations n°171 et 175.

506 L. GAROT, *Médecine sociale de l'enfance et œuvres de protection du premier âge*, Liège, 1946, p. 275.

507 Voir l'illustration n°193.

508 G. GERARD, « Dispensaire d'Iremera », in *BM*, II, n°28, août 1934, p. 4.

On voit également sur les quelques clichés retrouvés les patients soignés directement dans le *ngoby* (un brancard local réalisé en fibres végétales) ou assis par terre (509). Un cliché datant de la fin des années 1920 montre cependant un patient installé sur une table afin d'y être bandé, son *ngoby* dressé contre un mur (510). Lorsque le patient arrivait dans un brancard, il était gravement malade, suffisamment pour décider de réquisitionner de quatre à huit porteurs : l'infirmière s'occupait de lui directement dans cette chaise à porteur, sauf s'il fallait intervenir de manière plus approfondie : on le déplaçait alors hors du brancard et on l'installait de manière plus commode pour les soins.

Le personnel missionnaire employa des microscopes dès l'ouverture des dispensaires au début des années 1920 : en 1922, le ministère des Colonies en fournit un au dispensaire de Kirinda, se conformant à la pratique adoptée au Congo belge où l'État mettait un microscope à la disposition des postes sanitaires de mission dirigés par des missionnaires ayant suivi les cours de l'École de médecine tropicale (511). En 1928, la mission de Rubengera en fut également équipée ; à la fin de l'année 1930, Iremera en reçut un d'un particulier. Ces microscopes étaient indispensables pour détecter notamment les cas de fièvre récurrente, de dysenterie amibienne, de malaria, de maladies parasitaires (ankylostomiase, ténias et trichocéphales), etc. (512)

Si l'utilisation de microscopes semble avoir été rapidement répandue dans les dispensaires de mission, les infirmières se heurtaient à des lacunes sévères dans leur équipement médical. Le conseil d'administration en Europe soulignait chaque année que très peu de médicaments et de matériel pouvaient être envoyés au Ruanda faute d'argent. *A contrario*, les subventions accordées par le gouvernement aux dispensaires des missions nationales étaient octroyés en partie sous forme de matériel et de médicaments, ce qui compensait les faiblesses financières de la société.

Néanmoins, l'équipement médical restait sommaire dans nombre de dispensaires missionnaires. En 1934 par exemple, Stéphanie Huart-Morsaint signalait son espoir de « pouvoir offrir une balance de précision au dispensaire de Kirinda, objet absolument indispensable au dosage méticuleux et exact des médicaments. À ce jour, tout doit être pesé à Iremera, à quatre jours de marche : quinine, etc. ! » (513) Après une collecte d'argent en Belgique, l'envoi de cette balance fut effectué.

Dans de rares cas, des solutions de dépannage étaient adoptées sur place en cas de pénurie de certains éléments. Les premières infirmières de la société utilisèrent comme pansements des feuilles de bananiers. Renée Simul estimait que « cela va très bien » (514). Par contre, nous n'avons pas trouvé de commentaires sur l'utilisation dans ces dispensaires de plantes médicinales ou de remèdes locaux. Les dispensaires effectuaient également des achats à des firmes pharmaceutiques en utilisant les dons d'Européens ou d'Africains passant dans les missions. Les

509 Voir l'illustration n°171.

510 Voir l'illustration n°173. Le *ngoby* est le hamac ou chaise à porteur traditionnel.

511 Note de la 7e DG du MC, datée du 4 mai 1922 (AA, Bruxelles, dossier M 639).

512 L'ankylostomiase est produite par un parasitisme de vers intestinaux. La maladie peut provoquer des troubles digestifs, une anémie grave, mais aussi des accidents pulmonaires. Les trichocéphales sont des parasites du gros intestin qui favorisent l'apparition de maladies intestinales parfois graves (dysenteries, typhoïde, choléra, etc.).

513 M. HUART et S. HUART-MORSAINT, « Les enfants de M. et Mme Huart à Kirinda », in *BM*, n°30, décembre 1934, p. 15.

514 R. SIMUL, « La mission médicale », in *BM*, I, n°4, février 1923, p. 38.

bénéfices des caisses des dispensaires alimentées par les honoraires payés par les malades pour les injections et médicaments servaient également, tout comme une partie du bénéfice des industries artisanales (tissage, vannerie, etc.) et le produit de la vente en Europe d'« objets indigènes [qui] ont permis entre autres de renouveler et de fournir du matériel (seringues et aiguilles) nécessaires aux injections hypodermiques et intramusculaires contre le pian et d'autres maladies » (515). Les sommes dégagées demeuraient modiques.

Le travail sanitaire hors des stations était relativement limité, suite à la pauvreté de la mission. Les infirmières regrettaient de ne pouvoir davantage aller à la rencontre des malades dans leurs habitations. « Un de mes grands désirs serait de pouvoir faire plus de visites à domicile et de visiter les annexes », écrivait l'une d'elle en 1935, tandis qu'une autre avouait « fai[re] de trop rares visites aux malades qui ne peuvent venir au dispensaire » (516). Deux à trois fois par semaine, tôt le matin avant l'ouverture du dispensaire ou dans l'après-midi, les infirmières (ou des épouses de missionnaires non diplômées) se rendaient dans les environs de la mission quand on leur signalait des malades trop affaiblis ou trop fiévreux pour se déplacer, se déplaçant le plus souvent à pied. Petit à petit, elles firent l'acquisition d'ânes pour les Européens et de vélos ; il leur arrivait aussi de recourir à des Twa « qui sont d'excellents porteurs de hamacs » (517). Les moyens de locomotion employés nous renseignent implicitement sur les distances parcourues : les visites des infirmières avaient toujours pour destination des collines proches de la mission, accessibles en moins d'une journée. À certaines périodes de l'année, ces sorties devenaient plus fréquentes, notamment en saison des fièvres ou lors de grandes épidémies. Elisabeth von der Heyden-Kraft dresse un portrait quasi hagiographique de Renée Simul au début des années 1920, qui « jour après jour, (...) allait visiter les maisons pour soigner les malades [de la grippe], même la nuit et quand la pluie tombait à torrent et les cris des hyènes ne l'effrayaient pas » (518).

Dans les dispensaires, les consultations étaient organisées à heures fixes. Pour les annoncer aux populations, les missionnaires avaient recours à diverses techniques en fonction du matériel disponible : clairon ou cloche dans les stations principales, tambours dans les annexes. Un Africain portant un uniforme était préposé à cette tâche. Ces sonneries étaient également utilisées pour rythmer les divers moments de la journée (cultes, classes, etc.).

Après la sonnerie, mais avant l'ouverture effective du dispensaire, l'infirmière ou un de ses aides présidait un petit culte ; les soins ne commençaient qu'ensuite. Le plus souvent, une masse de malades attendaient déjà aux abords du dispensaire. La plupart des soins étaient prodigués dans le dispensaire principal de la station. Il arrivait cependant que l'infirmière soit sollicitée en dehors des heures de travail à son propre domicile. Par ailleurs, chaque dispensaire de station avait encouragé la création de dispensaires rudimentaires dans les annexes d'évangélisation, et les infirmières ou leurs auxiliaires africains se déplaçaient parfois dans les villages. Une photographie montre notamment un auxiliaire africain en déplacement dans un *rugo*, portant un flacon de médicaments (519).

515 M. FAIDHERBE et S. DAWIRS, « Œuvre unioniste belge en faveur des missions », in *BM*, II, n°9, juin 1931, p. 140.

516 A. DEJASSE, « Au dispensaire de Rubengera », in *BM*, II, n°35, novembre 1935, p. 7 ; G. GERARD, « Au dispensaire d'Iremera », in *BM*, II, n°30, décembre 1934, p. 12.

517 R. LESTRADE-SIMUL, « Enquête... », *op. cit.*, p. 132.

518 E. VON DER HEYDEN-KRAFT, « Une idylle au Ruanda » in *BM*, I, n°17, juillet 1925, p. 157.

519 Voir l'illustration n°174.

Les consultations avaient lieu en principe tous les jours de la semaine, après la prière du matin, et parfois après les cours pour les adultes qui avaient lieu avant 9 heures. En cas de pénurie de médicaments, le nombre de jours d'ouverture était plus restreint, quand il ne fallait pas fermer tout à fait le dispensaire. Pour les cas urgents, les infirmières dérogeaient à l'horaire officiel et recevaient les malades soit au dispensaire, soit à leur domicile privé. Seuls les enfants et les cas spéciaux pouvaient être soignés le soir, car il n'était pas rare que l'infirmière fut chargée d'autres secteurs d'activité l'après-midi. Il fallait donc restreindre les arrivées de malades durant cette partie de la journée.

Pour simplifier le travail au dispensaire, les infirmières instaurèrent des séances spécifiques à jours fixes pour traiter certains types de maladies ou de publics. À partir de la première campagne antipaludique à la fin des années 1920, des jours furent réservés aux injections antipaludiques, par des séances selon le type de médicament injecté (un jour pour le néosalvarsan, un autre pour le bismuth, etc.). D'autres consultations étaient réservées aux cures antiparasitaires. Enfin, il y avait des consultations pour le tout-venant. Le rythme de travail était soutenu, si l'on examine les moyennes hebdomadaires de fréquentation et le nombre d'injections effectuées. En 1928, Edgard Durand signalait que sa femme effectuait « jusqu'à 39 [injections de salvarsan] en deux heures de temps » (520). Ceci signifiait que les contacts entre les missionnaires et les patients étaient brefs, ce qui n'était pas favorable à la mise en place d'une emprise plus importante sur les populations. Néanmoins, il ne faut pas oublier tout ce qui englobait le travail sanitaire missionnaire : les cultes, les écoles, les réunions de femmes, etc.

Avec l'augmentation de la fréquentation des dispensaires, le travail préparatoire et le suivi des consultations exigèrent davantage de temps et d'énergie. L'infirmière responsable pouvait dire que « c'est au dispensaire qu'[elle] pass[ait] la plus grande partie de [s]es journées », car il fallait « préparer le nécessaire du lendemain » (521).

Tous les dispensaires et annexes-dispensaires tenaient des registres, où l'on inscrivait la venue de chaque malade et le nombre de soins donnés. Les cahiers-registres des annexes étaient tenus par le personnel africain et vérifiés une fois par semaine par l'infirmière européenne. Les registres des stations reprenaient les soins selon l'endroit où ils avaient été donnés (dispensaire, domicile privé de l'infirmière, domicile du malade) et selon le type de maladies. Ils reprenaient également le nombre de soins réalisés dans les annexes dépendant du dispensaire principal. Au début, ces registres étaient tenus par l'infirmière ; ils furent ensuite confiés à un secrétaire africain. Les infirmières établissaient également des fiches. Les cahiers et les registres tenus dans chaque dispensaire permettaient de comptabiliser les visites et les malades de la consultation de nourrissons, les séances d'injections, la fréquentation générale du dispensaire et les types de maladies rencontrées.

Ces tâches administratives étaient considérées comme rébarbatives. Géraldine Gérard racontait avoir « eu (...) de la peine à [s]'habituer à inscrire, la paperasserie n'a jamais été dans [s]es préférences », laissant même entendre que ses débuts dans les registres furent un peu hasardeux avant qu'elle ne soit conseillée par Aline Dejasse, qui avait mis au point sa propre méthode. Ceci laisse songeur sur

520 E. DURAND, « Extrait du rapport de M. Edgar Durand en date du 31 juillet », in *BM*, I, n°34, octobre 1928, p. 324. On trouve ici un rythme de travail comparable à celui des agents de la mission antipaludique.

521 G. GERARD, « Activité médicale à Iremera », in *BM*, II, n°15, juin 1932, p. 231-233 ; G. GERARD, « Expériences d'une nouvelle missionnaire », in *BM*, II, n°14, avril 1932, p. 210-211.

l'exactitude et la régularité des données statistiques fournies. Après l'inscription dans le registre, l'infirmière ou le secrétaire rwandais demandait l'« *itouro*, petite redevance que chaque malade apporte » pour les médicaments qui allaient être employés (522). Comme chez les anglicans, les médicaments étaient payants.

Venait ensuite la consultation proprement dite. Quand l'infirmière ne connaissait pas suffisamment le kinyarwanda, elle se faisait assister soit par un autre missionnaire plus au fait de la langue du pays, soit par un interprète rwandais (523). Quand « il [lui] arrivait de manquer d'interprète (...), [elle] ne soignai[t] que les malades atteints d'ulcères, ou d'affections extérieures, gale, pian, abcès, etc. » (524). La première infirmière de la Société belge de missions protestantes qui travailla au Ruanda, Renée Simul, déclara qu'elle « [avait] été vite au courant des mots usuels ; du reste l'interrogatoire des malades n'est jamais bien long, parce qu'il est inutile : il faut un peu deviner ce qu'ils ont et ne pas se fier à leur imagination ; ainsi ils prétendront qu'un ver a élu domicile dans leur colonne vertébrale ou bien que leur cœur est tué ! » (525) Ce commentaire montre que la consultation était essentiellement basée sur l'examen et non sur l'anamnèse et l'interrogatoire. Il révèle en outre une certaine perception des populations rencontrées.

Dans les dispensaires des stations, le diagnostic des maladies, le choix du traitement et la distribution des médicaments étaient du ressort exclusif de l'infirmière européenne. Les aides africains ne pouvaient les administrer sans son autorisation. Une fois les malades triés en fonction de leurs maladies, le travail était réparti entre divers aides-infirmiers selon le type de tâches à exécuter (lavage des plaies, pansements, prise de la température, soins des yeux, etc.). La préparation et le dosage des médicaments étaient également l'apanage de l'infirmière responsable du dispensaire : elle réalisait ou faisait préparer sous sa surveillance les solutions antiseptiques et les potions, en utilisant une balance de précision et un réchaud à pétrole (526). Si le dispensaire ne disposait pas de balance de précision, les médicaments devaient être pesés et fractionnés en doses individuelles dans une autre station, ce qui entraînait des déplacements importants qui étaient effectués tous les trois ou quatre jours. Nous ignorons comment ces déplacements étaient supervisés, par qui ils étaient réalisés et moyennant quels principes de précaution et de surveillance.

Dans les annexes médicales, des aides sanitaires effectuaient eux-mêmes le tri des malades et soignaient les cas les plus faciles, comme dans un poste de secourisme. Ils envoyaient au dispensaire de la mission dont ils dépendaient les malades les plus atteints ou les cas difficiles. Une fois par semaine, l'infirmière faisait une visite d'inspection. Elle vérifiait les registres, donnait quelques soins, inspectait les réserves de médicaments et de pansements, les réapprovisionnait si nécessaire (uniquement pour le soin des plaies et des affections bénignes), conseillait les aides sanitaires et faisait les injections intraveineuses. La conférence missionnaire avait donné aux infirmières la liberté de déterminer à quels aides africains donner des remèdes et de quel type. Celles-ci regrettaient de ne pas avoir davantage de temps pour visiter ces dispensaires-annexes.

522 G. GERARD, « Activité médicale à Iremera », *op. cit.*, p. 231-233. *I-turo* signifie cadeau d'hommage (P. SCHUMACHER, *Dictionnaire phonétique...*, *op. cit.*, p. 342).

523 Voir notamment l'illustration n° 171 : l'infirmière est assistée d'un infirmier africain.

524 G. GERARD, « Activité médicale à Iremera », *op. cit.*, p. 231-233.

525 R. SIMUL, « Premières expériences de notre infirmière à Kirinda », in *BM*, I, n° 3, décembre 1922, p. 28.

526 G. GERARD, « Activité médicale à Iremera », *op. cit.*, p. 231-232.

Les annexes sanitaires se multipliant, la société missionnaire protestante belge estima nécessaire de clarifier l'attitude à adopter pour créer et superviser ces petits centres. Lors de la conférence missionnaire de 1933 à Kirinda, l'« utilité de donner à certains moniteurs quelques médicaments qui leur permettent de soigner les plaies et les autres affections bénignes, sur leurs annexes » fut affirmée. Mais elle était assortie d'une réserve : « ce sont les missionnaires qui doivent déterminer quels médicaments peuvent être donnés aux moniteurs et quels moniteurs sont à même de les employer » (527).

Les malades nécessitant un traitement régulier cherchaient à être logés à la mission. Faute de moyens financiers, l'hospitalisation de ces malades ne fut pas organisée de manière systématique par les missionnaires. Cependant, dès le début de la présence de la société au Ruanda, quelques malades furent acceptés dans les villages chrétiens avoisinant les missions. Ils étaient nourris de « jus de banane, de lait caillé, de soupe de sorgho faite par les voisines » (528). Selon une circulaire du gouverneur du 1er avril 1930, la nourriture des hospitalisés était à charge de leurs chefs respectifs (529). Les missionnaires refusaient malgré tout des patients, faute d'argent, car l'hospitalisation comprenait d'autres charges (eau, chauffage, entretien, etc.).

Dans le courant des années 1930, les stations de la mission protestante belge acceptèrent d'hospitaliser des malades gravement atteints de lèpre, de pian et d'ulcères ; certains de ces malades étaient envoyés par les responsables des annexes-dispensaires (530). Des huttes furent également construites afin d'héberger les femmes venues pour accoucher. Les missionnaires acceptaient plus volontiers d'hospitaliser pour une longue durée les membres de leur main-d'œuvre autochtone. Jusque 1935 environ, ces hospitalisations ne concernaient que quelques malades. À partir de cette date, le dispensaire de Rubengera fut réaménagé afin de permettre d'hospitaliser de grands malades. Le nombre de personnes hospitalisées quadrupla.

Un cas particulier d'hospitalisation concerna les malades atteints du pian de la région de Rubengera. En effet, avant que le gouvernement colonial n'entame sa campagne antipianique, cette mission avait déjà mis sur pied un camp pour pianiques à la charnière des années 1920-1930. Il s'agissait d'un espace réservé aux pianiques, avec des huttes neuves. « Les abords du camp d[evai]ent être entretenus par les malades (...) les malades recevaient du petit lait, des patates douces, des petits pois ; parfois, jour de largesse, nous leur achetons de la viande de bœuf et du sel » (531). Ce camp était placé sous la responsabilité d'une femme âgée, qui donnait les nouvelles de cette petite communauté aux missionnaires. Les malades recevaient des injections intramusculaires de sel de bismuth les mercredi et vendredi, et le mardi des injections d'arsénobenzol en intraveineuses. La première année, le camp hébergea quatorze malades comptabilisant 924 journées d'hospitalisation, soit une moyenne de plus de deux mois par malade (532). L'année suivante, cette installation « instituée pour soigner les indigènes atteints de cette maladie » compta trente-sept malades (533). Le nombre de malades hospitalisés continua de croître par la suite :

527 « Conférence missionnaire de Kirinda », in *BM*, II, n°23, octobre 1933, p. 355-356.

528 E. VON DER HEYDEN-KRAFT, « Une idylle au Ruanda » in *BM*, I, n°17, juillet 1925, p. 157.

529 « Conférence missionnaire de Kirinda », *op. cit.*, p. 355.

530 Voir notamment les illustrations n°176-177.

531 R. LESTRADE-SIMUL, « Le camp des pianiques à Rubengera », *op. cit.*, p. 167.

532 « Statistiques du dispensaire de Rubengera », in *BM*, II, n°9, juin 1931, p. 143.

533 R. LESTRADE-SIMUL, « Le camp des pianiques à Rubengera », *op. cit.*, p. 167.

en 1931, quarante-sept pianiques furent hospitalisés pour un total de 3 401 jours d'hospitalisation (534).

Les dispensaires protestants belges furent associés à la lutte contre le pian durant les deux campagnes (celle de Louis s'Heeren d'abord, puis celle de Vittorio Prati). Pendant quatre ans, ils soignèrent plus de trois mille pianiques chaque année (voir le tableau n°33). Nous ignorons si ces malades se présentaient volontairement, avaient été repérés par les missionnaires et contraints de se faire soigner, ou avaient été envoyés par les membres de la mission antipianique pour recevoir un traitement dans un établissement fixe. Selon la réponse qui pourrait être apportée, la participation au quadrillage sanitaire serait plus ou moins évidente.

b) Conditions matérielles

Nous ne connaissons pas les conceptions de chaque société missionnaire quant au dispensaire ou à la station missionnaire idéale, sauf pour la Société belge de missions protestantes au Congo, dont le *Bulletin missionnaire* reproduisit en 1929 un texte du *Journal des missions évangéliques de Paris*, centré sur la station missionnaire (535). La publication de cet article n'est pas neutre, car le bulletin belge ne communiquait généralement à ses lecteurs que des nouvelles internes à la société. Il semble évident que si ce texte fut publié, c'était parce que les responsables de la revue estimaient qu'il était en adéquation avec les objectifs de la société au Ruanda et en Belgique. Or l'auteur voyait dans la station missionnaire bien plus qu'un lieu de travail : « la station maintient dans l'esprit du noir l'équilibre si instable chez nous, entre le prestige de la Civilisation et la valeur vitale de l'Évangile. Elle est à la fois aussi parfumée de pitié qu'un monastère ; aussi actuelle et gaie qu'une institution moderne en Europe. Et justement parce qu'elle donne l'impression d'être un lieu de joyeuse et intelligente consécration, l'on devine que la station n'existe pas pour elle-même, mais pour les autres. Si elle existait pour elle-même, elle aurait de beaux bâtiments et une riche église, qui serait comme l'église cathédrale d'un grand district. Elle serait une manière d'abbaye, lieu de refuge ou de concentration de la civilisation au sein de la barbarie. Mais elle n'est rien de cela. Ses bâtiments sont les simples demeures de foyers domestiques, trop simples parfois, ou les abris des écoles, des malades, ou des foules ; elle n'attache aucun prix aux pierres ; elle est un lieu de création, elle est un chantier » (536).

A priori, pour la société protestante belge, les briques n'étaient donc que des outils, pas des vecteurs de propagande, encore que la société ait consacré beaucoup de moyens à construire un beau temple à Kirinda. Les bâtiments sanitaires furent d'abord construits en matériaux très simples. En effet, bien que la société fût consciente que son personnel « ne d[evait] pas être détourné indûment de la tâche essentielle, qui est l'instruction, le soin des malades et l'évangélisation » et qu'il y aurait donc « avantage à construire solidement et pour longtemps », le manque de moyens financiers lui imposa de recourir à des matériaux temporaires qui se dégradaient rapidement, rendant les conditions du travail médical plus difficiles et détournant une bonne part des énergies vers l'entretien (537). Selon l'importance du poste sanitaire, et au fil du temps, les missionnaires recoururent à trois types de

534 « Rapport du CA à l'AG du 21 novembre 1932 », in *BM*, II, n°18, décembre 1932, p. 276-277

535 Nous avons déjà signalé que plusieurs membres de la société firent un séjour de quelques mois à la *Maison des Missions de Paris* pour se former au travail missionnaire. Cette société ne leur était donc pas étrangère.

536 M. LEENHARDT, « La station missionnaire », in *BM*, I, n°38, juin 1929, p. 360.

537 « Une crise de croissance », *op. cit.*, p. 146.

constructions au Ruanda : une vague charpente en bois sur laquelle était appliquée de la terre délayée ; des constructions de briques séchées au soleil couvertes d'un enduit extérieur d'argile mêlée à de la bouse de vache (qui devait être renouvelé de temps en temps à cause des pluies torrentielles) ; enfin des constructions de briques et tuiles cuites.

Les premiers dispensaires de station furent construits en matériaux provisoires agencés de manière aussi durable que possible (généralement des bâtiments de pisé recouverts de chaume). Les dispensaires des annexes étaient plus rudimentaires : de simples hangars constitués d'une carcasse de morceaux de bois enfoncés dans le sol, tapissés de roseaux fixés par des cordes sur lesquels on appliquait un plafonnage de terre, et coiffés d'une toiture d'herbes. Ils étaient rapidement construits (une journée pour monter la carcasse), mais friables en raison des pluies et des termites. Aussi les missionnaires espéraient-ils les remplacer par des bâtiments en matériaux durables (murs de briques et toits de chaume). Les maisons pour infirmières étaient également conçues de manière rustique : initialement construites en pisé, elles ne furent remplacées par des bâtiments de briques qu'à la fin des années 1930. Progressivement, les dispensaires de station furent construits en briques cuites posées sur des soubassements de pierres (lave ou granit) ou de briques cimentées avec du mortier. Les sols et les trottoirs longeant les dispensaires étaient cimentés ou pavés de carreaux de terre cuite. Pour éviter les infiltrations d'eau, les trottoirs étaient inclinés vers l'extérieur.

Même lorsqu'il s'agissait de matériaux peu sophistiqués et peu durables (bois, terre glaise, herbes, etc.), l'approvisionnement présentait des difficultés. Pour le bois de construction par exemple, le principal problème était la distance entre les missions et les concessions accordées par le gouvernement colonial. La coupe et le sciage des planches, chevrons et bois de charpente se faisait sur les sites d'abattage. Il fallait deux jours de marche pour rejoindre ces sites qui se trouvaient sur la ligne de crête Congo-Nil. Les missionnaires installaient les scieurs de long dans la forêt, où ils leur construisaient une hutte-refuge pour un séjour de travail de plusieurs mois. Ensuite, ils leur rendaient visite régulièrement pour inspecter leur travail, affûter les scies et apporter le ravitaillement par porteurs. En 1938, l'entrepreneur engagé par la société pour les constructions des trois stations exploitait une concession de bois située à neuf heures de marche de Rubengera, son port d'attache. Les ouvriers s'occupaient sur place de l'abattage, du sciage, puis du portage vers la mission.

La fabrication de briques, tuiles et carreaux de pavement posait des problèmes d'approvisionnement (en matières premières, eau et bois de chauffage), mais également des problèmes liés à la protection des formes moulées encore crues, ainsi qu'à la cuisson. L'approvisionnement en terre glaise était problématique : en effet, toutes les terres ne convenaient pas à cet usage. Les missionnaires firent des essais avec toute une série de terres dans les environs de chaque poste et finirent par choisir des sites parfois éloignés. L'approvisionnement en eau était également ardu. Au milieu des années 1920, Ernst von der Heyden décrivait avec humour les réticences des porteurs d'eau à effectuer leur travail : « parfois il arrive, quand il fait bien chaud, que l'un ou l'autre ne se gêne pas pour revenir du ruisseau avec un pot vide sur la tête, marchant cependant à la file indienne avec les autres ; arrivé près du trou, il fait une pirouette habile pour entrer dans les rangs de ceux qui ont déjà versé leur eau, et il retourne avec ceux-ci au ruisseau, heureux d'avoir pu échapper

à l'œil du surveillant ! » (538) Durant la saison des pluies, il fallait protéger sous abri les briques et tuiles non encore cuites, car la cuisson ne pouvait se faire qu'en saison sèche. Pour ce faire, des hangars de dimensions respectables furent construits. La cuisson exigeait une grande quantité de combustible. Les fours étaient des constructions recouvertes de chaume, dans lesquelles le feu devait monter peu à peu jusqu'au-dessus des briques ; une fois que celles-ci rougeoyaient, on les recouvrait entièrement de terre et on bouchait les foyers. Ils n'étaient pas sans danger : un incendie détruisit le four de Kirinda et les trente mille briques qui s'y trouvaient, soit le travail de toute une année ; il faillit également détruire toute la station et les plantations alentour.

Pour s'assurer des soubassements résistant aux grandes pluies, il fallait des blocs de pierre ou de lave. Dans ce but, une carrière de granit bleu à grains fins fut ouverte à la fin des années 1930 près de Rubengera par l'entrepreneur engagé par la mission. La fabrication du mortier nécessitait entre autres de l'argile pilée. Ernst von der Heyden décrit de façon pittoresque la préparation de cet argile : « dans un trou, cinq ou six nègres, habillés d'une feuille de bananier déchiquetée, ont l'aspect de danseuses de ballets ! En effet, ces hommes dansent sur l'argile, se tiennent l'un l'autre par les épaules, faisant des gestes plus ou moins gracieux, tout en chantant parfois des airs monotones. »

Les premiers toits furent réalisés en chaume (roseaux durs, herbes et cordes), exigeant un portage sur de longues distances. Ensuite, ces couvertures en chaume furent remplacées par des tuiles ou, exceptionnellement, par des tôles. Pour crépir les murs, les missionnaires utilisaient une craie blanche « plus ou moins farineuse » et de la bouse de vache, « ces deux produits mélangés donn[ant] une pâte qui tient des années, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de la maison. » La fabrication des cadres et panneaux de portes, ainsi que des fenêtres, était assurée sur place. La charpente et la menuiserie des bâtiments de leurs stations étaient réalisées par les ateliers de chaque station missionnaire.

Seules les vitres étaient achetées à Kigali. En 1930, les missionnaires étaient fiers d'annoncer que la maison des missionnaires (et future maison des passagers) de Rubengera était équipée de fenêtres à six vitres, « luxe qu'on ne trouve pas partout au Congo » (539). Il est probable que le dispensaire n'en était pas plus pourvu que l'école, dont nous savons que les fenêtres n'étaient pas équipées de carreaux (540). Or selon le pasteur Durand, un vent violent soufflait la plus grande partie de la journée sur cette station, au point que les vérandas étaient inutilisables (541). À Iremera également, la plupart des fenêtres (dont celles de l'école et de l'église) étaient simplement équipées de treillis moustiquaire (542). L'outillage était stocké dans des magasins couverts de tôles ou de tuiles. Quand on sait qu'à la même époque, les dispensaires ne disposaient pas de toits durables, on s'aperçoit une fois de plus des conséquences de la pauvreté de la société protestante belge et des priorités entrepreneuriales qui en découlaient, au détriment des activités missionnaires proprement dites.

538 E. VON DER HEYDEN, « Inauguration de la seconde annexe de Kirinda », in *BM*, I, n°15, février 1925, p. 139-140. Les citations qui suivent sont également extraites de cet article.

539 A. LESTRADE, « Travaux à Rubengera », in *BM*, II, n°1, février 1930, p. 7.

540 E. DURAND, « Institut des catéchistes à Rubengera », in *BM*, II, n°4, août 1930, p. 61.

541 E. DURAND, « Voyage de M. le pasteur et Mme Edg. Durand », in *BM*, II, n°3, juin 1930, p. 36.

542 J. HONORE, « Le trimestre avril-juin à Iremera », in *BM*, II, n°34, septembre 1935, p. 9.

À plusieurs reprises, les lettres des missionnaires envoyées en Europe témoignèrent de leur préoccupation esthétique pour les constructions (principalement les salles de culte et les écoles). Il est impossible de savoir si ce souci était également présent dans leur conception de dispensaires et hôpitaux pour enfants. Nous ne disposons que de rares photographies de dispensaires de la société au Ruanda pour cette époque (543). Elles montrent le dispensaire comme une maison d'un seul niveau, couverte de tuiles. Si les constructions en matériaux durables s'inspiraient de l'architecture européenne qui privilégiait les formes rectangulaires ou carrées, les dispensaires provisoires adoptaient les formes rondes des constructions rwandaises : à Iremera, une hutte en briques sèches de cinq mètres de diamètre fut construite pour les accouchées en 1932. En 1939, deux huttes circulaires pour futures mères et pour malades hospitalisés furent agrandies.

La société protestante belge, vu la faiblesse de ses moyens, opta pour une politique générale d'autosuffisance maximale, y compris dans le cadre de la construction des bâtiments et équipements sanitaires. Une énergie énorme fut consacrée aux constructions, à l'entretien, à la fabrication d'outils, à la production de matériaux de construction. Le profil même des missionnaires envoyés reflète cette option générale : beaucoup d'évangélistes et de diacres européens étaient des artisans (menuisier, mécanicien, plombier, contremaître, etc.) qui s'étaient formés ensuite au travail d'évangélisation et initiés aux problèmes sanitaires. Ces missionnaires s'appuyaient sur une main-d'œuvre africaine.

Au départ, ils purent compter sur des artisans jadis formés à Kirinda par les missionnaires de Bethel. Dans les autres régions, ils se plaignaient de devoir « enseigner les hommes comme des enfants qui commencent à travailler ; quand ils font quelque chose qui n'est pas bien, on doit le défaire et les faire recommencer souvent plusieurs fois ou plus souvent le refaire soi-même, si on en a le temps. Je fais piocher les indigènes et leur montre comment on se sert d'une pelle ; je scie les arbres avec un noir qui est déjà bien habitué ; je m'efforce de leur apprendre à travailler sans se blesser ; à un autre homme, j'apprends à plafonner, à un autre encore à faire des briques, des tuiles, à scier des planches, à faire des trous pour planter des arbres, à blanchir des murailles ou à mettre des tuiles convenablement sur un toit » (544). Arthur Lestrade signalait en 1927 que « ce sont quelques simples indigènes qui m'aident : il est bien difficile de travailler dans ces conditions. Il faut beaucoup de patience pour tout leur expliquer. Ma présence est nécessaire tout le temps... » (545)

Si cette main-d'œuvre était peu qualifiée, elle était par contre nombreuse. En 1923, Josué Honoré employait jusqu'à trente-cinq ouvriers et cinquante enfants pour fabriquer briques, tuiles, carreaux de pavement, etc. Pour ses constructions, Ernst von der Heyden avait également recours à une foule de gens, qui utilisaient et approvisionnaient les cinquante-sept moules à briques, les six fours à cuire les briques, tuiles et carreaux de pavement, piétinaient l'argile pour le mortier, etc. Ce dernier se montrait plus satisfait de sa main-d'œuvre qu'Arthur Lestrade, écrivant en 1925 qu'il était « enchanté de l'ouvrage de ces indigènes » (546). On imagine l'agitation qui régnait autour de ces constructions, et l'impression durable qu'elle devait laisser aux populations avoisinantes.

543 Voir les illustrations n° 171-173.

544 J. HONORÉ, « Iremera », in *BM*, I, n° 4, février 1923, p. 37.

545 A. LESTRADE, « Reconstructions à Rubengera », in *BM*, I, n° 30, février 1928, p. 293.

546 E. VON DER HEYDEN, « Inauguration de la seconde annexe de Kirinda », *op. cit.*, p. 189.

Rapidement, les écoles professionnelles mises sur pied dans les trois missions de la société protestante belge furent à même de pourvoir les stations en main-d'œuvre qualifiée : on y trouvait menuisiers, maçons, scieurs, briquetiers, tuiliers et forgerons. Kirinda formait surtout des menuisiers et des briquetiers ; Iremera s'était concentrée sur la fabrication de manches d'outils, mais formait également des apprentis-maçons ; Rubengera s'était spécialisée dans la formation au sciage de long et à l'exploitation des concessions de bois. Les ouvriers circulaient entre ces trois stations en fonction des chantiers. Ils ne touchaient pas de salaires élevés, car les missionnaires estimaient qu'ils devaient à la mission leur formation professionnelle. En outre, bien que les Occidentaux considérassent que ces « menuisiers commencent à bien travailler », ils regrettaient malgré tout qu'« il faut toujours [y] mett[r]e la main pour faire vite et pour finir convenablement les travaux » (547).

Outre cette main-d'œuvre rémunérée, la mission protestante employait également des écoliers ou des familiers de la mission pour le portage à courte distance (eau, terre, bouses de vache, herbes), soit bénévolement, soit contre un petit salaire (argent ou sel). Les enfants récoltaient dans les enceintes pour le bétail et sur les pâturages de montagne les bouses destinées à crépir les murs. La société recourait également au travail obligatoire organisé par l'administration coloniale : les chefs de collines et les sous-chefs étaient réquisitionnés pour donner des coups de main lors de l'entretien ou de la réfection de certains bâtiments sanitaires, en fournissant main-d'œuvre et matériaux pour la construction d'abris pour les pianiques. Pour les populations, ceci révélait des accointances entre le monde missionnaire et les représentants de l'administration mandataire.

Le recours à des matériaux plus sommaires, moins résistants aux attaques d'insectes et aux intempéries, entraînait un travail d'entretien accru dans les stations protestantes belges. Ces tâches concernaient les bâtiments eux-mêmes ainsi que leurs abords. Sans cesse, il fallait replafonner l'intérieur des maisons et dispensaires, recrépir l'extérieur pour protéger les murs des pluies, blanchir à la chaux pour désinfecter, réparer les boiseries, rechaumer les toits. Les missionnaires rapportaient que « les termites délabr[ai]ent et envahiss[ai]ent les bâtiments » (548) et que « les grosses mouches "ibivumvure", dont le dard long et solide fraise les bois et mine les poutres des maisons », faisaient elles aussi des dégâts (549). Progressivement, les missionnaires changèrent de tactique et optèrent pour les constructions en matériaux durables. Ils se mirent entre autres à cuire des tuiles. Ces tâches d'entretien s'étendaient aux chapelles-écoles et aux annexes, qu'il fallait également maintenir le plus longtemps possible en l'état, malgré les matériaux friables.

Il fallait aussi débroussailler et gratter les abords et les chemins, assécher les marécages propices au développement de la malaria, piocher des jardins pour chaque missionnaire. « C'est toujours un grand problème quand il pleut ; les mauvaises herbes poussent très vite et cela nous donne beaucoup de travail » (550). L'entretien des routes demandait beaucoup d'énergie durant la saison des pluies. Les plantations vivrières poursuivaient parfois le même objectif, à savoir juguler l'avancée de la broussaille : « nous avons fait planter des patates douces pour

547 J. HONORE, « Progrès et difficultés à Iremera », in *BM*, II, n°5, octobre 1930, p. 77.

548 « Nouvelles de nos missionnaires », in *BM*, II, n°30, décembre 1934, p. 13.

549 G. GERARD, « La joie au service de Dieu », in *BM*, II, n°17, octobre 1932, p. 262. Il s'agissait de bourdons (*ibi-vumvuri*) (P. SCHUMACHER, *Dictionnaire phonétique...*, op. cit., p. 353).

550 J. HONORE, « Travaux à Iremera », in *BM*, II, n°14, avril 1932, p. 212.

débroussailler convenablement un coin de terre se trouvant près de la route principale qui, sûrement, faisait mauvaise impression sur les Européens qui viennent de temps en temps chez nous ; nous avons aussi entretenu les routes principales et avons laissé les autres de côté » (551). Des eucalyptus furent plantés dans le marais de la vallée pour tenter d'assainir la station de Kirinda. Mais ensuite, il fallait entretenir le terrain autour de ces arbres : « il faut enlever le chiendent pour ne pas étouffer les jeunes arbres (...) empêcher la brousse de reprendre ses droits » (552).

Les diverses tâches d'entretien du linge et des locaux n'allaient pas de soi pour des Rwandais peu familiarisés avec les objets occidentaux. Rachel Durand-Decollogny, en témoigne lorsqu'elle explique comment elle forma progressivement un jeune garçon à « l'entretien de nos vieux planchers. Ensuite, je le formai à la lessive et le repassage. Vigoureux, il lavait bien ; mais au repassage, quelle besogne imprévue pour lui, qui de sa vie n'avait tenu tant de linge ! » (553) Les infirmières de chaque dispensaire tenaient le compte des frais d'entretien liés au dispensaire (achat d'herbes pour le chaume des toitures, entretien des environs du dispensaire, constructions d'abris, portages, etc.). Elles s'occupaient donc non seulement du domaine médical proprement dit, mais également de l'intendance. Beaucoup de gens des environs se proposaient pour travailler à la mission. En outre, des anciens travailleurs de la mission allemande à Rubengera et Zinga aidaient au travail matériel et à l'évangélisation ; des élèves aidaient au nettoyage et à l'entretien.

L'approvisionnement en eau posait de nombreux problèmes aux missionnaires, dont plusieurs stations n'étaient desservies que par des sources peu importantes. Il fallait recourir aux porteurs qui allaient la puiser dans les ruisseaux en bas des collines. Cette eau devait être filtrée ou bouillie avant d'être consommée à des fins alimentaires ou sanitaires. Pour le bois, même problème : le coût du transport de bois de chauffage et de charpente grevait les budgets. Aussi, en partie pour répondre aux exigences administratives (« le gouvernement exige que les stations soient plantées d'arbres »), en partie pour s'assurer un approvisionnement de proximité et à moindre coût, les missionnaires effectuèrent des plantations d'arbres (eucalyptus, mimosas, filaos) et de petits arbustes autour des missions. Pour s'assurer une quantité suffisante de bois de chauffage, une politique active de reboisement autour des stations était pratiquée durant la saison des pluies.

Ces plantations étaient confiées aux moniteurs, que l'on équipait de bêches et de houes. L'exigence administrative concernait également les annexes. Ceci signifiait la nécessité d'équiper tous les moniteurs d'outils, soit « environ 100 houes et 100 bêches pour les trois stations » (554). Le personnel des annexes n'était pas occupé uniquement par l'évangélisation et les soins de base, mais aussi par de nombreuses tâches manuelles. Ces plantations demandant du temps, et n'étant pas suffisantes pour alimenter tous les chantiers, des concessions de coupe de bois furent négociées avec l'administration. Le problème du reboisement dans le pays était tel que l'administration durcit ses exigences en matière d'octroi de concessions ; la société missionnaire belge décida de demander une seule grande concession pour les trois stations « la répartition des planches [devant] se [faire] suivant les besoins des trois stations. »

551 J. HONORE, « Iremera : avril à juin », in *BM*, II, n°29, octobre 1934, p. 5.

552 J. HONORE, « Rapport trimestriel de Remera », in *BM*, II, n°53, mai-juin 1939, p. 18.

553 R. DURAND-DECOLLOGNY, « Mœurs paiennes », in *BM*, I, n°21, juillet 1926, p. 201.

554 « Conférence missionnaire de Kirinda », in *BM*, II, n°23, octobre 1933, p. 354. La citation suivante est également extraite de cet article.

Pour la nourriture, la tactique était identique : assurer au maximum l'autosuffisance, acheter aux Africains des denrées de base sur les marchés, importer le moins possible d'Europe. Ces plantations et potagers devaient nourrir les missionnaires, leurs auxiliaires africains, les malades hospitalisés dans les camps de pianiques et de contagieux, les enfants pris en charge par la Goutte de lait. Les missions avaient des parcelles de patates douces, de manioc, de sarrasin, de lin, de blé. Dans chaque station, il y avait des caféiers et des bananiers. L'entretien de ces cultures coûtait cher. Les missionnaires payaient les denrées au prix coûtant, les extérieurs payaient une marge supplémentaire qui alimentait la caisse de la mission.

Certains aliments n'étaient pas produits sur place. Les protestants belges achetaient par exemple leur farine chez les Adventistes, « à quatre jours de marche (...) ; la pâte est levée au moyen de bière de bananes ». Le lait était acheté aux Africains. « L'obtention de ce lait est pourtant subordonnée à plusieurs formalités ; les vaches sont pour la plupart la propriété d'un grand chef, et se trouvent disséminées sur tout le territoire administré par ce chef ; l'administrateur européen donne l'ordre au chef en question de fournir tant de litres de lait par jour à tel ou tel blanc ; le chef confie alors au berger local le nombre de vaches nécessaires, et tous les matins, les aides du berger viennent en procession nous apporter le précieux breuvage, qu'ils ont mis dans des pots en bois, taillés dans des troncs d'arbres. Le lait est consommé tel quel ou écrémé pour donner du beurre ». Chaque jour, une distribution de lait aux enfants les plus malades était organisée. Nous reviendrons sur cette question dans la troisième partie. La viande était achetée une fois par semaine, un bœuf étant abattu sur ordre de l'administrateur. Un certain nombre de fruits, de légumes, et de produits de basse-cour étaient achetés aux Africains (œufs, pommes de terre, tomates « grosses comme le bout du doigt », bananes, groseilles du Cap, prunes du Japon, goyaves, cœurs de bœuf, papayes, ananas, citrons, oranges, poules, etc.).

Les missionnaires avaient aussi formé des artisans autochtones qui fabriquaient le mobilier nécessaire à la vie générale dans les stations missionnaires. Ce personnel s'occupait également de la fabrication de fenêtres et de portes, tant pour la mission que pour des particuliers ou pour l'État. Nous n'avons pas trouvé d'informations précises sur le mobilier contenu dans les dispensaires des protestants belges. Par contre, nous avons un inventaire détaillé du mobilier et des accessoires prévus pour les chambres des élèves de l'École normale de la société protestante belge : lit avec natte indigène et couverture, table, escabeau, bassin émaillé et essuie-mains, planchette pour les livres et les vêtements. Selon les missionnaires, « c'est presque du luxe pour ces indigènes, et en tout cas le moyen de vivre dans des conditions hygiéniques qui ne se trouvent pas réalisées dans les huttes indigènes » (555). Ce commentaire nous donne une indication sur ce que les protestants belges estimaient nécessaire pour assurer une hygiène minimale en collectivité. Les locaux servant à l'hospitalisation des malades ou des femmes enceintes comprenaient probablement ce type de mobilier.

L'équipement des dispensaires protestants était peu sophistiqué. Il était heureusement complété par les aides gouvernementales. En 1927 par exemple, le gouvernement fournit à la mission de Rubengera une lampe à alcool, un irrigateur d'Esmarck complet pour les lavements, un thermomètre médical, des aiguilles à suture droite et courbe, des seringues pour oreilles, des seringues à urétral, des pinceaux ordinaires pour les badigeonnages et cautérisations et de la soie stérilisée

555 « Projet d'école de catéchiste à Rubengera », in *BM*, II, n°5, octobre 1930, p. 68.

pour les sutures (556). Malgré cela, les infirmières manquaient souvent de médicaments et de pansements. Elles sollicitaient leurs sympathisants à ce propos. Les missionnaires recouraient aussi souvent que possible à l'aide de leur société en Europe et à leurs sympathisants. La société effectuait des achats de médicaments en Europe, recourait à des dons de particuliers ou à des collectes. Les médicaments envoyés étaient partagés entre les trois dispensaires. Nous ignorons qui déterminait le budget annuel de chaque dispensaire et la marge de manœuvre de l'infirmière dans les commandes de médicaments et de matériel médical. Les envois effectués depuis la métropole constituaient une source importante d'approvisionnement en médicaments et en matériel. Avant l'obtention de subventions médicales, la société envoyait autant de remèdes que possible. À partir de 1936, le Comité d'aide médicale à la mission se chargea de l'entretien, de la réparation et du remplacement des seringues et des instruments de chirurgie. Même après l'obtention de subventions gouvernementales en matériel médical et en médicaments, les instances dirigeantes de la société en Europe continuèrent de faire des envois, estimant qu'il fallait « largement suppléer » (557).

Lorsque les colis s'avéraient insuffisants, il fallait acheter des étoffes pour fabriquer les bandages. Une fois utilisés, les bandages devaient en effet être brûlés ou bouillis avant d'être réutilisés. Géraldine Gérard, rapportait tout le travail que demandait la fabrication de bandes de pansement au début des années 1930 : « le vieux linge si précieux pour le soignage des plaies (...) épuisé, il faut (...) acheter du coton écriu, le découper, le passer à l'ébullition pour avoir des pansements » (558). La réutilisation des bandages se heurtait aux croyances rwandaises (il fallait abandonner les bandages dans la nature de manière à abandonner la maladie et à la transmettre à quelqu'un d'autre).

c) Collaborations et contrôles

La Société belge de missions protestantes avait conclu un accord général avec le gouvernement colonial pour la reprise des missions allemandes à la fin de la Première Guerre mondiale. Dans le domaine médical, la contribution des missionnaires protestants de la société belge au programme général colonial était plus modeste que celle des autres sociétés missionnaires qui disposaient soit d'un personnel plus nombreux, soit d'équipements plus complets. Certes, les dispensaires de la Société furent subventionnés certaines années, quand ils étaient pris en charge par des infirmières diplômées, puisque la société avait le statut de mission nationale et pouvait dès lors prétendre aux subventions en médicaments et salaires pour une infirmière par poste. Mais le gouvernement ne semblait pas avoir établi des relations très suivies avec elles, et ces femmes se plaignaient de ne pas recevoir suffisamment de médicaments en cas de besoin. L'une d'entre elles rapporta avoir dû faire face à une épidémie de malaria sans pouvoir compter sur un complément de quinine, malgré sa demande auprès du médecin.

Il reste que, malgré ces insuffisances, la source la plus importante de médicaments était l'aide de l'État. À partir de 1928 en effet, suite aux démarches conjointes en Europe et au Ruanda, l'État commença à fournir régulièrement des médicaments aux dispensaires, par le biais des réquisitions auprès de la Pharmacie centrale de la

556 Bordereau d'expédition de marchandises de la pharmacie centrale de l'armée pour la colonie du CB, destination medicam AMIB Lubengera, 11 octobre 1927 (AA, Bruxelles, dossier RWA 534 n°2).

557 Lettre de Henri Anet aux missionnaires de la SBMPC au Ruanda, 3 juillet 1928 (AEPUB, Bruxelles, dossier L11).

558 G. GERARD, « Activité de Melle Gérard à Iremera », in *BM*, II, n°19, février 1933, p. 292.

Colonie. En 1933, le gouvernement avertit le représentant légal de la mission, Edgard Durand, de la suppression de l'envoi de médicaments gratuits aux missions nationales (559). Seuls les médicaments antipianiques continuaient d'être fournis gratuitement, car il s'agissait de la priorité absolue désormais. Par contre, sous un angle plus personnel, les missionnaires protestantes estimaient que le personnel du service de l'hygiène du territoire se montrait aimable et serviable.

Les infirmières furent mises à contribution pour certaines campagnes médicales spécifiques de la colonie, telles celle contre le pian et une autre plus ponctuelle contre la malaria. « Depuis quinze jours est arrivée ici une infirmière de l'État pour lutter plus efficacement contre l'épidémie de malaria ; nous nous arrangeons très bien ensemble ; elle aussi dit que le Gouvernement ne disposait pas d'agent sanitaire et que par conséquent il n'était pas question que le gouvernement installe un poste médical à Kibuye (poste de l'État voisin de Rubengera) de si tôt. (...) Nous nous partageons les collines » (560). Les missionnaires protestantes belges participaient au maillage sanitaire de l'État.

Lorsque la campagne antipianique démarra, les missionnaires suivirent les instructions de l'administrateur et déterminèrent les formalités à remplir pour le camp des pianiques. La collaboration des infirmières avec l'État pouvait dans certains cas déborder le cadre strictement médical, par exemple l'enquête démographique menée par Renée Lestrade-Simul sur la colline de Gihara (561). Lorsque le besoin s'en faisait sentir, les infirmières envoyaient également certains malades se faire soigner dans les hôpitaux de l'État.

Les médecins de la Colonie venaient de temps à autre faire une inspection, distribuaient quelques conseils, examinaient les malades les plus gravement atteints ou les cas douteux, envoyaient un peu de médicaments. Les archives nous donnent peu de trace d'inspections effectuées par le service de l'hygiène de la Colonie dans les dispensaires de la société protestante belge. Mais vu l'octroi de subventions médicales, ces inspections existaient certainement. Les seuls commentaires donnés par les infirmières à ce sujet datent de la fin des années 1930. À cette époque, le médecin de secteur ou le médecin-inspecteur venait deux à trois fois par trimestre. Pour l'infirmière, « ces visites sont précieuses. Elles me permettent de faire examiner quelques malades : cas douteux, difficiles, qu'il n'est d'autre part pas toujours possible d'envoyer à un médecin puisqu'il y a deux jours au minimum pour nos indigènes pour rejoindre une organisation sanitaire du gouvernement ou d'une autre mission. Le Docteur en outre contrôle les cahiers, l'état du matériel, et avec beaucoup de complaisance répond aux questions et aux conseils que je lui demande » (562). Lors de l'inauguration de nouveaux bâtiments médicaux, le médecin provincial ou un de ses représentants se déplaçait. Aline Dejasse estimait que le médecin inspecteur était « assez exigeant pour ce qui est de la tenue des registres » (563). Les autorités administratives et politiques émettaient également un avis sur la qualité des services prestés par les missionnaires. En 1939, le gouverneur Jungers fit ainsi part de son mécontentement lié au « manque de continuité dans le

559 « Conférence missionnaire de Kirinda (15-21 juin 1933) », in *BM*, II, n°23, octobre 1933, p. 355 ; G. GERARD, « Dispensaire d'Iremera », in *BM*, II, n°23, octobre 1933, p. 361-362.

560 A. DEJASSE, « La malaria à Rubengera », in *BM*, II, n°13, février 1932, p. 198-199.

561 R. LESTRADE-SIMUL, « Enquête... », *op. cit.*, p. 131.

562 S. MERCIER, « Dispensaire de Rubengera », in *BM*, II, n°53, mai-juin 1939, p. 15 ; S. MERCIER, « Du dispensaire de Rubengera », in *BM*, II, n°55, mars 1940, p. 8.

563 A. DEJASSE, « Du rapport du dispensaire de Remera », in *BM*, II, n°53, mai-juin 1939, p. 17.

service des dispensaires [qui est] préjudiciable au travail médical » (564). Effectivement, la présence d'infirmières diplômées oscillait en fonction des problèmes de santé, des manques de fonds en Europe et des périodes de congés.

§ 4. Les Sœurs Blanches

Chez les Sœurs Blanches, l'ouverture des dispensaires suivait immédiatement toute nouvelle implantation missionnaire (565). Dès leur arrivée dans un poste, elles prenaient la relève des Pères Blancs au dispensaire. Ces derniers en témoignaient avec soulagement : « en octobre dernier (1923), cinq Sœurs Blanches arrivaient enfin à Kabgayi : elles nous ont complètement déchargés du soin du dispensaire où elles ont très forte clientèle » (566). À la différence d'autres sociétés, elles confiaient la conduite de ce secteur d'activité à des femmes parfois non qualifiées. Il n'en demeurait pas moins qu'un nombre considérable de patients les fréquentait. Les Sœurs Blanches organisaient leur activité sanitaire principalement de manière sédentaire. Une fois par semaine, elles partaient visiter les malades sur les collines proches de leur station. Le seul moyen de déplacement était la marche ou le transport en *tipoye*.

a) Pratique sanitaire

Chaque dispensaire se trouvait implanté dans la station même, pour des raisons financières, mais aussi en raison des connaissances médicales sommaires de la plupart des missionnaires de l'époque (peu de souci d'éloigner les malades des enfants fréquentant les écoles par exemple). Dans le courant des années 1930, la séparation entre les activités médicales et le reste des œuvres de la mission se dessina. Les inconvénients de la cohabitation des malades avec les enfants des orphelinats, le personnel de la mission et les écoliers devinrent plus pesants à mesure que la clientèle des consultations médicales augmentait. C'est à ce moment que de nouveaux dispensaires furent construits. L'influence de la campagne antipaludique se fit également sentir (sensibilité plus grande au fait de soigner les plaies dans des endroits appropriés et isolés).

Les nouveaux dispensaires furent installés à l'écart de la communauté religieuse successivement à Nyundo (1932-1933), Issavi et Rwaza (1934), Kabgaye et Astrida (1937), et enfin Zaza (1938). Des aménagements furent réalisés pour faciliter la cohabitation de la vie religieuse communautaire (avec ses impératifs de clôture) et le travail médical journalier : murs de séparation, aménagement d'une cour et d'un chemin accessible. Le choix de l'emplacement du dispensaire ne faisait guère l'objet de commentaires. Le lieu et la configuration étaient généralement soumis à l'approbation des supérieurs de mission (les Pères Blancs).

Les Sœurs Blanches ne disposaient pas de formations sanitaires aussi sophistiquées que celles des Anglicans. Au départ, elles disposaient de petits dispensaires comme ceux des protestants belges, séparés grossièrement en deux ou trois parties permettant de sérier l'activité sanitaire selon les impératifs organisationnels. Avec l'accroissement de l'activité médicale, une spécialisation progressive des lieux se dessina selon les fonctions (attente, pansements, soins, hébergement, isolement, pharmacie, lieux d'aisance...), mais aussi selon les maladies (plaies, maladies courantes, maladies vénériennes, maladies contagieuses), le sexe (les religieuses

564 PV du CA, 23 février 1939 (AEPUB, Bruxelles).

565 Voir les illustrations n°192 et 196.

566 VAR, *Rapport annuel pro manuscripto 1923-1924*, n°19, Alger, 1924, p. 351.

recevaient séparément les hommes et les femmes), le profil de clientèle (nourrissons, écoliers, futures mères) ou encore la couleur de la peau (Européens, Africains), cette dernière distinction ayant vraisemblablement existé dès le début, sans être explicitement mentionnée.

Les aménagements liés à l'importance des centres médicaux et à leurs fonctions étaient les plus flagrants. En effet, tous les postes disposaient d'un équipement de base établi selon une sorte de plan minimal. Le dispensaire était aménagé de façon à permettre la cohabitation d'une salle d'attente (barza, hangar de fortune ou attente dans le local même), d'une salle de consultation (distincte ou non de la fonction précédente) et de la pharmacie. Des lieux d'hébergement étaient prévus pour les malades, dont l'état nécessitait un suivi pendant un certain temps (en général des huttes de fortune ou des hangars en cas de famine). Des aménagements extérieurs complétaient ces bases primaires de soins (cour des malades, cabinets d'aisance...).

À l'échelon supérieur, l'hôpital catholique de Kabgaye créé en 1937 comptait 64 lits ; il comportait une série de locaux supplémentaires liés à l'hospitalisation proprement dite (chambres et salles pour hospitalisés et opérés, salle d'opération, laboratoire et salle de microscopie, salle de stérilisation, douches, toilettes, morgue), des locaux administratifs (bureau du médecin), des locaux liés à l'intendance (cuisine, buanderie, réfectoire), des locaux annexes pour le personnel (maison du médecin, maison des infirmières religieuses, camp des infirmiers africains). cet hôpital n'appartenait pas aux Sœurs Blanches, mais au vicariat apostolique.

Progressivement, les centres médicaux furent également aménagés en fonction des maladies rencontrées. Dès 1923, les religieuses s'efforcèrent de séparer les locaux d'hébergement des femmes atteintes de maladies vénériennes (567). Elles disaient craindre davantage la contamination morale que physique. Notons que ce type de séparation était en vigueur depuis le XIX^e siècle dans tous les hôpitaux où travaillaient des religieuses : elles excluaient ou séparaient des autres patientes les filles-mères, les prostituées et les femmes atteintes de maladies vénériennes (568). La campagne antipianique mise sur pied par le gouvernement du Ruanda-Urundi marqua une évolution dans l'accueil des malades atteints du pian et de plaies diverses au sein des dispensaires et hôpitaux. En effet, à partir de 1934, une salle séparée fut dévolue un peu partout au soin des plaies.

Les centres sanitaires développèrent petit à petit une activité spécifique en fonction de leur clientèle. Ainsi, des dispensaires scolaires furent progressivement mis en place à partir de 1935 (569). Le but était de soustraire les enfants aux influences extérieures et de gagner du temps, comme en témoigne ce commentaire : « l'expérience nous a (...) montré les graves inconvénients qu'il y a pour nos élèves à aller se faire soigner au dispensaire de la ville (retards sérieux, escapades au marché ou dans les boutiques d'hindous, etc., etc.), nous ne pouvions hésiter à remédier à ce mal » (570). Dès l'ouverture de l'hôpital de Kabgaye, la maternité fut séparée de l'activité générale. Par contre, la séparation des locaux en fonction de l'ethnie n'apparaît pas dans les archives des Sœurs Blanches, ce qui ne signifie pas

567 PV du CL de Nyundo, 7 décembre 1923 (ASMNDA, Rome, dossier B5075/6).

568 A. KLAUS, *Every Child a Lion. The Origins of maternal and Infant Health Policy in the United States and France, 1890-1920*, Ithaca-Londres, 1993, p. 101 ; J. LEONARD, « Femmes, religion et médecine. Les religieuses qui soignent en France au XIX^e siècle », in *Annales E.S.C.*, XXXII, 1977, p. 889-898.

569 Exemple : PV du CL d'Astrida, 10 février 1935 (ASMNDA, Rome, dossier B5153/6 n°1).

570 RA SMNDA Astrida 1935-1936 (ASMNDA, Rome, Dossier B5153/3 n°3).

qu'elle n'a pas existé. Les cloisonnements se multiplièrent au fil du temps et n'obéirent pas uniquement à des impératifs sanitaires, comme en témoignent les cas des femmes atteintes de maladies vénériennes et les dispensaires pour écoliers.

Le dispensaire était confié à une religieuse qui s'y rendait chaque jour, aidée de plusieurs infirmiers africains. L'organisation était conditionnée par la vie de la mission : le dispensaire ouvrait après les exercices spirituels voire après les classes, si la religieuse qui en était chargée s'occupait également d'enseignement. Le premier contact des malades avait lieu avec un membre du personnel autochtone : une postulante ou un aide-infirmier. Il pouvait avoir lieu dans le cadre précis du dispensaire, mais parfois, des malades arrivés dans les environs de la mission étaient repérés par une religieuse ou un membre du personnel de la mission, qui les orientait vers la consultation ou vers l'église si le cas était considéré comme désespéré.

À l'heure d'ouverture, une personne (une religieuse connaissant bien la langue rwandaise, un aide-infirmier ou un secrétaire) était chargée de l'accueil et de l'ordre de passage des malades. Pour faciliter le travail de l'infirmière, cette personne plaçait les malades en ligne, au fur et à mesure de leur arrivée ; elle leur donnait un numéro d'ordre ; elle veillait aussi aux sorties. En bavardant avec des religieuses qui travaillaient dans les dispensaires de la région des grands lacs après la Deuxième Guerre mondiale, nous avons eu l'occasion de constater qu'à côté des morceaux de papier (qui manquaient souvent), les infirmières et leurs assistants africains avaient mis au point d'autres systèmes de comptage : selon Marie-Louise Thiry, chaque acteur sanitaire du dispensaire utilisait des grains de maïs par exemple pour compter les malades qu'il soignait (le panseur de plaies, l'injecteur, le responsable de la distribution des médicaments, etc.) (571). À la fin de la consultation, chacun comptait ses grains et le total était noté dans le registre.

Nous ignorons selon quels critères l'ordre de passage était déterminé (ordre d'arrivée, âge, éloignement du domicile, type de maladie, familiarité avec la mission, moyens de s'acquitter des honoraires...), mais les cas les plus graves étaient soignés en priorité. Les archives ne nous ont fourni que deux indices de l'existence d'un tri. Les critères pouvaient être déterminés par les religieuses ou laissés au libre arbitre des secrétaires et aides-infirmiers. Les Sœurs Blanches choisissaient à certains moments de privilégier les chrétiens : « comme il y a trop peu d'injections de 606 données par le docteur de Kigari, on n'en donnera qu'aux chrétiens », écrivait l'une d'entre elles en 1923 (572).

Le personnel autochtone pouvait quant à lui choisir d'appliquer d'autres critères. Des cas de favoritisme semblent s'être produits particulièrement dans des contextes de moindre surveillance par les religieuses. À Kabgaye, l'infirmière arrivait tard au dispensaire, parce que d'autres charges la retenaient précédemment. Progressivement, la fréquentation du dispensaire connut une chute liée au mécontentement des gens parce que « les aides indigènes ne favorisent que leurs amis ou ceux qui leur apportent de petits cadeaux » (573).

571 Entretien du 22 avril 2001 à Saint-Marc.

572 PV du CL de Nyundo, 3 octobre 1923 (ASMNDA, Rome, dossier B5075/6). Le 606 était une formule de composés arsénicaux actifs dans le traitement du pian et de la syphilis notamment.

573 Rapport de visite de Mère Lutgarde à Kabgaye, 7 octobre 1933 (ASMNDA, Rome, dossier B5110/1 n°4).

L'ordre de passage et le maintien du calme dans la foule en attente étaient sources de problèmes. Les patients arrivaient parfois plusieurs heures avant l'ouverture dans l'espoir d'être soignés le jour-même. À Issavi, la copiste signalait que les malades s'alignaient ainsi dès 6 heures du matin jusqu'à 10-11 heures, la file s'allongeant démesurément (574). Les consultations connaissant un succès croissant, la foule était très importante. Les religieuses notaient que les temps d'attente ne se passaient pas toujours dans le calme et l'organisation, « tous [voulant] être soignés les premiers » (575). Elles décrivaient la foule comme « turbulente, exigeante, et [grossissant] à chaque instant » et déclaraient qu'« il faut une véritable garde au moment des injections, sinon il y a une cohue sans nom dans la salle d'attente, où plus de soixante malades attendent leur tour, voulant tous être piqués à la fois » (576).

Les photographies nous montrent d'ailleurs une foule compacte groupée autour de l'infirmière en train de soigner un malade (577). Une masse de spectateurs assistait aux séances de pansement par exemple, en contradiction avec les recommandations des directeurs prônant un certain isolement des malades pendant les soins. En quelque sorte, la pratique sanitaire était montée en spectacle. Nancy Hunt a montré avec force détails, parfois pittoresques, que cette manière de procéder existait également dans d'autres milieux missionnaires : elle raconte et illustre par une photographie que le médecin de la *Baptist Missionary Society* de Yakusu opérait la fenêtre ouverte, afin que les populations avoisinantes puissent le regarder travailler (578).

Le dispensaire était ouvert tous les matins. Au fil du temps, vu l'affluence croissante de patients, les horaires connurent un élargissement progressif, passant de la tranche horaire de 10h40 à 12h à celle de 7 à 12h, plus deux après-midi pour les injections. Mais ces horaires n'étaient pas restrictifs : « en dehors des jours et des heures indiqués, à tous moments, de nombreux malades affluent aux abords de la maison. Ce sont des accidents, des cas urgents, des malades venus de loin et qui n'ont pas pu venir à l'heure, des trainards, aussi bien que cette œuvre du dispensaire est réellement celle qui demande le plus de soin et de temps » (579). Lors des épidémies, le dispensaire était fermé pour éviter la propagation par les mouvements de population et les religieuses se déplaçaient sur les collines contaminées.

L'affluence croissante de malades entraîna également un compartimentage des horaires en fonction des types de soins à donner : un jour pour les injections contre la lèpre, un autre pour les injections antipaludiques, un troisième pour les injections antimalariennes, un quatrième pour les consultations de nourrissons, un cinquième pour le pansage des plaies, etc. Cette spécialisation des séances avait pour but de rendre les soins plus rapides et plus efficaces, le matériel et les doses d'injection étant préparés chaque jour en fonction de la maladie soignée. Néanmoins, cette organisation n'était pas rigide et des exceptions étaient faites en cas d'urgence. « Seuls les cas graves d'autres maladies seront soignés le jour des injections »,

574 RA SMNDA Issavi 1937-1938 (ASMNDA, Rome, dossier B5068/3 n°9).

575 RA SMNDA Issavi 1930-1931 (ASMNDA, Rome, Dossier B5068/3 n°5).

576 MARIE-SAINT PATRICE, « Une journée de mission chez les Noirs à Kabgaye », *op. cit.*, p. 223 ; Dnaire SMNDA Issavi, 25 juin 1929 (ASMNDA, Rome).

577 Voir les illustrations n°105, 180, 182.

578 N.R. HUNT, *A Colonial Lexicon...*, *op. cit.*, p. 117 et suivantes.

579 RA SMNDA Kabgaye au VAR, sans date [1925 ou 1926] (APB, Rome, dossier D221/1). La citation suivante est également extraite de ce rapport.

notait ainsi la copiste d'Issavi (580). Progressivement, les soins furent prodigués à des moments différents en fonction du sexe.

Les photographies montraient systématiquement la consultation à l'air libre, peut-être pour améliorer la qualité des clichés, à moins que l'affluence eût été telle que l'on ait maintenu les gens à l'extérieur quand le temps était clément (581). On y voit les religieuses, portant le tablier réglementaire, debout ou agenouillées près des malades, mais jamais assises sur des chaises ou des caisses. Les malades étaient soignés sur un siège ou par terre, parfois debout. Une petite table permettait d'appuyer un membre malade pendant les soins et de déposer les instruments, bandages et médicaments nécessaires. Par contre, elle était trop courte pour qu'un patient puisse s'y étendre.

Les dispensaires tenaient des registres que le médecin inspectait lors de ses visites. Ils reprenaient la fréquentation journalière, les malades inscrits, les injections, vaccinations, soins donnés et reprenaient aussi le nombre de malades par type de maladies (médecine générale, ophtalmologie, syphilis, paludisme, tuberculose, trachômes, pian, dermatologie).

L'organisation des séances d'injections se faisait à l'aide de fiches. Chaque patient en possédait une, reprenant son identité complète (nom, colline, famille), le nombre d'injections à faire et la date à laquelle elles étaient administrées. Ces fiches permettaient également à l'infirmier de ne pas distribuer plusieurs fois des médicaments pour la même maladie. Un extrait des *Chroniques* des religieuses nous donne un récit pittoresque de ce système : « grâce aux "morceaux de papier" (en Europe, on dirait "les cartes"), la Sœur infirmière a vu son travail réduit de moitié, sa mémoire soulagée, les malades mieux suivis. Chaque lundi soir, à la récréation de la communauté, apparaît une boîte insatiable des pseudo-cartes : petits carrés de différentes couleurs qui s'alignent en rangs serrés. La Sœur coupe, taille et retaille presque artistement, dans des annales, de vieux cahiers, etc. , toutes les marges et parties laissées en blanc. Un numéro d'ordre est inscrit sur chaque billet et distinguera chaque malade, qui, demain, commencera une nouvelle série de piqûres (...). Ces numéros d'ordre doivent être renouvelés pour chaque malade avant la fin de sa série de piqûres. Comment reconnaître un chiffre sur ce papier grasseyé, noirci de fumée, ou bien à demi rongé par les rats ? » (582) Ces fiches permettaient également au médecin inspecteur de contrôler les résultats des injections. Ceci se passait pendant la campagne antipianique : les religieuses participaient au quadrillage sanitaire.

Une anecdote témoigne du fait que les populations étaient frappées par cette civilisation du papier. Une Sœur Blanche raconte en 1934, soit en pleine campagne antipianique, que « le chef ayant convoqué tous les hommes à venir montrer leur livre d'identité, les enfants qui possèdent une carte du docteur reçue lors du traitement pianique n'ont rien trouvé de mieux que d'aller aussi se présenter » (583). Il est vrai que les passeports médicaux, mis en place depuis la lutte contre la maladie du sommeil au Congo belge, donnaient aux gens le droit de voyager sur les bateaux et les trains et de traverser les frontières coloniales. Nancy Hunt rapporte que ces papiers étaient compris de manière parfois toute différente par les

580 PV du CL d'Issavi, 1er août 1934 (ASMNDA, Rome, dossier B5068/6).

581 Voir les illustrations n°180 à 184.

582 MARIE-VERONIQUE, « Ce que vaut un morceau de papier », in *CSMNDA*, XXXVI, n°227, 1935, p. 172.

583 Diaire SMNDA Nyundo, 16 août 1934 (ASMNDA, Rome).

populations : elle cite le cas d'un guérisseur congolais qui demanda au médecin européen de lui donner ce papier afin de confirmer qu'il était un praticien digne de confiance (584). Effectivement, l'anecdote citée *supra* témoigne de la confusion entre quadrillage administratif et sanitaire, au moins chez les plus jeunes.

Les statistiques des années 1935 à 1940 fournissent des informations sur le nombre de soins donnés pendant l'année et sur les effectifs de personnel européen et africain y affectés. Nous avons constaté que, même en calculant sur une base de 365 jours d'ouverture des dispensaires (dimanches inclus, ce qui n'était évidemment pas le cas), chaque membre européen du personnel aurait réalisé selon les années de 16.450 à 28.000 soins par an, soit de 45 à 77 soins par jour, soit encore une moyenne de 9 à 16 malades reçus par heure (hypothèse de cinq heures par jour d'ouverture du dispensaire). Bien entendu, ces chiffres sont trompeurs, car il y avait de nombreux auxiliaires africains en amont et en aval du travail presté par les religieuses européennes. Ces données chiffrées laissent deviner la somme considérable de travail effectuée par les auxiliaires africains des missions.

Les chiffres donnent un éclairage différent sur le fonctionnement des dispensaires. Peu de temps par malade, une foule immense, un personnel ne disposant probablement pas de tous les moyens de désinfection et de stérilisation nécessaire entre chaque patient... Le royaume de la débrouille, aussi organisée et systématique que possible. Nous avons vu comment les autorités mandataires justifiaient le nombre d'examen médicaux réalisés durant la campagne antipaludique en décrivant leurs méthodes de travail. Les religieuses travaillaient probablement selon les mêmes schémas, ne voyant elles-mêmes que les cas les plus complexes, et déléguant les soins courants (et leur repérage) à leurs auxiliaires.

Les récits anecdotiques corroborent l'impression qui se dégage des statistiques, sur le ton de la comédie. Pour amuser leurs lecteurs en métropole, les religieuses dépeignent l'ambiance générale autour des dispensaires : « on s'écarte pour laisser passer [la sœur infirmière], mais de loin, on crie sa misère. C'est vraiment ici le rendez-vous de toutes les maladies possibles, réelles et imaginaires. -"Du remède pour la toux" ! -"Pour la fièvre !" - "moi, un petit remède pour une plaie !" - "Le remède pour un enfant !" -Un peu de calme ! tout le monde aura du remède, mais commencez par vous taire et venez un à un !... Que tous ceux qui ont des plaies s'alignent dans le fond ! on va les soigner. Deux aides-infirmières ne sont pas de trop pour aider la religieuse qui s'attarde d'abord auprès des plus malades : cette femme tremblante de fièvre, cette fillette qui a été, la nuit dernière, affreusement déchirée par une bête sauvage, ou ce bébé mourant... -"Frotte-moi ici" ; c'est un gros païen couvert d'amulettes. -"Toutes les breloques ne peuvent donc pas te guérir puisque tu viens de si loin chercher du remède chez les sœurs ?" -"Moi, je veux "tintour" !" réclame une voix nasillarde. C'est de la teinture d'iode qu'il s'agit ; comme le quémendeur ne paraît pas bien malade, on lui donnera seulement une inoffensive préparation dans laquelle l'iode n'entre qu'en minime partie. À la vue de la plume de poule qui badigeonne les épaules et les poitrines, huit, dix se précipitent pour recevoir, eux aussi, cet excellent remède. "J'ai mal à la tête ; donne-moi le remède que je le flaire !..." Il s'agit d'un flacon contenant quelques gouttes d'ammoniaque ; tout le monde en veut aussi ; on se l'arrache, on aspire avec bruit, on fait la grimace et on est guéri ! -"Donne-moi "yodoforme" ! (iodoforme) crie bien fort un prétentieux qui est tout fier de connaître le nom des remèdes. Mais voici qu'on appelle la Sœur à l'écart pour lui parler tout bas : "Donne-moi du

remède !" - "Quel remède ?" - "Du remède pour un enfant" - "Où souffre-t-il ?... de quoi est-il malade ?" - "D'une maladie !" souffle le client d'un air évasif - "Mais encore, cette maladie ?" - "C'est une maladie !" Inutile d'essayer d'obtenir d'autres renseignements » (585). Ces récits pittoresques, conjugués aux montants imposants des statistiques, nous poussent à penser que les religieuses soignaient tous ceux qui se présentaient, malades ou non. L'usage de placebo semble avoir fonctionné, parallèlement aux soins de maladies graves.

Les statistiques concernant les dispensaires des Sœurs Blanches ne sont détaillées qu'à partir de 1935. Avant cela, nous ne disposons que de chiffres concernant le nombre de malades soignés dans chaque dispensaire par semestre ou trimestre. Pour la période de 1935 à 1940, nous avons pu constater que les malades qui se présentaient étaient soignés principalement pour des problèmes de médecine générale (de 30 à 70% des consultations, selon les années) ; venaient ensuite les consultations liées au pian (de 13 à 17%), à la malaria (de 4 à 18%), aux maladies de la peau (de 4 à 9%), aux maladies des yeux (de 4 à 7%), aux maladies vénériennes (de 0,5 à 2,5%), et enfin à la tuberculose (moins de 1%).

Par ailleurs, un certain nombre d'interventions chirurgicales étaient réalisées dans les dispensaires, la plupart du temps par les religieuses elles-mêmes, parfois par un médecin de la Colonie. Ces interventions étaient marginales dans l'ensemble des soins donnés dans les dispensaires (entre 0,3 et 1,3% de l'ensemble). Le type de soins le plus souvent donnés était les injections (entre 19 et 47% du total, selon les années). En moyenne, chaque malade inscrit bénéficiait de 1,5 à 3 soins par an. Les religieuses estimaient que 350 à 400 personnes étaient traitées par séance d'injections, soit de 70 à 80 injections par heure, effectuées par trois à quatre personnes (586). Le regard des religieuses sur les effets du travail au dispensaire pouvait être critique. L'une d'elles n'hésitait pas à écrire que « l'incompétence des nègres, leur incurie, leur manque de précautions hygiéniques rendent parfois tous les traitements inutiles lorsque l'on est obligé de les laisser donner eux-mêmes certains soins dans leurs maisons » (587).

À côté du travail en dispensaire, les religieuses développaient beaucoup les visites à domicile, tant pour soigner les malades que pour accompagner les familles chrétiennes ou de catéchumènes. Les directoires prévoyaient la possibilité de pratiquer des soins durant ces sorties : « une Sœur accompagnée d'une femme sérieuse peut visiter les malades des environs (...) Ces excursions ne devront ordinairement se faire que deux fois par semaine. Cependant, une épidémie pourrait motiver des sorties plus fréquentes » (588). À partir de 1931, le directeur modifia cette disposition : « S'il s'agit simplement de donner des soins à quelques malades dans le proche voisinage, une Sœur pourrait y aller seule, si elle en a reçu l'autorisation de la Supérieure régionale ; il faut remarquer que cette autorisation sera personnelle » (589). Les directoires prévoyaient également les modalités d'administration de médicaments : « les Sœurs ne laisseront jamais entre les mains

585 MARIE-SAINT PATRICE, « Une journée de mission chez les Noirs à Kabgaye », *op. cit.*, p. 222-223. La teinture d'iode était un désinfectant externe, mais servait également en usage interne pour différentes affections. L'iodeforme est un antiseptique à odeur prononcée. L'ammoniaque a des propriétés expectorantes et stimulantes.

586 MARIE-THERESE DE LA CROIX, « En pleine mission », in *CSMNDA*, XXXVIII, n°252, 1937, p. 62.

587 Rapport non daté de la mission des Sœurs de Kabgaye au VA (APB, Rome, dossier 221/1),

588 *Directoire 1914*, p. 149-151, art. 381.

589 *Directoire 1931*, p. 149-151, art. D381.

des indigènes des remèdes dangereux ; quand il y en aura besoin, elles tiendront à ce qu'ils soient pris devant elles » (590).

Les soins aux malades étaient un des objectifs importants de leurs excursions (591) : « le but le plus ordinaire de nos excursions est de visiter les malades. » Elles témoignaient de l'accueil favorable réservé par la population à ces soins à domicile prodigués par les religieuses. « On compte même comme une bénédiction toute particulière la visite des Sœurs dans une hutte où il y a un malade. » Cet accueil en cas de maladie était aussi favorable dans les familles chrétiennes que dans les familles non converties, ce que les religieuses ne manquaient pas de relever : « Même les païens sont heureux de causer, de mener voir les malades. L'on est suivi par trente ou quarante personnes tout le jour. » Les religieuses parlaient souvent dans leurs diaires de malades ou blessés détectés en cours d'excursion, ou de patients pour lesquels on leur avait demandé explicitement de se déplacer (enfants brûlés ou blessés par des fauves, infirmes...). Les malades une fois découverts étaient parfois déplacés à proximité de la mission, afin d'y recevoir des soins répétés et d'être mieux suivis médicalement, jusqu'à la guérison.

Lors d'épidémies, les religieuses portaient dans le but de faire des injections et des vaccins sur les collines (ce fut par exemple le cas lors d'épidémie de malaria près d'Issavi en 1932-1933 ou en novembre 1934, quand un chef demanda aux religieuses de venir soigner les malades sur sa colline mise en quarantaine) (592). De façon générale, les religieuses emportaient quelques médicaments pour soigner les malades qu'elles allaient visiter (« aux pauvres qui n'ont pas les moyens de se faire porter au dispensaire, nous apportons des remèdes ») (593). Par contre, elles n'emportaient pas forcément une pharmacie complète permettant de faire face à l'imprévu.

Les excursions de plus longue durée (trois à quatre jours), effectuées dans le but de visiter des succursales éloignées, étaient également l'occasion de prodiguer des soins aux malades : « Sœur Ignace part avec deux sœurs visiter nos succursales de Bouhanga, contrée montagneuse. Nous soignons les malades si nombreux dans cette région insalubre et si propre à la malaria. Mère Éphrem-Joseph et Sœur Suzanna vont dans une lointaine partie du Migongo visiter les succursales et soigner les malades. Bon nombre de malades se présentent. Ce sont surtout les injections qui ont le plus de succès » (594).

L'analyse des archives des Sœurs Blanches laisse planer quelques zones d'ombre qui posent question à l'historien. Comment savoir par exemple si les malades non convertis au catholicisme ou les chrétiens n'entretenant pas de bonnes relations avec les catéchistes n'étaient pas tenus à l'écart des tournées dans les villages, alors que ces tournées étaient soigneusement balisées par les catéchistes ?

590 *Directoire 1914*, p. 149-151, art. 385

591 Les informations et citations de ce paragraphe sont tirées des dossiers B5085/3 n°12, RA 1938-1939 Rwaza ; B5118/3 n°7, RA 1937-1938 Zaza ; B5118/3 n°1, RA Zaza 1931-1932 et des diaires d'Issavi, 30 août 1920 et 8 juillet 1935 ; de Nyundo 23 septembre 1924 et 25 janvier 1939 ; de Zaza, 18 avril 1938

592 Daire SMNDA Issavi, 14 novembre 1934 (ASMNDA, Rome). Ce chef mit à la disposition des religieuses un grand hangar pour soigner les malades.

593 RA SMNDA Kabgaye 1930-1931 (ASMNDA, Rome, dossier B5110/3 n°5bis).

594 Daire SMNDA Zaza, 18 avril 1938 (ASMNDA, Rome). Éphrem-Joseph, née Alice Bernier (1892-1988), était canadienne. Elle travailla en Tunisie, puis au Ruanda (Issavi, Rwaza, Zaza). Le Buhanga se situe dans le sud du pays, au nord-ouest d'Astrida. Le Migongo est une région de l'extrême sud-est, à la frontière avec le Tanganyika Territory.

b) Conditions matérielles

Le travail sanitaire était au cœur de travaux de constructions et d'entretien incessants, nous avons eu l'occasion de l'illustrer abondamment pour d'autres acteurs sanitaires. Vu l'ampleur des chantiers mis en œuvre dans les différentes stations missionnaires et postes de l'État, un grand nombre d'Africains furent impliqués dans les constructions, sous la supervision d'Européens. Chez les Sœurs Blanches, les chantiers étaient conduits la plupart du temps par les Pères Blancs, parfois par des ingénieurs, entrepreneurs ou chefs de travaux désignés par l'administration coloniale. En 1931 par exemple, l'ingénieur suisse Cokerant s'occupa de la construction du dispensaire de Nyundo, relayé en 1934 par l'Italien Lero (595). Par contre, le nouveau dispensaire de Zaza fut construit en 1937 par les Pères Blancs (596). Généralement, les populations étaient appelées à contribution en apportant des matières premières ou comme ouvriers bénévoles.

Les tâches liées à l'entretien du dispensaire et à son fonctionnement faisaient l'objet de commentaires épars, mais éclairants pour le chercheur (597). Les religieuses égrenaient les multiples activités liées à l'entretien des bâtiments (construction, menuiserie, plafonnage, peinture, chaulage des murs, pavage...), au nettoyage des locaux (balayage, nettoyage à l'eau, aération, rangement, désinfection...), à l'entretien du linge (lessive, blanchissage, raccommodage, repassage, confection, désinfection, rangement), à l'entretien du matériel médical (stérilisation, rangement...), à la cuisine (cuisine, vaisselle...) et enfin aux travaux des champs (jardinage, entretien des alentours, parterres, cultures vivrières et de rente, gardiennage des champs en cas de famine, transformation des produits récoltés – battage du blé, etc. –, entreposage des vivres et du bois...). Les directoires des Sœurs Blanches donnaient des instructions très détaillées pour toutes ces activités, notamment les précautions à prendre pour le linge des malades (qui devait être lavé séparément avec des ustensiles spéciaux), ou encore le nettoyage des hôpitaux (entretenir ordre et propreté dans les salles, renouveler l'air fréquemment, prendre grand soin du mobilier) (598).

L'entretien des dispensaires et hôpitaux était assuré à la fois par les religieuses européennes et par une main-d'œuvre extérieure bénévole ou rémunérée. Les règles régissant la vie communautaire des religieuses plaçaient le travail manuel en bonne position. Son importance était soulignée à l'envi. Les religieuses travaillaient donc à toutes les tâches ménagères, au potager, à la basse-cour, etc. Les postulantes africaines étaient soumises au même régime. Les Sœurs Blanches veillaient à leur apprentissage des activités de blanchissage, repassage, cuisine, jardinage, etc. (599). Pour le travail des champs, l'approvisionnement en eau et bois, les religieuses faisaient également appel à la main-d'œuvre locale, qui était rémunérée en argent ou en nature selon les périodes. Une religieuse par poste était chargée de superviser les ouvriers le matin et le soir. Les travaux de gros œuvre et de finition des bâtiments étaient souvent pris en charge par des ouvriers « prêtés » par les Pères Blancs (chefs

595 Diaire SMNDA Nyundo, 22 septembre 1931 (ASMNDA, Rome) ; Diaire PBI Nyundo, 11 mars 1934 (APB, Rome). Jack Cokerant était un commerçant de nationalité suisse, qui supervisa les travaux routiers dans la région de Kibuye.

596 Diaire PBI Zaza, 24 novembre 1937 (APB, Rome).

597 Ces informations ont été recueillies dans les diaires, PV des CL et RA de chaque poste (ASMNDA, Rome).

598 *Directoire 1914*, p. 141, 251-253 ; *Directoire 1931*, p. 144, 235

599 A Zaza, le cahier du conseil local mentionne en 1927 qu'« une sœur ira avec les filles à la source pour la lessive jusqu'à ce qu'elles sachent laver » ; en 1929 il est signalé que l'on formera les internes pour le travail de la cuisine (ASMNDA, Rome, dossier B5118/6, 8 janvier 1927 et 2 mars 1929).

de travaux, menuisiers, ouvriers, gardiens...). Enfin, les tâches d'entretien courant (cordonnerie, rabotage, etc.) étaient confiées à une main-d'œuvre rémunérée.

De nombreux enfants travaillaient pour les religieuses. Les Sœurs Blanches motivaient cette démarche par l'intention de « former le sens moral de nos jeunes chrétiens », et elles décrivaient pêle-mêle les tâches effectuées par les petits écoliers : « chemins à ratisser, parterres à sarcler, briques à transporter, eau à puiser », etc. Les salaires étaient donnés de préférence en nature : robe, chapelet, médaille, mais aussi en argent dans certains cas (600). Le versement du salaire avait lieu chaque jour dans l'agitation : « en fin de journée, tout le monde rentre les outils, et réclame son salaire : la paye des ouvriers ne se fait pas toujours sans incidents ; il faut avoir l'œil ouvert pour ne pas se laisser tromper et s'assurer que chacun a consciencieusement travaillé » (601).

À Kabgaye en 1939-1940, une équipe de quatre hommes (contremaître, lavandier, puiser d'eau, cuisinier) veillait à la propreté et au bon ordre de l'hôpital et de ses alentours. Pour les hospitalisés de Kabgaye, il fallait prévoir bois de chauffage, approvisionnement en eau et vivres pour les malades et le personnel soignant. Des ouvriers cultivaient pour l'hôpital haricots, patates, bananes, oignons, café, arbres fruitiers et arbres pour le bois de chauffage. Pour les malades des dispensaires (notamment en cas d'hébergement de patients trop gravement atteints ou venus de loin pour une cure), l'approvisionnement courant en vivres, bois et eau était plus marginal.

Les informations concernant le mobilier et l'équipement des dispensaires des Sœurs Blanches sont fragmentaires. La première mention d'une table d'opération concerne le dispensaire d'Issavi en 1937 (602). À l'hôpital de Kabgaye, le vicariat apostolique du Ruanda fit installer à la fin des années 1930 des « lits type hôpital Noirs », commandés auprès de l'administration (603). Les dispensaires disposaient de microscopes. En 1927, celui de Kabgaye, fourni par le Gouvernement, était de marque Leitz (604). Selon Marie-Louise Thiry, le microscope était généralement installé sur la barza pendant les consultations : il était visible, alors que les piqûres étaient effectuées à l'intérieur (605). Les malades atteints de dysenterie utilisaient les feuilles de bananier pour apporter un échantillon permettant un examen au microscope (606).

Les missions employaient des réchauds à pétrole pour la stérilisation et la fabrication des potions. La question de la stérilisation était essentielle, car les aiguilles à injection devaient être nettoyées entre chaque usage. Marie-Louise Thiry raconte qu'au début des années 1940, les Sœurs Blanches stérilisaient leur matériel

600 MARIE SAINT-PATRICE, « Enfants noirs au Ruanda », in *CSMNDA*, XXVIII, n°140, décembre 1927, p. 277.

601 MARIE SAINT-PATRICE, « Au Ruanda. Une journée de mission chez les Noirs à Kabgaye », in *CSMNDA*, XXX, n°162, octobre 1929, p. 230.

602 PV du CL d'Issavi, 2 avril 1937 (*ASMNDA*, Rome, dossier B5068/6).

603 Lettre du VA Léon Classe au RR Simon, Kabgaye, 21 octobre 1939 ; Lettre du médépro Hoebeke au RR, Usumbura, 13 octobre 1939 ; lettre du RR Simon au VA Classe, Kigali, 23 octobre 1939 (AA, Bruxelles, dossier RWA 535 n°2bis).

604 Liste nominative des membres de l'AMIB 1927 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 51 n°2 tableau n°34) ; Poste de Kabgaye (Ruanda), sans date [après 1931]. Rapport envoyé au VA (APB, Rome, dossier 221/1).

605 Entretien avec Sœur Marie-Louise Thiry, Saint-Marc, 22 avril 2001.

606 *Idem*. Selon cette religieuse, cette technique était excellente car l'échantillon restait frais.

dans la cuisine de la mission (607). Quant au matériel de chirurgie, il semblait sommaire. Il est vrai que la congrégation ne comptait pas de médecin. Néanmoins, des religieuses infirmières effectuaient des interventions de petite chirurgie en cas de nécessité.

Les directoires stipulaient comment les pharmacies devaient être organisées. Leurs directives concernaient la préparation, la conservation, le stockage, la qualité des médicaments, mais également les précautions à prendre lors de leur administration. « Les bocaux et flacons seront toujours étiquetés ; les substances toxiques séparées des autres et sous clef ; les instruments de chirurgie devront être tenus dans un grand état de propreté. On conservera enveloppés tous les objets à usage de pansement. Les provisions de médicaments seront faites en temps opportun, mais sans excès ; il vaudra mieux les renouveler plus souvent, pour éviter que les remèdes, en vieillissant, ne perdent leur efficacité. Les ordonnances du médecin seront soigneusement préparées » (608). « Les médicaments seront conservés dans un lieu convenable ; les boîtes et les flacons seront toujours étiquetés, et ceux concernant des toxiques porteront très lisiblement la mention : *poison* et seront tenus sous clef. » Dans les dispensaires, les supérieures devront veiller « à ce que les remèdes soient de bonne qualité et bien préparés. » L'administration de médicaments était elle aussi réglementée : « les Sœurs ne laisseront jamais entre les mains des indigènes des remèdes dangereux ; quand il en sera besoin, elles tiendront à ce qu'ils soient pris devant elles. »

Dans la réalité, les quelques informations recueillies mentionnent un équipement, un mode de rangement et de stockage plutôt improvisés : les pharmacies étaient installées selon les possibilités (dans la lingerie, le réfectoire ou la chambre des postulantes, dans l'infirmérie dans le meilleur des cas). Leur mobilier était sommaire : une table avec casiers pour les bandages et la préparation des remèdes, une armoire à pharmacie. Les potions, injections et pommades étaient préparées en dehors des heures de travail au dispensaire. Les médicaments étaient conservés dans des flacons de verre étiquetés et dans des boîtes métalliques (nous en avons quelques illustrations sur des photographies d'époque) (609). Les médicaments donnés aux malades durant les consultations étaient emballés dans des petites pochettes fabriquées avec du papier de récupération durant les récréations des religieuses : « c'est tout un problème que l'approvisionnement du dispensaire en papiers de toutes sortes : numéros d'ordre d'abord, puis enveloppes pour pilules, poudres, etc. distribuées aux trois cents malades présents chaque jour » (610).

c) Collaborations et contrôles

La collaboration entre les Sœurs Blanches et l'État prit deux formes différentes : d'une part les religieuses tenaient des dispensaires dans le cadre de l'Assistance Médicale Indigène Bénévole (AMIB), en tant que membres de missions nationales ; d'autre part, une convention liait depuis 1931 la congrégation des Sœurs Blanches et l'État à propos de l'hôpital d'Astrida.

Dans le cadre de l'Assistance Médicale Indigène Bénévole, le gouvernement faisait parvenir aux dispensaires des missions nationales du matériel et des médicaments.

607 Entretien du 22 avril 2001 à Saint-Marc.

608 *Directoire SMNDA 1914*, art. 367. Les citations suivantes sont également extraites de ce directoire, aux articles 683, 377 et 385.

609 Voir les illustrations n° 106 et 184.

610 MARIE-VERONIQUE, « Ce que vaut un morceau de papier », in *CSMNDA*, XXXVI, n°227, 1935, p. 172.

Ces approvisionnements étaient partiellement liés à une consultation régulière du médecin de la colonie au sein du dispensaire missionnaire, et partiellement à la présence d'une religieuse infirmière agréée. Pour obtenir les médicaments nécessaires auprès des instances officielles, l'infirmière devait envoyer une réquisition annuelle pour « assistance médicale indigène-service auxiliaire » au médecin de district du Ruanda qui la transmettait au service de l'hygiène, puis à la pharmacie de la Colonie. L'approvisionnement en médicaments par le gouvernement subit des variations, notamment suite à la crise économique, lors de laquelle les religieuses signalent le fait que « ce secours est devenu très discret » (611). Outre les approvisionnements ordinaires, les religieuses mentionnent de temps à autre l'envoi extraordinaire de médicaments supplémentaires, lors d'épidémies ou de campagnes de vaccination.

Par ailleurs, les Sœurs Blanches collaborèrent au travail hospitalier à Astrida. Dès le début de l'année 1928, le gouverneur provincial Alfred Marzorati contacta officiellement la supérieure régionale des Sœurs Blanches « en vue d'obtenir le concours de la congrégation pour les besoins du service hospitalier de Butare » (612). Ce premier contact prévoyait également la mise sur pied d'une formation d'infirmières et d'accoucheuses choisies parmi les élèves des écoles ménagères des Sœurs Blanches à Astrida (613). La demande fut formulée plus officiellement à la fin de l'année et reçut une approbation de principe. Le gouverneur prévint immédiatement au budget de l'exercice 1929 les crédits nécessaires pour le traitement des sœurs hospitalières et la mise en mouvement d'une école d'infirmières et d'accoucheuses.

L'assistante de la supérieure générale à Alger, mère Hélène, contacta alors le Père Ulrix, procureur de la mission des Pères Blancs en Belgique, pour lui demander de représenter les Sœurs lors des négociations qui devaient avoir lieu avec le ministère des Colonies. Elle estimait en effet que « ce serait dommage de manquer une si belle occasion de nous établir à Astrida », tout en s'inquiétant du fait que la congrégation n'aurait pas d'infirmières prêtes avant mars 1930 (614). Elle estimait que les Sœurs Blanches pouvaient accepter de se charger de l'hôpital, mais mettait une réserve quant à l'école d'accoucheuses qu'elles n'accepteraient que « si l'Aide médicale aux Missions, ou toute autre institution pouvait nous fournir l'accoucheuse laïque nécessaire. » Par ailleurs, elle insistait sur le fait que « l'insuffisance de sujets diplômés nous arrête actuellement » (615).

Oger Ulrix entama les négociations avec le ministère des Colonies. Un accord de principe fut donné le 7 juin 1929. Il entérinait le fait que les Sœurs Blanches acceptaient les deux volets de la proposition, en précisant que « pour la formation des accoucheuses indigènes, on aura recours à une personne laïque choisie par les Religieuses » (616). Le contrat final serait signé par la représentante de la personnalité civile (dont le processus de reconnaissance était en cours). Le ministère des Colonies rédigea un avant-projet de convention destiné à régler la situation des Sœurs Blanches au sein du futur hôpital d'Astrida.

611 RA SMNDA Issavi 1932-1933 (dossier B5068/3 n°7, ASMNDA, Rome).

612 Lettre du GRU Marzorati au GG, Usumbura, 23 mars 1928 (AA, Bruxelles, dossier Hyg 4391 n°189).

613 Sur la formation des aides-accoucheuses, voir le chapitre 6 de la première partie.

614 Mère Hélène au Père Ulrix, Alger, 30 décembre 1928 (ASMNDA, Uccle, dossier en cours de classement).

615 Mère Hélène au Père Ulrix, Alger, 9 mai 1929 (ASMNDA, Uccle, dossier en cours de classement).

616 Oger Ulrix au DGMC De Jonghe, Namur, 7 juin 1929 (ASMNDA, Uccle, dossier en cours de classement).

Cette convention, renouvelable de cinq en cinq ans, réglait les questions des diplômes, compétences, charges à exercer, ainsi que les aspects du logement des religieuses et de leurs salaires. Elle s'inspirait des conventions conclues avec les congrégations hospitalières qui assuraient le service des grands hôpitaux du Congo (617). Le contingent de départ des religieuses destinées à Astrida était fixé à trois personnes : deux infirmières et une religieuse chargée des travaux domestiques. Les religieuses infirmières devaient être en possession du diplôme légal belge d'infirmière, ou à défaut du diplôme d'assistante infirmière coloniale. Elles devaient en outre avoir réussi l'examen final de la section inférieure de l'École de médecine tropicale de Bruxelles et avoir accompli un stage pratique dans un hôpital de la Colonie. Parmi elles, une accoucheuse diplômée devrait se charger de la maternité. Une religieuse exercerait la double fonction d'infirmière en chef et de gestionnaire administrative. Elle dirigerait les travaux des autres religieuses et assisterait le médecin dans la direction du personnel africain. Ces fonctions étaient également celles des infirmières laïques engagées dans le cadre de l'État.

Le ministère des Colonies proposait le versement d'une subvention extraordinaire de 125 000 francs destinée à couvrir les frais de construction d'une maison pour les religieuses et d'un internat, le tout à proximité de l'hôpital et de la résidence des Pères Blancs. La valeur de la maison était fixée à 100 000 francs, comme pour une maison de fonctionnaire, et celle des bâtiments de l'internat des élèves à 25 000 francs (618). Les salaires étaient fixés selon les barèmes régissant les grands hôpitaux de la Colonie : 34 000 francs pour une infirmière accoucheuse, 31 000 francs pour les infirmières ou accoucheuses, 29 000 francs pour les assistantes infirmières coloniales et 27 000 francs pour les religieuses chargées des travaux domestiques.

La supérieure générale des Sœurs Blanches fit savoir par l'intermédiaire du Père Ulrix que trois religieuses ne suffiraient pas à la tâche, se basant sur l'expérience de l'hôpital d'Albertville, où une seule religieuse était rémunérée pour les aspects matériels, alors que dans les faits deux religieuses y travaillaient (619). Elle demandait que quatre religieuses soient engagées pour Astrida. Nous ne savons pas quelle réponse elle obtint, mais en été 1931, il n'y avait que trois religieuses qui y travaillaient, dont deux infirmières. En 1934, il y avait deux infirmières, Sœur Lucille et Sœur Marie de l'Épiphanie (620). Par contre, en 1936, le ministre des Colonies catholique Edmond Rubbens décréta que les salaires devaient être revus à la baisse partout dans la Colonie (621). Désormais, les infirmières accoucheuses toucheraient 31 500 francs par an, les infirmières ou accoucheuses 29 000 francs, les assistantes infirmières coloniales 27 000 francs et le personnel chargé des travaux domestiques 22 000 francs (622). Il avertit les religieuses de cette nouvelle situation en avril 1936.

617 Lettre du DGMC De Jonghe au Père Ulrix, Bruxelles, le 3 juillet 1929 (ASMNDA, Uccle, dossier en cours de classement).

618 Lettre du GRU Marzorati au GG, Usumbura, 23 mars 1928, *op. cit.*

619 Lettre du P. Ulrix à E. De Jonghe, Namur, 24 août 1929 (ASMNDA, Uccle, dossier en cours de classement).

620 Marie de l'Épiphanie née Rachel De Meyer (1902-1990), était une assistante-infirmière coloniale diplômée de Louvain. Elle travailla au Ruanda de 1932 à 1940 (Rwaza, 1932-1934 et 1936-1940 ; Astrida, 1934-1936).

621 Edmond Rubbens (1894-1938), docteur en droit, président du Mouvement ouvrier chrétien de 1927 à 1934, député de 1921 à 1938, il fut ministre des Colonies de 1935 à 1938.

622 Lettre du MCol Rubbens à la supérieure des SMNDA à Anvers, Bruxelles, le 14 avril 1936 (ASMNDA, Uccle, dossier en cours de classement).

Dans leurs dispensaires, les Sœurs Blanches travaillaient sous la supervision du service de l'hygiène, mais sans collaboration formelle ou organisationnelle réelle avec celui-ci. Des inspections officielles étaient effectuées par le médecin provincial et parfois par le visiteur officiel des pharmacies. Les inspections du médecin étaient en principe mensuelles. Elles se déroulaient la plupart du temps à l'improviste. Si elles donnaient satisfaction, elles étaient assorties d'approvisionnements en médicaments pour la pharmacie, d'objets pour la consultation des nourrissons et parfois d'une augmentation des subventions. Elles donnaient également lieu à des conseils prodigués aux infirmières sur la manière de soigner telle ou telle maladie ou sur l'organisation interne du dispensaire. Ces inspections étaient également l'occasion pour les médecins de la Colonie de faire des consultations au sein des dispensaires confessionnels.

Les inspections concernaient aussi bien les bâtiments (superficie, état général, ordre et propreté) que l'organisation et le fonctionnement du dispensaire : les horaires (chevauchaient-ils les horaires de consultation des dispensaires de l'État ?), l'inventaire de la pharmacie, les registres, l'enregistrement et le suivi des injections, le déroulement de la consultation des nourrissons, etc. Ces inspections permirent de repérer que certains Rwandais se rendaient à la fois aux consultations des Sœurs Blanches et à celles du médecin de la région, recevant ainsi deux injections antipaludiques la même semaine, ce qui était très dangereux. Pour y remédier, les jours d'injections furent modifiés selon les *desiderata* du médecin. Les inspections visaient également à relever les besoins de chaque dispensaire afin de compléter son approvisionnement en bandages et médicaments.

Notons encore que les religieuses mentionnaient presque systématiquement la satisfaction du médecin, ce qui contrastait de manière étonnante avec l'opinion du médecin provincial à leur propos. À la fin des années 1920, par exemple, un rapport annuel du service de l'hygiène critiquait la qualité des soins. Les dispensaires des religieuses s'améliorèrent sans doute au fil du temps, tant du point de vue des bâtiments que des soins donnés (en fonction de la formation du personnel médical). Mais la virulence des critiques tenait peut-être aussi à la personnalité du médecin inspecteur, plus ou moins bien disposé envers les missions catholiques en fonction de ses convictions personnelles (623). Chaque année, les dispensaires des Sœurs Blanches devaient envoyer un rapport au médecin provincial à Usumbura, comprenant notamment le nombre de malades traités, les maladies rencontrées et le traitement essayé.

§ 5. Les missions adventistes

Les informations concernant la pratique sanitaire des missionnaires adventistes au Ruanda sont succinctes ; celles concernant les aspects pratiques sont un peu plus nombreuses. Nous nous contenterons donc de signaler quelques éléments liés à la pratique et aux relations avec le service de l'hygiène des territoires sous mandat et développerons davantage leurs installations matérielles.

Les Adventistes mirent en place trois centres sanitaires, à Gitwe, Ngoma et Rwankeri (624). Le premier dispensaire de Ngoma fut une tente de toile qui servait

623 Les rapports internes du médecin provincial s'Heeren par exemple, étaient souvent très négatifs à propos de l'action sanitaire missionnaire. Ce médecin était diplômé de l'Université de Bruxelles.

624 Voir l'illustration n°178. l'unique photographie que nous avons trouvée sur un hôpital adventiste au Ruanda.

de logement et de dispensaire en cas de pluie au Dr Sturges (625). Un artisan adventiste sud-africain, John Henry De Lange, y fut envoyé en septembre 1931 pour y bâtir l'hôpital et le reste de la station (626). Cette station missionnaire ayant pour objectif central la question médicale, l'emplacement de son hôpital fut choisi afin de le rendre bien visible (il dominait la station missionnaire et les vallées alentour, ainsi que le lac Kivu).

De manière générale, les premiers bâtiments adventistes étaient réalisés en matériaux provisoires puisés dans le pays, si possible par l'intermédiaire de ses populations (bois, bambou, roseau, papyrus et herbes). Ces matériaux, bien que locaux, posaient des problèmes de récolte et d'acheminement. David Delhove raconta comment « ne recevant que très lentement les matériaux, je me suis rendu moi-même dans leurs villages, et j'ai coupé les arbres que je voulais. Mais comme je ne suis qu'à vingt kilomètres de Kirinda, je fais apporter de là de beaux arbres qui me serviront à la fois de colonnes, de poutrelles et de chevrons (...). Je dus me fournir à la grande forêt de Kikoro pour les poutrelles, les planches et les bambous. Quant aux grands arbres des colonnes, je fus privilégié de pouvoir m'approvisionner à la petite forêt de Kirinda. Un seul arbre demandait cinquante hommes pour le porter » (627). Les matériaux plus légers « devaient franchir une distance de quatre-vingt kilomètres et les hommes restaient une semaine en route. J'ai fait venir quatre cents bambous. Ils sont très légers malgré leurs sept mètres de long et dix centimètres de diamètre, car un homme peut en porter deux. Ils sont creux à l'intérieur, et comme ils sont bien droits, ils font de belles toitures, des murs de séparation ou des plafonds. »

Pour réaliser les constructions provisoires, les missionnaires faisaient « creuser des trous de plus d'un mètre de profondeur, [puis] plant[er] les colonnes centrales à trois mètres de distance. Puis (...) m[ettre] des gros sômiers de traverse par dessus. Vint le tour des colonnes latérales et des sômiers inférieurs. Alors furent placés les bambous qui descendaient depuis le sômier supérieur sur les sômiers latéraux. Vint ensuite le plaçage de lattes. Ces lattes sont une sorte de roseau qu'on trouve dans les marais. Il atteint jusqu'à quatre mètres de haut. Comme il est droit et a de deux à trois centimètres de diamètre, il se travaille bien et embellit la toiture. Voici maintenant la charpente finie. Pas un clou n'a été employé. Pour lier tous ces matériaux ensemble, nous avons recours à la tige de papyrus qui nous donne de bonnes cordes. Comme tuiles, nous allons sur le versant de la colline chercher une herbe spéciale qui, lorsqu'elle est bien placée, ressemble à de beaux cheveux bien peignés. Pas moins de 1 500 charges de 25 kilos, soit plus de trente tonnes de cette herbe sont entrées dans le ouvrage du toit. Les bambous avaient peine à porter ce poids énorme et certains ont cédé. Contrairement aux constructions d'Europe, nous faisons le toit en premier lieu ; puis viennent les murs. Comme nous n'avons pas de briques, nous allons encore sur le flanc de la colline chercher de quoi les faire (de l'herbe). Comme plafonnage intérieur, nous empruntons encore aux roseaux leur beauté. Les encadrements des portes et des fenêtres sont faits en bois, ainsi que les portes et les fenêtres (...) Pour vitres, nous avons placé de la toile métallique moustiquaire, et pour empêcher le vent de venir nous geler juste avant l'orage, ma femme a fait de beaux rideaux à coulisses. »

625 « Mugonero Hospital », in *SDAE-1996*, II, p. 138.

626 *Ibidem* ; Diaire PB Nyamasheke, 22 septembre 1931 (APB, Rome). John Henry De Lange, ouvrier adventiste sud-africain, travailla comme *union builder* d'abord au Nyassaland (1928), puis au Ruanda (Gitwe 1929, Ngoma 1931).

627 Les citations qui suivent sont tirées de D.E. DELHOVE, « Afrique », in *Le messenger*, XXV, n°13, 1er janvier 1921, p. 167-168.

Dès 1922, David Delhove envoya en Europe une photographie attestant de la fabrication de briques et de tuiles sèches. Il y montrait les outils et les étapes de fabrication (moule à tuiles vide puis plein, tuile sèche, cadre pour briques vide puis plein et brique sèche) (628). À partir de la fin des années 1920, les bâtiments furent progressivement réalisés en briques cuites (dont la fabrication était facilitée par la découverte d'une très bonne argile près de Ngoma) et plafonnés avec une terre blanche trouvée dans le voisinage. Les planchers et les plafonds étaient faits avec des matériaux sciés dans la forêt, mais le bois disponible se trouvait désormais plus éloigné : il fallait par exemple quatre jours de marche pour fournir la mission de Gitwe. Une partie des matériaux semblent avoir été acquis au Congo belge ou avoir transité par ce territoire, car au début des années 1930 les missionnaires construisirent un bateau permettant d'acheminer le matériel sur le lac Kivu. Il s'agissait sans doute de ciment ou de tôles métalliques.

Le recrutement de la main-d'œuvre nécessaire à ces constructions posait problème, les populations ne se précipitant pas dans les stations au début des années 1920. Selon le tempérament des missionnaires, les méthodes différaient. L'ancien militaire Delhove employait des méthodes expéditives : il commençait par réquisitionner des hommes et des adolescents de force. Mais, selon un pasteur adventiste rwandais, « pour attirer les adultes à l'école ou aux réunions spirituelles, il fallait mieux que la force : la persuasion et l'appât du gain. Ainsi ceux qui s'engageaient à travailler pour Delhove étaient exemptés du travail pour l'État, tout en recevant un salaire ! Quel avantage ! Les gens venaient donc pour aider à établir la mission. Cependant, ils devaient remplir une condition avant de construire les maisons : apporter des bananiers et les planter sur notre terrain. (...) Pour édifier les maisons, nous avons demandé des travailleurs aux chefs. Les meilleurs d'entre eux furent engagés comme manœuvres attitrés de la mission. Comme encouragement, ceux-ci recevaient souvent des cadeaux tels que sel, étoffes, viande. Après le travail manuel, tous étaient invités à assister aux réunions. Quelques uns se sont convertis » (629).

Henri Monnier préférait apparemment la manière douce : il faisait les briques lui-même et restait avec ses aides devant les fours durant toute la nuit ; il portait les briques cuites avec les autres et leur enseignait l'usage des outils (630). Sa fille nous a raconté que « chaque matin, avant l'école, chaque enfant [elle comprise] allait avec un panier chercher de l'argile pour le four à briques. Ils allaient chercher les briques cuites près du four dans la vallée et les montaient sur les chantiers de construction » (631).

Les premiers missionnaires adventistes formèrent maçons, bûcherons, scieurs de long et menuisiers. David Delhove « train[ed] a lot of willing boys to handle the plane and the hammer, the trowel and the axe » (632). Son épouse Victorine Delhove-Wauthier racontait qu'une partie des matériaux étaient « sciés dans la forêt par des serviteurs de la mission et rabotés par d'autres qui ont été instruits par

628 D.E. DELHOVE, « Esquisse des premiers travaux exécutés à la station de Gitwe (Ruanda) », in *Revue adventiste*, XXVI, n°18, 15 septembre 1922, p. 211-212.

629 Témoignage du pasteur rwandais Eliel Gatorano (né en 1920, dans M. FREYER et J. NDAYISABA, *Quand les pionniers rwandais racontent...*, op. cit.

630 Rik Staples a interrogé d'anciens collaborateurs de Monnier, qui tous soulignent sa douceur, sa compréhension et son humilité à travailler au milieu des Africains (R. STAPLES, *Henri Monnier (1896-1944)*..., op. cit., p. 9).

631 Entretien avec madame Steveny-Monnier, 22 mars 2001, Bruxelles.

632 D. DELHOVE, « Our African Missions. Belgian Congo. Kirinda », in *TMW*, XXIV, n°14, 18 août 1920, p. 6.

nous » (633). Les adventistes payaient des gens pour remplir les moules de briques et de tuiles et les faire sécher au soleil, sous la surveillance des chefs de stations occidentaux.

L'ameublement n'allait pas sans mal. À Ngoma, le médecin se plaignait en 1933 de ne rien avoir pour équiper le nouveau pavillon : lits et matelas manquaient, obligeant les missionnaires à employer de « very unsanitary grass beds in the hospital » (634). Le matériel médical était insuffisant : le personnel occidental se plaignait régulièrement du manque de bandages ou d'équipements plus sérieux. En 1938 par exemple, l'hôpital de Ngoma n'avait plus de pèse-bébé, le précédent s'étant brisé. Un an plus tard, le Dr Gordon Beckner louait l'établissement de Ngoma, « an up-to-date hospital well equipped to care any surgical, medical or maternity patient requiring hospitalisation » (635).

Après cet aperçu matériel, venons-en à l'organisation pratique du travail sanitaire et médical dans les stations adventistes du Ruanda. Nous l'avons dit, les informations disponibles sont peu nombreuses. Le dispensaire de Rwankeri était ouvert après la clôture des classes, soit vers 9h30. Henri Monnier s'y rendait pour les consultations et pour les analyses microscopiques de sang et de selles (636). Il y soignait les maladies courantes, notamment les rhumes pour lesquels il faisait respirer de l'ammoniaque. Il prônait également le recours aux lavements.

Comme les membres des autres sociétés missionnaires, les Adventistes faisaient précéder leurs consultations médicales par un sermon et l'étude de la Bible, car « Dieu peut soigner non seulement les corps mais aussi les âmes » (637) ; « before any medical work is undertaken, a sermon and Bible study is given » (638). À partir de l'ouverture de l'hôpital de Ngoma, le service religieux eut lieu dans le pavillon principal et fut pris en charge par un des quatre assistants médicaux africains. Deux fois par semaine, dont le jour des injections gratuites, un « outdoor meeting » s'adressait aux gens qui fréquentaient le dispensaire (639).

Selon les Pères Blancs, les Adventistes soignaient gratuitement leurs adhérents et faisaient payer les catholiques. Nous en avons au moins deux exemples. Les Pères de Nyamasheke signalent qu'« après l'instruction le matin [M. Matter] donne des remèdes. Les soins sont gratuits pour les païens. Nos chrétiens doivent assister à l'instruction pour avoir un remède et payer un franc ou apporter des vivres » (640) ; ceux de Mubuga observent également que « les malades adventistes sont soignés gratuitement, les autres doivent payer » (641). Henri Sturges faisait des injections gratuites un jour par semaine ; les autres étaient payantes.

Nous disposons également de peu de données concernant les relations instaurées entre l'État et la mission adventiste dans le domaine sanitaire. Les indices laissent

633 V. DELHOVE-WAUTHIER, « Afrique centrale », in *Revue adventiste*, XXVI, n°14, 15 juillet 1922, p. 150-151.

634 H. STURGES « Report of Ngoma Medical Mission Dispensary and Hospital », in *TSADO*, XXXII, n°2, 15 janvier 1934, p. 5 et 8.

635 G.B. BECKNER, « Ngoma Medical Mission », in *TSADO*, XXXVII, n°5, 15 mars 1939, p. 2.

636 Lettre de Henri Monnier à son épouse, Rwankeri, 17 décembre 1934 (papiers privés de madame Steveny-Monnier, Bruxelles).

637 E.D. DICK, « Gitwe Mission », in *TADO*, XXVII, n°10, 23 mai 1929, p. 5.

638 E.D. DICK, « Rwankeri Mission », in *Idem*, p. 5.

639 H. STURGES « Report of Ngoma Medical Mission Dispensary and Hospital », *op. cit.*, p. 5.

640 Diaire PB Nyamasheke, 24 juillet 1939 (APB Rome).

641 VAR, *Rapport annuel pro manuscripto 1933-1934*, n°29, Alger, 1934, p. 446.

penser qu'elles connurent une évolution au fil du temps. En effet, au tout début, la société bénéficia du fait que son premier missionnaire, David Delhove était belge : pendant plusieurs années, elle fut assimilée aux missions dites nationales et bénéficia de subventions pour le travail médical presté par les missionnaires détenteurs du diplôme décerné par l'École de médecine tropicale de Bruxelles. Ces subventions étaient essentiellement accordées sous forme de médicaments (642).

Mais ensuite, ces subventions disparurent. Désormais, la plupart des missionnaires travaillant dans les dispensaires et hôpitaux étant américains ou sud-africains, le lien avec la Belgique n'était plus possible. Par contre, durant la campagne antipianique, les médecins adventistes furent associés au recensement et au traitement systématique des malades (643). Ils participèrent donc au quadrillage sanitaire pendant quelques années. À la fin des années 1930, le climat se détériora de nouveau. En janvier 1938, par exemple, le Dr Gordon Beckner de Ngoma fit appel au médecin du territoire de Shangugu, car il suspectait cinquante cas de maladie du sommeil. Selon les Pères Blancs de Nyamasheke, le médecin leur rapporta qu'« il s'agit de deux malheureux venus du Bas-Congo, ayant reçu à deux 48 injections » (644).

Après cet aperçu de la pratique sanitaire des diverses sociétés missionnaires présentes au Ruanda durant l'entre-deux-guerres, nous envisagerons les actions mis en place par d'autres acteurs pour appuyer le service de l'hygiène de l'État. Il s'agit cette fois d'agents non qualifiés dans le secteur médical.

B. LA COLLABORATION DES AUTORITES NON SANITAIRES

Nous avons présenté dans le chapitre précédent la campagne antipianique mise en place de 1933 à 1938 au Ruanda. Cette mission spéciale illustre, de la manière sans doute la plus marquée, le recours par les membres du service sanitaire à l'intervention d'autres acteurs (essentiellement les agents territoriaux, mais aussi les autorités rwandaises et, de manière plus marginale, les autres services de la Colonie : service vétérinaire, service des travaux publics, etc.). Nous avons vu que cette action constituait bel et bien un quadrillage sanitaire, c'est-à-dire une activité contrainte et imposée à l'ensemble de la population dans le domaine sanitaire et médical. Il nous reste à présent à vérifier si ce quadrillage sanitaire a induit, renforcé, affaibli, etc. d'autres niveaux de pouvoir. En bref, a-t-il créé ou consolidé un quadrillage administratif (et peut-être politique) ?

Après avoir évalué l'aspect strictement sanitaire et médical des politiques d'hygiène publique, nous allons à présent les envisager sous un angle plus pragmatique (tâches d'entretien, travaux publics, surveillance policière et administrative, etc.). Nous les regrouperons sous diverses thématiques : la campagne antipianique, la police des frontières et les cordons sanitaires, la surveillance de l'hygiène corporelle des individus, l'action sur le milieu, l'habitat et l'hygiène publique. Au terme de cet examen, nous espérons pouvoir apporter des éléments de réponse à la question de savoir si cette action sanitaire et médicale produisit une emprise sociale, économique ou politique des autorités publiques.

642 R. STAPLES, *Henri Monnier (1896-1944)*, op. cit., p. 10.

643 Voir l'illustration n°179.

644 Selon Diaire PB Nyamasheke, 23 janvier et 1er février 1938 (APB, Rome).

§ 1. Dispensaires territoriaux

Mais avant de nous lancer dans ces thématiques, il nous faut signaler brièvement le fait que les fonctionnaires territoriaux et le service vétérinaire effectuèrent des actes sanitaires (médicaux pour les vétérinaires) avant que le réseau de dispensaires et d'hôpitaux eût été étoffé. En effet, l'offre médicale se résuma pendant plusieurs années à un, puis deux hôpitaux. Aussi, durant les premières années, les fonctionnaires furent tentés de jouer le rôle d'infirmiers sur le terrain. Les postes administratifs disposaient en effet d'une trousse ou pharmacie de secours permettant de faire face aux urgences et aux menus problèmes (« soigner les blessures, fièvres, etc. ») (645). D'autres services de l'administration étaient également équipés de pharmacie portatives de base, tel le service des travaux publics.

Au départ, la plupart des postes administratifs de chaque territoire furent rapidement pourvus d'un minuscule poste sanitaire, que certains fonctionnaires qualifiaient de « dispensaires », bien qu'il n'y ait eu ni agent sanitaire ni médecin dans la région. Nous avons déjà signalé que tout agent de la Colonie suivait avant son départ une formation à l'Université coloniale, comprenant notamment une initiation aux premiers soins et aux maladies tropicales. Ce n'était d'ailleurs le plus souvent des dispensaires que de nom, même sous l'angle architectural : il n'y avait pas de bâtiment spécifique pour les soins. Dans le vocabulaire actuel, ils seraient plutôt qualifiés de postes de secourisme : en effet, les administrateurs ou les agents territoriaux, n'ayant que de vagues connaissances médicales, se contentaient d'y donner gratuitement et à la demande des populations les soins de base. Cela se résumait généralement à désinfecter et panser des plaies et à distribuer quelques médicaments élémentaires concernant des maladies et symptômes courants.

Néanmoins, certains administrateurs effectuaient un grand nombre de soins chaque année. À Ruhengeri, par exemple, l'administrateur soigna en 1923 plus de neuf cents patients et près de cinq mille en 1925. Il ne faut cependant pas exagérer l'importance du travail médical réalisé par ces agents de l'administration. En effet, ils n'avaient que des bribes de connaissances médicales, n'étaient pas qualifiés pour faire des diagnostics ni pour poser certains actes médicaux (certains types d'injections notamment), ne disposaient que d'un petit stock de médicaments de base, n'avaient pas de locaux appropriés, etc. Ils avouaient eux-mêmes leur incompetence et la faiblesse de leurs moyens matériels : « nous ne sommes pas armés pour lutter avec succès contre le pian qui règne en maître dans le territoire (...). Beaucoup d'indigènes sont donc renvoyés chez eux sans avoir pu recevoir les soins que nécessiterait leur état », ou encore « le défaut de remèdes et de personnel, de locaux et de matériel entraîne qu'il n'a pu être fait grand chose » (646).

De temps à autre, le médecin de l'État le plus proche faisait une courte visite, soignait les cas plus complexes ou donnait quelques conseils. Avec l'accroissement des effectifs médicaux et sanitaires qualifiés, ces visites de contrôle se firent plus systématiques : le service médical se rendit annuellement dans chaque dispensaire. En attendant que l'offre médicale et sanitaire s'accroisse, les administrateurs demandaient un appui médical permanent dans leur territoire : à défaut d'un agent sanitaire ou d'un médecin européen, ils imploraient qu'on leur envoie au moins un infirmier africain diplômé « pour panser les blessures pendant

645 RA Rukira 1928 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU (75bis) n°3).

646 RA Rukira 1928 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 75bis n°3) ; RA Kisenyi 1928 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 87 n°15).

les déplacements du délégué » (647). Lorsque le cas semblait grave, ou dès qu'il dépassait leurs compétences, les fonctionnaires territoriaux étaient invités à envoyer le malade dans un hôpital de l'État ou dans un dispensaire missionnaire. Nous avons envisagé cette offre missionnaire dans le point précédent.

Progressivement, le maillage sanitaire du service de l'hygiène se développa. Les autorités médicales de la Colonie, soucieuses de réserver les soins à un personnel qualifié dans l'art de guérir, reléguèrent les fonctionnaires territoriaux à un rôle plus marginal sur le plan sanitaire. En 1932, le médecin provincial Guérin marqua un tournant dans le recours au personnel administratif en matière de santé. Il déclara notamment que « l'exercice de l'art de la médecine doit être réfréné, il y a un véritable abus de la part des administrateurs qui pourrait en cas d'accident leur créer des difficultés avec la justice » (648). En conséquence, le médecin de district du Ruanda adressa une directive aux chefs des postes administratifs, signalant que « l'emploi de certains médicaments dangereux doit être réservé au personnel médical uniquement » et qu'il était surpris des réquisitions de médicaments spécifiques par « des personnes non compétentes », dont il se demandait « comment [elles] s'y prennent pour établir cet acte fondamental qui dicte le traitement d'une maladie et qui s'appelle le diagnostic » (649). Désormais, le médecin provincial exigea que « toutes demandes de médicaments émanant des administrateurs, des conducteurs de travaux, des missionnaires et en général de tout organisme non médical [lui soient] dorénavant (...) transmises », afin de juger « de l'opportunité de céder tel ou tel médicament » (650). En 1933, les administrateurs territoriaux se firent confirmer le fait qu'ils ne devaient plus administrer eux-mêmes des soins au personnel et à la population. Ils devaient adresser les malades aux agents sanitaires agréés par le gouvernement ou dépendant directement du service médical officiel. Nous retrouvons les conflits de compétence entre service de l'hygiène et services administratifs.

Désormais, il n'y avait plus guère que dans les petits postes administratifs que les fonctionnaires territoriaux étaient amenés à poser quelques actes médicaux de base (désinfection et bandages de plaies, traitement des maladies intestinales, distribution de quinine en cas d'épidémie, injections antipaludiques, etc.) dans ce qu'ils appelaient leur dispensaire. En certaines occasions cependant, les fonctionnaires étaient appelés à la rescousse par le service de l'hygiène, notamment dans le domaine de la quénisation des populations en cas d'épidémie de malaria ou de la vaccination en cas d'épidémie. Ils avaient également autorité pour ordonner aux chefs de détachements militaires de vacciner les soldats et leurs familles.

À côté des postes de secours des fonctionnaires territoriaux, un service joua un rôle particulier dans le secteur de la santé. Il s'agissait du laboratoire vétérinaire de Kisenyi. Durant la seconde moitié des années 1920, les fonctionnaires territoriaux de la région furent invités à lui adresser les « nombreux malades indigènes qui réclament l'assistance médicale » (651). En effet, le directeur de ce laboratoire ne se contentait pas de fabriquer les vaccins nécessaires au service médical ; il tenait également une consultation médicale quotidienne qui « donn[ait] de bons résultats limités par les moyens. » Par ailleurs, contrairement aux administrateurs

647 RA Ruhengeri 1923 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 96 n°3).

648 Lettre du médépro Guérin au MDR, 25 août 1932 (AA, Bruxelles, dossier RWA 534 n°2).

649 Lettre du MDR aux chefs de poste, 17 juillet 1932 (AA, Bruxelles, dossier RWA 534 n°2).

650 Lettre du médépro Guérin au MDR, 25 août 1932, *op. cit.*

651 RA LV Kisenyi 1927 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 154 n°3). La citation suivante est également extraite de ce document.

territoriaux, les médecins vétérinaires furent autorisés à soigner également les malades européens, mais uniquement en cas d'absence de docteur en médecine dans la région.

Le laboratoire vétérinaire joua en outre un rôle essentiel dans la fabrication des vaccins nécessaires aux services sanitaires des territoires sous mandat et du Congo belge. Dès 1920, le laboratoire fabriqua, outre les vaccins pour les animaux, des vaccins antivarioliques, antionocciques, antipesteux et antidysentériques humains. En 1929, un cas de variole ayant été découvert dans l'Est du pays, le laboratoire fabriqua en urgence d'abord 15 000 doses, puis encore 319 000 doses pour le service médical du Ruanda-Urundi, le Kivu, l'Ituri et plusieurs sociétés privées (652)

En 1933, la campagne antipianique fut lancée. Il était prévu que ce recensement exhaustif de la population serait accompagné d'un programme de vaccination antivariolique systématique de tous les Rwandais. Le laboratoire fabriqua en quantités industrielles des doses de vaccin. À cette fin, chaque mois, le laboratoire était approvisionné en bétail permettant de produire les 150 000 doses de vaccin antivariolique nécessaires à la mission chaque mois. Le directeur estimait que le laboratoire arriverait « facilement à livrer les quantités demandées mensuellement », puisque 70 000 doses avaient été fabriquées en une dizaine de jours (653). René Van Saceghem signalait qu'« en tenant compte qu'un centimètre cube de vaccin antivariolique contient cinquante doses et en utilisant le vaccin glycéринé concentré, j'arrive d'après mes calculs, à un prix de revient de cinq centimes la dose. Dans ce calcul, je tiens compte du traitement de l'Européen. L'on pourrait arriver à un prix de revient moindre en diluant le vaccin. Seulement, c'est au service médical à nous donner des instructions à ce sujet. On pourrait faire des essais avec du vaccin de plus en plus dilué. » Le médecin provincial du Ruanda-Urundi, Fernand Guérin, refusa cette formule de dilution plus importante, arguant que le temps manquait et qu'« au prix de cinq centimes la dose, la vaccination de toute la population ne coûtera que 150 à 200 000 francs répartis sur deux ans » (654).

§ 2. La campagne antipianique

Lorsque le gouverneur provincial lança le nouveau programme de lutte contre le pian à travers tout le Ruanda, il ne se contenta pas de donner des ordres au service de l'hygiène. Il adressa également des directives sans ambiguïté à son administration : « il incombe au service territorial de prêter, dans tous les domaines à M. le docteur Prati et au personnel de sa mission l'assistance la plus complète » (655). Jungers exigeait « la collaboration la plus dévouée et la plus constante de tous les fonctionnaires et agents et notamment du personnel territorial » (656). Le Résident du Ruanda insista lui aussi sur « le rôle de premier plan que le service territorial doit remplir dans la lutte contre le pian », menaçant au passage ses administrateurs territoriaux (« Il est inutile de vous rappeler l'importance toute particulière que le Chef du Gouvernement du Ruanda-Urundi

652 RA LV Kisenyi 1929 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 154 n°5).

653 Lettre du directeur du LV van Saceghem au GRU, Kisenyi, 5 décembre 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°5). La citation suivante est également extraite de ce courrier.

654 Note manuscrite signée par le Dr Guérin, inscrite sur la lettre du directeur du LV Van Saceghem au GRU, Kisenyi, 5 décembre 1933, *op. cit.*

655 Lettre du GRU Jungers au RR, Usumbura, 15 novembre 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4).

656 Lettre du GRU Jungers à tous les AT, Usumbura, 15 novembre 1933, *op. cit.*

attache à la lutte entreprise contre le pian et qu'il est décidé à réprimer sévèrement toute défaillance ») (657).

Les obligations des fonctionnaires et agents territoriaux énumérées par Jungers nous seront utiles pour mesurer l'impact de la mission sanitaire en général – et tout particulièrement la campagne antipianique – sur la position et le poids du service territorial à l'égard des populations. Eugène Jungers signalait que les administrateurs avaient pour devoir de : « 1. faciliter le portage et la construction de hangars provisoires pour la mission ; 2. aviser les populations de toutes les obligations, notamment celle qui incombe à *tout* indigène, homme, femme ou enfant, de se présenter devant l'autorité médicale, de se soumettre à l'examen au point de vue du pian et de solliciter un certificat attestant qu'il a subi cette visite (selon ordonnance n°74/Hyg du gouverneur général). Cet avertissement sera donné par tous moyens rapides et efficaces, tels que proclamation en langue indigène par l'intermédiaire des chefs, sous-chefs et de toute autre autorité indigène ; 3. aider activement la mission dans les opérations de recensement, de dépistage et de contrôle (ne pas se borner à aider la mission à la requête de celle-ci). Il incombe principalement au personnel du service territorial de veiller efficacement à ce que les populations avec lesquelles il se trouve en contact se soumettent à l'examen des autorités médicales et soient munies du certificat médical requis. De même, la police judiciaire *recherchera* à chaque occasion et *poursuivra* toutes infractions à l'ordonnance n°74/Hyg. Les fonctionnaires et agents, territoriaux et judiciaires, s'assureront au préalable de la question de savoir si le groupement auquel appartient l'indigène intéressé a déjà été examiné. Il sera donc utile qu'ils se tiennent au courant des régions desservies *progressivement* par la mission ; 4. prescrire aux chefs et sous-chefs indigènes d'assister en personne dans la mesure du possible aux examens médicaux ; 5. attirer l'attention des indigènes sur l'obligation qu'ils ont d'être toujours, à tout moment et en quelque lieu qu'ils se trouvent pourvus du certificat médical leur délivré afin de pouvoir l'exhiber à toute réquisition d'un agent de la colonie et de faciliter ainsi le contrôle. À cet effet, il sera utile de prescrire aux indigènes de se faire confectionner un petit sachet en fibres ou autre matière destiné à recevoir le certificat médical et à le protéger contre l'usure, la perte ou le vol. »

On le voit, sur le plan théorique, la mission antipianique était conçue sous une forme totalement contraignante et autoritaire, et ne reposait pas uniquement sur le personnel médical et sanitaire. Une étroite collaboration était exigée, qui n'allait pas se dérouler sans mal : en effet, à l'échelon local tout comme au niveau des instances supérieures, les relations entre le personnel administratif et le personnel sanitaire furent parfois tendues et les malentendus fréquents. Nous avons par exemple constaté à plusieurs reprises un discours contradictoire entre le service territorial et le service médical à propos des conséquences de la campagne antipianique sur les populations. Ces tensions et incompréhensions entre services sanitaires et territoriaux se retrouvent dans d'autres espaces coloniaux. Selon Maryinez Lyons, les conflits entre administration et service médical étaient dus au fait que ces deux entités avaient des motifs différents pour réorganiser la société africaine. Les fonctionnaires rechignaient à s'impliquer eux-mêmes dans une forme d'interférence administrative si impopulaire aux populations (déplacements de villages par exemple) (658). Pour cette chercheuse, « the main reason for the lack of co-

657 Circulaire du RR Simon envoyée à tous les AT, Kigali, 6 décembre 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4). La citation suivante est également extraite de cette circulaire. Les italiques sont d'origine.

658 M. LYONS, « Sleeping sickness epidemics and public health in the Belgian Congo », *op. cit.*, p. 116.

operation was the political necessity of maintaining African tolerance for Belgian rule. Implementing public health measures made the local administrator more unpopular than he already was among the people » (659).

Les administrateurs étaient responsables de la bonne marche de la campagne, de la collaboration des autorités locales et des populations aux préparatifs matériels (constructions et portage), mais également de l'accueil favorable par les populations du dépistage et du traitement obligatoire du pal. C'était eux qui avaient des contacts réguliers avec les autorités locales et les populations, eux qui devaient parlementer avec les autorités locales, écouter leurs doléances, rassurer, expliquer, convaincre. Les volte-face du service médical, ses hésitations et ses exigences considérées comme excessives les heurtaient ; ils en subissaient les conséquences et les inconvénients. Les membres sanitaires de la mission spéciale quant à eux voyaient le travail important à effectuer sur chaque colline et visaient à une exécution aussi rapide et complète que possible, sans mesurer toujours les conséquences concrètes pour les populations.

a) Portage et constructions

La mise sur pied de la campagne antipaludique mit en branle de grands chantiers de constructions et de maintenance à travers tout le pays. Entre 1933 et 1935 en effet, chaque communauté locale dut participer à la construction de camps médicaux provisoires (hangars en pisé et chaume, huttes en paille), dont la conception générale avait été dictée par le gouverneur provincial sur base des remarques du médecin responsable de la mission, le Dr Giovanni Prati et les plans par le médecin et l'administrateur territorial.

Chaque province devait fournir un effort énorme : construire et entretenir quatre à cinq camps par an. Nous en citerons quatre exemples. Dans le territoire de Kisenyi, les populations durent construire pour la seule année 1935 cinq camps (Gahondo, Skiki, Gasasa, Mindiro et Kanogo Bugamba) (660). En une seule année, dans le territoire de Kigali, cinq camps furent construits sur les collines Bumbogo, Gishukiro, Mugambasi, Muhondo et Kibugabuga, sans compter les six centres de vaccination contre la méningite cérébrospinale construits à Bweramvula, Remera, Kiyanza, Nganzo, Rukura et Munanira (661). En 1936, dans ce même territoire, les populations furent astreintes à la construction de quatre camps médicaux (deux au Bugesera – Nyamata et Kibugabuga –, un au Bumbogo – Bulimba – et un au Rurgargyi – Gahengeri), sans compter les réparations (en fait une quasi reconstruction) de quatre autres camps (Bumbogo, Gishukiro, Mugambasi et Muhondo) (662). Dernier exemple, celui du territoire de Ruhengeri, où les chefferies durent assurer pour la seule année 1936 l'entretien de huit camps et la construction d'un neuvième (663).

Les premiers camps semblaient rudimentaires et inconfortables. « Au cours des recensements opérés sur les collines par les médecins de la mission Prati, il arrive que les indigènes rassemblés quelquefois au nombre de plusieurs centaines, subissent presque nus et sans aucun abri des pluies torrentielles, des orages, des tornades, voire même des averses de grêle. Nul doute que, si certaines précautions

659 *Idem*, p. 113.

660 RA Kisenyi 1935 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 87 n°21).

661 RA Kigali 1935 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 85 n°1G).

662 RA Kigali 1936 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 85 n°1H).

663 RA Ruhengeri 1936 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 96 n°11).

élémentaires ne sont pas prises, nous aurons à déplorer des cas mortels de bronchites et de pneumonies, surtout parmi les enfants et les vieillards. De tels incidents doivent être évités à tout prix, d'autant plus que leur répétition pourrait rendre la campagne actuelle antipathique aux indigènes » (664). En conséquence, le Résident du Ruanda recommandait aux administrateurs territoriaux la construction « deux ou trois jours avant l'arrivée du praticien [d']un ou plusieurs hangars en matériaux provisoires, mais suffisants pour mettre parfaitement bien à l'abri, en cas de mauvais temps, environ deux cents indigènes » et de surveiller personnellement l'exécution de ces constructions, en ne se contentant pas de donner des ordres aux chefs et sous-chefs.

La construction des camps était obligatoire et devait être réalisée gratuitement par les populations réquisitionnées par les soins des chefs et sous-chefs locaux, sous le contrôle des fonctionnaires territoriaux, « tout travail, toute fourniture, tout portage gratuits. » Il s'agissait d'un lourd travail exigeant environ quinze mille hommes-journées par camp réalisé, sans compter l'apport des matériaux, et représentant un coût non négligeable pour les populations, le bois étant une denrée rare et chère. Un administrateur estimait que cinq à six cents hommes étaient nécessaires pendant un mois pour construire un camp (665).

Les chefs et sous-chefs responsables de la construction de ces camps rencontrèrent des difficultés matérielles et humaines durant leur édification. La collecte de bois de construction posait de tels problèmes que dans plusieurs camps, des modifications furent apportées aux plans, le choix se portant sur des bâtiments plus petits pouvant être réalisés avec des matériaux de taille moins importante (666). Par ailleurs, ce travail de longue haleine entraînait « du mécontentement (...) car cette prestation frappe les hommes valides et non les malades, et exige la fourniture gratuite de nombreuses journées de travail et de matériaux qui souvent présentent à leurs yeux une grande valeur » (667).

Une autre difficulté était liée au fait que ces camps « établi[s] en matériaux périssables ne [p]o[u]vaie[n]t subsister pendant un laps de temps d'un an et demi sans reconstruction complète. » Or nous l'avons dit, ces camps étaient utilisés pendant deux ou trois mois, puis abandonnés pendant de longs intervalles, avant d'être visités de nouveau. L'administration coloniale contraignait les chefs et sous-chefs à entretenir ces camps même quand ils étaient inoccupés, « pour ne pas exiger à nouveau un gros effort de leurs indigènes pour la reconstruction de ces camps » (668). Le résultat était un surcroît de travail, souvent vain, puisque malgré ces recommandations, un grand nombre de camps durent être partiellement ou totalement reconstruits (669).

Les autorités territoriales dénoncèrent à plus d'une reprise la somme considérable de travail demandée aux hommes valides dans tout le pays, surtout quand

664 Circulaire du RR Simon à tous les AT, Kigali, 6 décembre 1933, *op. cit.* Les citations de ce paragraphe sont tirées de cette circulaire.

665 Lettre de l'AT de Kibungu Hegh au médépro, Kibungu, 23 avril 1936 (AA, Bruxelles, dossier RWA 535 n°3).

666 Dans de nombreux cas, les grands hangars furent remplacés par une série de huttes.

667 Lettre de l'AT de Kibungu Hegh au médépro, Kibungu, 23 avril 1936, *op. cit.* La citation suivante est également tirée de ce courrier.

668 RA Nyanza 1935 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 91 n°13).

669 L'administrateur de Kigali signale par exemple que les populations « ont dû réparer, pour ne pas dire reconstruire les camps de Bumbogo, Gishukiro, Mugambazi et Muhondo », et cela un an après leur construction (RA Kigali 1936, *op. cit.*).

l'organisation laissait à désirer. En 1936 par exemple, l'administrateur territorial de Kibungu se plaignit d'avoir dû exiger des populations d'une chefferie la construction d'un camp médical complet et d'avoir ensuite reçu un contrordre du Dr Lionel Van Laere lui demandant de laisser ce camp en sursis pendant un an et demi et d'en construire un autre dans une autre chefferie : « je ne vous cacherai pas que la décision d'abandon du camp de Gakenke amènerait sans aucun doute un vif mécontentement parmi les notables tout autant que parmi les indigènes des chefferies intéressées (Karis et Gashikazi). Un camp établi en matériaux périssables ne peut subsister pendant un laps de temps d'un an et demi sans reconstruction complète. Les matériaux (principalement bois) étant rares dans toute la région du Buganza, il a fallu, pour satisfaire aux exigences en matière de construction de camps médicaux, faire remettre gratuitement par les indigènes des matériaux fort précieux pour eux et présentant certainement une valeur importante (à titre documentaire, je dirai que la société *Minétain* achète non loin de Gakenke du bois à des prix fort intéressants pour l'indigène) » (670).

Dans le domaine matériel déjà, il semble que la campagne antipianique induisit une emprise accrue des autorités territoriales et locales sur les populations, qui se voyaient contraintes, pour motif de santé publique, d'effectuer de lourds travaux non rémunérés. Cela avait aussi un impact économique (un mois sans travail aux champs, perte de matières premières, etc.).

b) Information et persuasion

De même que les fonctionnaires territoriaux assuraient la proclamation des décisions prises par les autorités sanitaires et mandataires en cas d'épidémie, ils furent mis à contribution durant la mission spéciale de lutte contre le pian. Ils étaient chargés de convoquer les populations par des proclamations écrites et orales durant la campagne antipianique. En effet, des centaines de milliers de personnes furent examinées entre 1934 et 1938 : il fallait les avertir du lieu et du moment où elles devaient se présenter. Il était également nécessaire d'expliquer aux populations ce dont il s'agissait, pour favoriser la réussite de l'entreprise.

De manière plus générale, les fonctionnaires territoriaux étaient chargés de faire connaître aux populations les mesures d'hygiène auxquelles elles devaient se soumettre et de veiller à leur application (671). Leur rôle était clairement annoncé par la législation en vigueur. « C'est à l'autorité médicale à faire connaître la présence de la maladie ; c'est à l'autorité territoriale de déclarer contaminée la région et d'assurer l'exécution des mesures prévues » (672). En 1931 par exemple, un fonctionnaire réalisa une affiche en kinayrwanda portant le titre *Itangazo*, annonçant que les populations et leurs autorités locales étaient « tenues de se soumettre et de prêter leur concours aux autorités médicales dans la recherche et la destruction des poux » (673). Le texte était affiché au bureau du territoire et les populations devaient en être avisées par proclamation orale.

670 Lettre de l'AT de Kibungu Hegh au médépro, Kibungu, 23 avril 1936, *op. cit.* Les citations de ce paragraphe sont tirées de ce courrier. Lionel Van Laere (*1903) travailla au service de la Colonie à partir de 1935. Il fut notamment affecté au territoire de Kibungu.

671 Voir notamment l'illustration n°188 (une proclamation du gouverneur concernant le typhus).

672 Note du médépro Hoebcke au sujet du typhus exanthématique, Usumbura, 29 janvier 1940 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°10).

673 Décision n°1/Hyg du 7 janvier 1940 de l'AT de Nyanza Rubbens déclarant contaminées de maladies épidémiques du groupe typhique et annexe les collines de Maza et Rusatira (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°10). Voir *I-Tangazo* signifie publication (P. SCHUMACHER, *Dictionnaire phonétique...*, *op. cit.*, p. 327).

Les fonctionnaires territoriaux disposaient d'autres moyens pour faire progresser les conceptions hygiénistes occidentales : les réunions mensuelles de chefs et de sous-chefs qu'ils présidaient au chef-lieu de chaque territoire ou dans les postes détachés pour les chefferies plus éloignées. Une fois par trimestre, une réunion plénière avait lieu au chef-lieu. Lors de ces réunions, des sujets touchant à l'hygiène étaient abordés : « police sanitaire sur les collines : construction de latrines, résultats des contrôles exercés. Conseils à donner sans relâche pour amener l'indigène à la propreté corporelle, enlèvement des chiques, etc. Explication le cas échéant des modes de contagion des maladies épidémiques et des raisons des mesures d'isolement. Explication du danger de l'usage commun de chalumeaux, pipes, etc. (avec exemple à l'appui), plus mesures de police sanitaire des animaux en cas d'épizootie, (...) latrines, propreté corporelle, construction et entretien de camps médicaux, envoi de malades et pianiques en temps utile aux médecins, assistance à ces derniers, mesures prophylactiques en cas d'épidémie, etc. ») (674).

Les chefs et sous-chefs lettrés devaient prendre note de ces consignes dans un carnet. L'administration s'efforçait d'expliquer les mesures imposées par les autorités mandataires aux autorités locales, chargées elles-mêmes d'éduquer leurs subalternes. Un autre moyen consistait à distribuer aux notables lettrés une brochure consacrée à des conseils d'hygiène. Il ne faut toutefois pas exagérer l'ampleur de ce type d'action, puisqu'en 1936 cette brochure ne fut distribuée qu'aux cinq notables connaissant le français, à savoir le *mwami* Rudahigwa à Nyanza, les chefs Lwabutogo de Kibungu, Lwigemera de Biumba, Mutembe d'Astrida et le sous-chef Kagabo de Kigali (675).

c) Collaboration des autorités locales

Durant la campagne antipianique, tous les Rwandais sans exception, même ceux qui s'estimaient indemnes du pian, devaient répondre à la convocation du médecin et se présenter au recensement médical. Affichant la couleur dès le lancement de la campagne, le Résident du Ruanda expliquait que « ce que le gouvernement veut par ces examens, c'est extirper complètement et définitivement le pian de toute la population du Ruanda. Beaucoup d'hommes et de femmes sont malades sans le savoir et transmettent leur maladie à ceux avec qui ils vivent. Ce n'est donc pas une raison parce qu'on se croit indemne du pian qu'on ne doit pas se présenter au docteur. D'ailleurs, si les indigènes refusaient de se faire examiner, ils seraient punis de prison. De même, *les chefs et sous-chefs qui n'obéiraient pas à l'administrateur et au médecin seraient punis de prison et privés de leur commandement* » (676). Par ailleurs, la vaccination antivariolique était obligatoire durant la mission de lutte contre le pian. Les autorités locales étaient tenues pour responsables de l'obéissance de leurs administrés. Des Pères Blancs rapportèrent « que les gens de Heno ne v[oula]nt pas se laisser vacciner. Leur sous-chef a porté plainte à Kigali » (677). On voit que l'argument sanitaire pouvait déboucher sur une emprise sous l'angle politique notamment.

674 RA Kisenyi 1935 et 1936 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 87 n°21 et 22).

675 Lettre du RR Simon au médépro, Kigali, 2 avril 1936 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°5).

676 Lettre du RR Simon à l'AT près le Mwami à Nyanza, Kigali, 6 décembre 1933, *op. cit.*. Cette lettre comprend la copie des instructions du GRU. Le Résident demandait que ces deux documents soient transmis au *mwami* Mutara afin qu'il fasse une proclamation basée sur ces diverses recommandations. Nous soulignons.

677 Daire PB Rulindo, 1er novembre 1935 (APB, Rome). Il s'agissait d'une vaccination dans le cadre d'une épidémie de méningite cérébro-spinale.

Les médecins, agents sanitaires et administrateurs territoriaux étaient chargés de « veiller personnellement à ce que chaque sous-chef oblige tous les membres de son peuplement (hommes, femmes, enfants) à se présenter devant l'autorité médicale qui les a convoqués et à se soumettre à l'examen au point de vue du pian. Il faut espérer que tout chef et sous-chef use de son autorité et de tous les moyens légaux dont il dispose pour rechercher les réfractaires et les amener devant l'autorité médicale » (678).

Les autorités mandataires recommandaient aux membres de la mission de lutte contre le pian de « veiller personnellement à ce que le chef et le sous-chef, tout en rassurant extérieurement leurs administrés et en les mettant en confiance à l'égard de l'autorité médicale et de leurs auxiliaires, les obligent tous, sans aucune exception, à se présenter aux visites et ne permettent à aucun de s'y soustraire, sous quelque prétexte que ce soit. Tout l'ascendant des chefs et sous-chefs doit être requis afin que les indigènes n'évoquent pas pour se dérober telle ou telle coutume. » Plus encore, chaque sous-chef devait anticiper l'arrivée de la mission pianique en rappelant « quelques jours avant l'arrivée du médecin (...) sur sa colline tout indigène, homme, femme ou enfant qui s'en serait éloigné provisoirement, car il ne faut pas qu'un seul indigène échappe à l'examen du médecin » (679).

Le système s'appuyait donc sur une collaboration forcée entre le service médical et les autorités locales. Les consignes fournies par le gouverneur du Ruanda-Urundi à tous les membres et auxiliaires européens de la mission antipianique mettaient l'accent sur le rôle important des chefs de collines et de chefferies dans l'entreprise. Les responsables européens de la campagne antipianique se basaient sur une liste nominative des chefs et sous-chefs de chaque région et colline, accompagnée du nombre de leurs contribuables respectifs. Le rôle des chefs et sous-chefs était double : d'une part veiller à ce que tous les habitants de leur ressort se présentent à l'examen médical, par la contrainte si nécessaire, et d'autre part prévenir les réticences des populations en disant « à leurs administrés surtout aux femmes et aux jeunes filles qu'il ne leur sera fait aucun mal, le médecin ne voulant faire autre chose que les voir » et en montrant « l'exemple en faisant examiner en tout premier lieu leur femme, leurs enfants et les personnes de leur famille. »

« Pour ménager encore la susceptibilité de [ces] malades qui doivent être examinées complètement, les médecins vous demanderont d'être aidés par des femmes. Vous voudrez bien faire le nécessaire pour qu'un certain nombre de femmes (autant que possible des Watutsi) offrent leurs services au(x) médecin(s) de votre ressort : les femmes de la parenté des chefs et sous-chefs sont les mieux indiquées pour cette besogne. Il va sans dire que leurs services pourront être rémunérés par le praticien avec qui elles travaillent. » Ces femmes « pourront être chargées, en cas de besoin, de l'examen des récalcitrantes » (680). On peut supposer que le recours à des femmes de notables eut un impact sur les structures de pouvoir rwandaises, qui s'en trouvèrent sans doute modifiées. Celles-ci devaient contraindre les récalcitrantes à se soumettre à l'examen. On devine les tensions qui pouvaient en résulter.

678 Lettre du GRU Jungers au chef de la mission contre le pian Prati, Kigali, Usumbura, 4 décembre 1933, *op. cit.* Nous soulignons. La citation suivante est également extraite de ce courrier.

679 Lettre du RR Simon à l'AT de Nyanza, Kigali, 6 décembre 1933, *op. cit.* Nous soulignons. Les citations suivantes sont également extraites de ce courrier.

680 Lettre du GRU Jungers au RR, Usumbura, 22 décembre 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4).

Les missions jouaient parfois un rôle d'intermédiaire pour faciliter la mise en œuvre du programme de recensement. Ainsi, près de la mission des Pères Blancs de Nyamasheke, les chefs avaient, « sur les conseils du supérieur, (...) convoqué les chefs de famille pour leur demander s'ils accepteraient d'être traités contre le pian par l'infirmier » (681). La précaution était oratoire, car les chefs de ménage n'avaient aucune possibilité de refuser l'examen. Les règlements et ordonnances en témoignent.

Le système s'appuyait également sur le *mwami*, selon la logique d'administration indirecte mise en place dans les territoires. Chaque directive énoncée par un haut responsable européen était relayée par une proclamation du roi qui reprenait tous les points énoncés (682). Mutara Rudahigwa se rendit dans plusieurs camps de recensement, notamment aux premiers examens du médecin de Nyanza et de l'agent sanitaire au Marangara. Il accompagna le chef de mission de la lutte contre le pian à Kigali et à Usumbura à la fin de l'année 1933. Les autorités européennes estimaient que ses propos sur l'importance de l'examen médical auraient un impact positif sur les populations. Lors de ses visites, le *mwami* insistait « auprès des indigènes pour que tous se présentent volontairement » (683) ; aux yeux de l'administration mandataire, sa présence dans les camps médicaux montrait « à ses indigènes que c'était dans leur intérêt uniquement que le Gouvernement s'imposait tant de sacrifices » (684).

En dehors du cadre spécifique de la campagne antipianique, les autorités locales étaient-elles également associées au travail sanitaire et médical ? Il semble que oui. Lors des épidémies, les fonctionnaires territoriaux étaient chargés de faire pression sur les autorités rwandaises locales, afin que ces dernières amènent immédiatement à l'hôpital tous les malades suspects ; ceux-ci étaient transférés dans des camps où ils restaient isolés durant plusieurs semaines (685). Les chefs locaux devaient également veiller à faire respecter les cordons sanitaires frappant leurs collines. Les autorités dites traditionnelles étaient menacées de sanctions sévères si elles ne veillaient pas à l'application des mesures d'interdiction de circulation, rassemblement, entrée et sortie des zones contaminées. En 1940, par exemple, un chef fut condamné par le Résident du Ruanda à cent francs d'amende pour avoir envoyé à Kigali un de ses contribuables, normalement consigné sur sa colline où régnait une épidémie de typhus (686). Les chefs de colline étaient également tenus pour responsables de la venue de l'ensemble de leur population aux séances de vaccination. En cas de refus, de négligence, voire de rébellion, ils encouraient de sévères sanctions (687).

En effet, malgré les fortes pressions exercées à leur rencontre, les autorités locales rwandaises ne s'empressaient pas toujours d'avertir les autorités coloniales de l'irruption d'une épidémie, surtout quand leur bétail était concerné. En 1934, une

681 Diaire PB Nyamasheke, 1er avril 1935 (APB, Rome). Selon le copiste, « tous avaient promis qu'ils se rendraient chez M. Louette », l'agent sanitaire de la région.

682 Voir notamment l'illustration n°189 concernant une autre maladie (malaria).

683 RA et RPolitique Nyanza 1933 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 91 n°1E et 11).

684 RPolitique Nyanza 1934 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU (93) n°1F).

685 Lettre du RR Simon à l'AT de Kigali, Kigali, 23 janvier 1940 ; Lettre de l'AT de Nyanza Rubbens au RR, Nyanza, 30 janvier 1940 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°10).

686 Lettre de l'AT de Nyanza Rubbens au RR, Nyanza, 22 janvier 1940 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°10).

687 Lettre de l'AT Fiolle au chef du détachement en occupation au Bukunzi, Shangugu, 30 décembre 1924 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°5) : « Je fais prévenir les chefs de collines que je prendrai les sanctions les plus sévères envers ceux qui refuseront de présenter leurs administrés à la vaccination. »

épidémie de charbon humain se déclara dans la région de Nyanza (la capitale de la royauté rwandaise). Or la maladie, très contagieuse, se transmet à l'homme par contact, inhalation des spores infectés et par ingestion. Aucune autorité locale ne signala la présence de bétail charbonneux sur ses collines, ni des cas de charbon humain qui se déclarèrent. Interrogés par les administrateurs territoriaux, plusieurs chefs et sous-chefs adoptèrent comme ligne de défense l'ignorance de l'obligation de prévenir les autorités européennes : « j'ignorais que je devais le faire », déclarait l'un d'eux, tandis qu'un autre argumentait que « jusqu'à ce jour, jamais je n'ai reçu l'ordre d'annoncer les décès que cette maladie causait sur ma colline » (688).

Les autorités coloniales n'étaient pas du même avis : « les notables indigènes savent pertinemment bien que les cas de charbon doivent être signalés. L'an dernier tous ont su que de sévères mesures avaient été prises à la colline Bukekete par le Dr Moreau » (689). Se voyant appliquer la règle selon laquelle « les indigènes qui auraient vendu, donné ou cédé à quelque titre que ce soit de la viande ou des peaux provenant de bêtes mortes de charbon doivent être rigoureusement poursuivis », les propriétaires de vaches charbonneuses et les sous-chefs de colline furent condamnés à payer des amendes importantes, les uns pour en avoir vendu la viande, les autres pour n'avoir pas averti les autorités territoriales.

Suite à quelques lourdes condamnations, les autorités coloniales assistèrent à « une telle phobie dans le territoire » que de nombreux chefs et sous-chefs, craignant de se faire condamner pour manquement à l'obligation d'information immédiate de tout cas de la maladie, se mirent à appeler les services sanitaires et territoriaux pour bien d'autres affections, en les signalant comme étant du charbon. Un fonctionnaire écrivait à ce propos : « je crains bien, comme ce fut le cas pour la colline Rumuri, que les chefs ne nous signalent comme charbon du vulgaire pian » (690). Un médecin anglican dépêché sur les lieux d'un de ces appels, découvrit un seul cas de charbon, contre trois cas de pian, ce qui atteste la crainte des autorités locales de manquer à leur devoir et leur excès de précaution. Ce pouvait également être une manière de se rebeller par un excès de zèle qui faisait perdre du temps aux autorités coloniales.

Enfin, les autorités locales étaient tenues de se rendre aux réunions mensuelles des chefs et sous-chefs présidées par les fonctionnaires territoriaux, qui y abordaient, parmi beaucoup d'autres problématiques, des aspects d'hygiène publique, comme nous l'avons déjà mentionné.

d) Contrôle de la population

Le recensement médical et le traitement du pian étaient imposés aux populations de manière totalement contraignante. Cette contrainte était basée sur la coercition et sur la délation. Toute personne connaissant sa maladie ou la maladie d'un membre de sa famille, d'un de ses voisins de colline, d'un de ses contribuables, d'un de ses travailleurs, etc. était obligée de la signaler aux autorités médicales. Si elle omettait

688 PV de l'entrevue du chef de colline Rwigema avec l'AgT Van de Wouvere et PV de la convocation du sous-chef de la colline Remera, Karangwa, annexé au PV du 2 octobre 1934 : déclaration du chef Rutsinga du Buganza devant l'officier de police judiciaire et AgT de Gabiru Paul Van den Wouvere, (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°13).

689 Lettre de l'AT de Gabiro Verhulst au RR, Gabiro, 2 octobre 1934 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°13). Marcel Moreau (*1896), inspecteur vétérinaire, travailla au Ruanda au milieu des années 1930, notamment dans le territoire de Gabiro (1933-1934).

690 Lettre de l'AT de Gabiro Verhulst au RR, Gabiro, 24 octobre 1934 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°13).

de le faire, elle encourait des sanctions (amendes et/ou peines d'emprisonnement). Les fonctionnaires territoriaux hésitant parfois sur l'interprétation à donner à cette obligation, le gouverneur provincial précisa en mars 1934 les termes de son ordonnance : « les mots "pour autant qu'ils en aient connaissance" doivent s'interpréter comme suit "pour autant qu'un ensemble de faits ou de circonstances fait présumer qu'ils en ont eu connaissance" » (691). Jungers donnait l'exemple d'une femme atteinte du pian qui niait sa maladie, ainsi que son époux, alors que le *capita* de colline et d'autres indigènes affirmaient de la façon la plus formelle que cette femme avait le pian, circonstance confirmée par l'examen médical. La conclusion était que cette femme devait être condamnée, ainsi que son mari.

En cas de refus de groupes de Rwandais de se soumettre à des soins ou à des mesures prophylactiques, certains médecins faisaient appel à la Force Publique (692). Depuis 1910 en effet, les médecins avaient le droit de requérir l'assistance de la Force Publique et la coopération de l'administration territoriale pour réaliser leur politique d'hygiène publique. Il n'était donc pas rare qu'un médecin se rende sur le terrain accompagné de l'armée et d'un administrateur pour commencer l'examen systématique des populations, qui étaient obligées de se présenter en abandonnant leurs activités. L'obligation de coopération à la lutte contre la maladie du sommeil valait pour tout Européen, employé du gouvernement ou non (693).

Durant la campagne antipianique notamment, des mouvements de rébellion se firent jour dont nous parlerons plus abondamment dans le chapitre consacré aux réactions de la population face au quadrillage sanitaire. Les autorités mandataires dépêchèrent sur les lieux des soldats conduits par le Commandant de Kigali. Les fonctionnaires territoriaux appréciaient différemment ce recours à la force ou à l'intimidation. L'un d'entre eux signalait par exemple lors de l'épidémie de typhus de 1940 qu'il n'avait « pas cru utile d'appuyer la suggestion de Mr. le Dr Van Loo qui proposait de recourir à l'assistance de la Force Publique », car « la population se soumet facilement aux mesures sanitaires prises » (694). Cette situation est typique : l'administrateur connaissait mieux les populations que le médecin ; il les craignait donc moins et se montrait peu soucieux de faire preuve d'autorité si le besoin ne s'en faisait pas sentir, car il devait continuer à cohabiter avec cette population après le départ du service médical.

Le recensement médical était également utilisé par les administrateurs territoriaux pour le recensement de population, servant notamment au contrôle des impôts, des mouvements de population et à l'établissement de statistiques. L'administrateur de Ruhengeri en convenait sans détour au plein cœur de la campagne antipianique : « le recensement médical (...) rend de réels services, car il permet de tenir à jour le recensement poursuivi par le service du territoire » (695). On retrouve des commentaires similaires dans la région de Yakusu (Congo belge) étudiée de

691 Lettre du GRU Jungers au RR, Usumbura, 16 mars 1934, *op. cit.*

692 Nancy Hunt signale que lors des recensements médicaux de la maladie du sommeil au Congo belge avant la Première Guerre mondiale, des soldats congolais en uniforme étaient présents durant les séances. Elle signale également que l'usage des chaînes pour entraver les sommeilleux était courant au Congo avant la Première Guerre mondiale. Nous n'avons pour notre part trouvé aucune mention de ce genre au Ruanda durant l'entre-deux-guerres (N.R. HUNT, *A Colonial Lexicon...*, *op. cit.*, p. 93-94).

693 M. LYONS, « Sleeping sickness epidemics and public health in the Belgian Congo », *op. cit.*, p. 117.

694 Lettre de l'AT d'Astrida Corbisier au RR, Astrida, 9 janvier 1940 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°10). Maurice Van Loo (*1898), médecin militaire brabançon, partit pour le Ruanda-Urundi en août 1938. Il travailla à Nyanza de 1938 à 1940, puis à Astrida en 1940.

695 RA Ruhengeri 1937 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 96 n°12).

manière approfondie par Nancy Hunt (696). L'hypothèse d'une « colonisation » du corps et par le corps, d'un quadrillage politique facilité par l'action médicale et sanitaire, pourtant justifiée par ses acteurs uniquement par des arguments humanitaires semble se vérifier dans le cadre de cette campagne antipianique.

§ 3. Cordons sanitaires et police des frontières

Quittons à présent le cadre de la campagne antipianique pour nous interroger sur les autres collaborations administratives au travail curatif ou préventif du service de l'hygiène. Lors des épidémies (typhus, variole, dysenterie, méningite, etc.), les services territoriaux furent fortement sollicités pour contrôler, voire interdire les mouvements et rassemblements de population. Une police des frontières fut également mise en place pour éviter la propagation des épidémies entre les possessions britanniques et les territoires sous mandat belge. Les fonctionnaires territoriaux en étaient partiellement responsables.

En fonction des maladies déclarées, les mesures de prophylaxie ou de désinfection étaient parfois jugées insuffisantes. On y ajoutait des mesures d'isolement et de quarantaine, soit pour les personnes provenant de zones touchées par une épidémie, soit pour des régions entières. Si la maladie n'était pas trop grave, les mesures visaient à « réduire au minimum les contacts entre les indigènes de la circonscription et ceux de l'extérieur » (697). Il s'agissait de diminuer, sans les interdire complètement, les contacts entre les personnes provenant de régions saines et celles issues des régions suspectes : horaires de marché réduits, suppression des réunions dans les missions, vente de bière défendue, etc. Ensuite, on interdisait « l'accès ou la sortie des collines déclarées contaminées ou suspectes des mêmes maladies, ainsi que la circulation sur ces collines (...), sauf en ce qui concerne les nécessités du service médical et du service territorial. Tous rassemblements de personnes, sauf pour les besoins des services en question sont interdits » (698). « Les voyageurs qui auront séjourné dans la circonscription infectée devront faire une quarantaine de quinze jours avant de sortir, dans un local surveillé » (699).

Des quarantaines d'une à trois semaines pouvaient s'appliquer à des collectivités spécifiques (prisons, écoles, camps de travailleurs) dans lesquelles des cas de maladies s'étaient déclarés. Nul ne pouvait pénétrer ou quitter les lieux consignés, à l'exception des représentants de l'administration et du service médical qui en avaient reçu l'autorisation. Les autorités administratives et sanitaires occidentales, les autorités rwandaises locales, ainsi que les sociétés minières et commerciales de la région, ou toute personne européenne ou asiatique y séjournant en étaient averties.

Des « cercles d'isolement » étaient tracés fictivement autour des foyers d'infection ; des camps d'isolement et de traitement étaient construits à l'intérieur de ces cercles par la population saine mise en quarantaine. Les rivières servaient de limites entre les zones saines et les zones en quarantaine ; leur franchissement était interdit. Il

696 N.R. HUNT, *A Colonial Lexicon...*, *op. cit.*, p. 164.

697 PV de la réunion de la CH d'Astrida, 19 janvier 1940 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°1).

698 Article 3 de la décision n°3/Hyg du 16 janvier 1940 de l'AT d'Astrida Corbisier déclarant contaminées de typhus exanthématique et de fièvre typhoïde les collines Kuwingugu (province Bufundu), Sheke, Gatovu et Mwulire (province Busanza) et déclarant suspectes des mêmes maladies les collines Mugombwa et Gokongoro (Bufundu) et Mara et Mbagabaga (Busanza) (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°10).

699 Décision n°2/Hyg de l'AT de Kigali, 5 février 1940 déclarant contaminée de typhus exanthématique et de fièvre typhoïde la colline Nyarungenge (Kigali) (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°10).

s'agissait d'une politique du « cordon sanitaire », mise en place avec l'aide des autorités locales (700). L'administration estimait que les frais de surveillance incombaient à ces autorités, car ces mesures étaient « prise[s] dans l'intérêt direct des collectivités indigènes » (701). Pour faire respecter ces cordons, on faisait appel à la Force Publique composée exclusivement de soldats congolais, les territoires sous mandat n'étant pas autorisés à lever des troupes. Lors d'une grave épidémie, des troupes de Costermansville furent par exemple envoyées en renfort (702). Le recours aux troupes dans le cadre sanitaire est un exemple des liens établis entre autorités politico-administratives et autorités sanitaires. Il s'en dégageait forcément une confusion pour les populations concernées : les problèmes sanitaires permettaient de développer une emprise politique plus importante.

Des instructions strictes réglementant l'accès aux circonscriptions urbaines en cas d'épidémie préoccupante, étaient également de mise : « défense absolue aux soldats, salariés et personnel de l'Européen de se rendre dans ces endroits [contaminés] » ou de les quitter pour des zones saines : « ordre de chasser les indigènes venant de là et qui voudraient se rendre au poste » (703). Les populations étaient priées de « cesser toutes relations avec leurs voisins » (704). Seuls quelques autochtones recevaient un passeport médical spécial leur permettant de quitter les circonscriptions urbaines pour « assurer certaines liaisons indispensables avec des formations extérieures à la circonscription » (705). Les personnes devant se rendre à l'hôpital ne pouvaient employer que certaines voies d'accès. Le but de ce type de mesures était avant tout de protéger les Européens vivant dans les régions touchées ou limitrophes.

Un contrôle social et administratif strict circonscrivait les populations atteintes ou en contact avec des malades dans des zones fermées dont elles ne pouvaient sortir, même pour s'approvisionner en vivres et eau (les postes épargnés par l'épidémie réservaient des sources à leur seul usage et faisaient usage de filtres). Lors des pics de l'épidémie, ces mesures furent élargies à tout le pays. En 1934 par exemple, des territoires entiers furent fermés, en raison d'épidémies de dysenterie, de typhus exanthématique et de peste bovine.

La mise en quarantaine de territoires entiers avait également un impact sur « les transactions [du commerce entre Africains qui] ont fortement diminué suite à la fermeture du territoire » (706). Les paysans des zones concernées ne pouvaient plus rien vendre sur les marchés locaux. Les marchés étaient interrompus, les écoles fermées, les sessions de tribunal de frontière et des tribunaux miniers suspendues, les recrutements de main-d'œuvre stoppés, les réunions religieuses et les réunions des populations temporairement annulées. On conçoit à quel point ces mesures de quadrillage sanitaire débordaient sur la vie sociale et économique.

La mesure ultime était la fermeture de certaines frontières. Ce type de mesures intervint plus souvent pour éviter le danger provenant de l'extérieur du pays.

700 Lettre de l'AT assistant ff Dryvers au RR, Nyanza, 17 juillet 1936 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°6).

701 Lettre de l'AT Gilles, pour le RR absent, à l'AT de Nyanza, Kigali, 20 juillet 1936 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°6).

702 SDN. CPM, *Procès-verbaux de la 28e session, tenue à Genève du 17 octobre au 2 novembre 1935*, op. cit., p. 35. Lors d'une épidémie de typhus exanthématique en 1934, trois compagnies de fusiliers du Vie bataillon de Costermansville furent dépêchées sur place.

703 Lettre de l'AgT Douce au RR, Ruhengeri, 9 décembre 1920 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°8).

704 Lettre de l'AgT Douce au MDR, Kisenyi, 10 août 1925 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°8).

705 PV de la réunion de la CH d'Astrida, 19 janvier 1940, op. cit.

706 RA Territoire d'Astrida 1934 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 64 n°7).

Lorsque la vaccination antivariolique systématique des populations rwandaises fut pratiquée au milieu des années 1930 (dans le cadre de la campagne antipianique), le danger le plus important provint de l'extérieur des frontières, notamment des territoires britanniques touchés par des épidémies de variole. Aussi l'administration belge exigea-t-elle de ses fonctionnaires de limiter l'entrée aux personnes s'étant soumises à la vaccination en territoire anglais au « poste de vaccination obligatoire tant pour les entrants que pour les sortants (...) installé par les autorités médicales anglaises à Kakitumba » (707).

Dans l'autre sens, des épidémies déclarées au Ruanda pouvaient menacer les colonies voisines. En 1936 par exemple, la méningite cérébrospinale qui sévissait au Ruanda inquiéta les autorités britanniques d'Uganda et du Tanganyika Territory. À leur demande, les autorités mandataires belges mirent en place un blocus des frontières : le passage des Rwandais fut interdit vers le Tanganyika Territory tout le long de la Kagera. Ces passages étaient surveillés par les sous-chefs locaux, chargés de contrôler toutes les collines en bordure de la rivière et de refouler tous ceux qui tenteraient de passer. Ils étaient eux-mêmes surveillés en permanence par le policier douanier chargé de la garde de la rive ouest. Une infrastructure sommaire avait été mise en place pour assurer cette surveillance : « à chaque passage, sur la rive ouest, deux huttes ont été construites pour abriter chacune deux gardiens ayant pour mission de veiller jour et nuit et de défendre tout trafic ; toutes les pirogues des passeurs banyakissaka sont réunies aux dits passages et tirées à terre. Tous les payeurs sont prévenus qu'il y a défense absolue de passer qui que ce soit, soit en pirogue, soit en radeau ; des rondes seront effectuées le long de la rive afin d'éviter les passages clandestins » (708). S'il est difficile de mesurer l'efficacité de ces contrôles, il n'en est pas moins certain que les chefs et sous-chefs y étaient étroitement associés : cela renforçait les pouvoirs locaux.

§ 4. Hygiène corporelle

La question de l'hygiène corporelle n'était pas centrale pour les autorités administratives et sanitaires. En effet, elle impliquait de profonds changements de mentalité et exigeait des moyens dont les populations, très pauvres, ne disposaient pas. D'autre part, les services officiels étaient confrontés, nous l'avons vu, à de nombreux problèmes endémiques et épidémiques bien plus urgents. Néanmoins, il eut ici et là quelques projets de sensibilisation à la propreté corporelle. Par ailleurs, certaines maladies se propageant dans des conditions d'hygiène insuffisantes, les mesures d'hygiène corporelle furent parfois imposées aux populations.

Parmi les projets de campagne de sensibilisation à l'hygiène corporelle, il faut compter celle lancée en 1933 par le Résident-adjoint du Ruanda, Jean Paradis (709). Son initiative provoqua un commentaire ironique du médecin de district : « chacun y va de sa petite campagne ! » (710), qui témoigne de l'accueil mitigé réservé par les

707 Lettre du GRU ff De Bock à l'AT de Kibungu, Usumbura, 13 mars 1936 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°6).

708 Lettre de l'AT Hegg au RR, Kibungu, 18 mars 1936 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°6). Les Banyakissaka sont les habitants de la région orientale du Kissaka.

709 Lettre-circulaire du RR-adjoint ff Paradis à tous les AT, Kigali, 15 juin 1933 et Lettre du RR-adjoint ff Paradis au MDR transmettant la copie de la lettre circulaire, Kigali, 16 juin 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°5). Jean Paradis (1905-1955) fut administrateur territorial, puis résident du Ruanda à titre intérimaire de 1940 à 1942.

710 Commentaire écrit en marge de la copie de lettre-circulaire adressée au MDR par le RR-adjoint ff Paradis du 16 juin 1933, *op. cit.* La citation suivante est également extraite de ce courrier.

autorités sanitaires aux initiatives liées à la santé émanant des instances administratives.

Le résident-adjoint semblait pourtant chercher à ménager la susceptibilité du service médical, lorsqu'il écrivait qu'il était « convaincu, M. le médecin [de district du Ruanda], que vous ne me ferez pas grief – bien loin de là – d'avoir traité une question, qui en ordre principal, touche à l'hygiène publique », justifiant son initiative par le fait que la question touchait également « en ordre subsidiaire au respect (actuellement bien diminué) que les populations indigènes doivent témoigner aux fonctionnaires et agents du gouvernement et disons-le à *tous les Européens quels qu'ils soient* » (711). Ceci montre indirectement que, pour certains Occidentaux, l'action sanitaire et médicale était au service de relations politiques et sociales entre les populations rwandaises et les autorités mandataires. Jean Paradis terminait en exprimant sa conviction qu'une « étroite collaboration entre les membres du service médical et ceux du service territorial donnera des résultats surprenants dans ce domaine dont on peut dire... qu'il a été peu exploré jusqu'ici ! »

La réponse du médecin ne se fit guère attendre (712). Il commença par signaler que les moyens dont disposait le service de l'hygiène pour prendre en charge les populations étaient si faibles qu'il ne disposait même pas de douches dans les polycliniques. « J'abonde donc dans votre sens, mais : l'indigène ne trouvera-t-il pas étrange que les conseils de propreté lui soient donnés par le service territorial (chose excellente à laquelle je donne toute mon approbation), alors que les malades entrant à l'hôpital recevant une chemise, ne sont même pas lavés ? » Le sous-entendu était limpide : avant d'éradiquer « la malpropreté des indigènes non malades [qui] est une chose très regrettable contre laquelle on ne saurait trop lutter », ne valait-il pas mieux mettre les moyens pour que les médecins n'aient plus à soigner « des indigènes malades, porteurs d'ulcères suintants, couverts de mouches, galeux, pouilleux » ? Donc, en résumé : avant de lancer votre petite campagne, faites votre devoir en facilitant le travail du service médical existant, restez dans votre champ de compétence. Un bel exemple de conflit entre détenteur de pouvoir et détenteur de savoir. Nous ignorons la réponse accordée à cette requête par le Résident.

Du côté des administrateurs territoriaux, le Résident-adjoint justifiait son initiative en soulignant le manque d'hygiène des populations rwandaises (« à de très rares mais très louables exceptions, les Banyaruanda sont d'une saleté repoussante ; il est de notre devoir de mener une campagne vigoureuse en vue de porter remède à cet état de chose qui ne fait qu'empirer semble-t-il à mesure que la "civilisation" pénètre davantage les masses ») (713). Il estimait que « le service territorial est extrêmement puissant pour mener à bien cette campagne de propreté, car, étant en contact permanent avec l'indigène, il peut, non seulement l'éduquer par la parole mais aussi par son attitude. »

Et il en donnait quelques exemples, basés sur le principe d'une mise à l'écart, voire de marques d'humiliation envers les personnes les moins propres. « S'agit-il des chefs, rien n'est plus aisé que de doser les marques d'estime que vous leur donnez

711 Lettre du RR-adjoint ff Paradis au MDR transmettant la copie de la lettre circulaire, Kigali, 16 juin 1933, *op. cit.* La citation suivante est également extraite de ce courrier. L'italique est d'origine.

712 Lettre du MDR au RR, Kigali 19 juin 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°5). Les citations de ce paragraphe sont tirées de ce courrier.

713 Les citations de ce paragraphe sont tirées de la Lettre-circulaire du RR-adjoint ff Paradis à tous les AT, Kigali, 15 juin 1933, *op. cit.*

au respect qu'ils vous témoignent en se présentant plus ou moins propres devant vous. Aux réunions mensuelles des chefs, quelques paroles bien senties feront comprendre pourquoi vous reléguez au dernier rang ceux dont la mise est négligée. Aux mêmes réunions, qui, généralement, se tiennent au *rukiko*, et dont, par conséquent, les bahutu sont extrêmement friands, il vous est loisible de n'admettre dans l'enceinte réservée au grand public que le public qui montre un souci évident de propreté (714). Au départ de la caravane, rien n'est plus logique que de réserver les charges les plus aisées à porter à ceux qui, par leur propreté, vous témoignent de la déférence. Au Tribunal indigène, rien n'empêche de n'admettre les plaideurs à la barre que lorsqu'ils sont lavés de frais et proprement habillés (l'habit fut-il une peau ou le pagne le plus misérable). Enfin, au cours de la journée, combien de fois l'administrateur est-il accosté par un indigène qui a "quelque chose à lui dire". Rien de plus logique, aussi que le fonctionnaire donne un tour de faveur à celui dont l'aspect est le plus engageant. » En bref, il était loisible aux administrateurs territoriaux de repousser à un rang moins favorisé les Rwandais qui leur manquaient de respect sous prétexte d'hygiène. Nous ignorons si cette campagne de propreté fut mise en œuvre au Ruanda.

En 1934, une campagne similaire fut proposée par le Résident-adjoint de l'Urundi, en complément de la campagne menée par les Pères Blancs (715). Les moyens de la mise en route étaient des « affiches à grandes lettres, au texte bref mais frappant, invitant les barundi à se laver, s'épouiller, etc. (...) [qui] doivent attirer l'attention des natifs sur les problèmes de l'hygiène (les faire épeler dans les écoles, les utiliser dans les cours de catéchumènes dans les missions) et aider à maintenir l'attention des missionnaires sur la question de l'hygiène des natifs. » L'instigateur de la « campagne de propagande pour l'hygiène » n'attendait pas de révolution à la suite de cette action. « Ne pas s'illusionner sur le résultat d'une campagne pour la propreté en Urundi dans l'état économique actuel du pays. Un résultat quelque peu général et profond ne sera atteint qu'à la faveur d'un relèvement des conditions matérielles d'existence des populations ; le jour où, par la vente de leur café, les natifs auront au moins de quoi s'acheter quelques briques de savon », l'hygiène ferait des progrès auprès des populations, mais pas avant. Son analyse est intéressante : il liait progrès économique et progrès sanitaire, comme le font les analystes des situations de sous-développement aujourd'hui, et comme le faisaient déjà, nous l'avons vu, certains responsables sanitaires britanniques d'Afrique orientale.

Le but premier de la campagne initiée par les Pères Blancs en Urundi était de lutter contre les poux. Le résident de l'Urundi demanda à ce qu'elle soit élargie à une démarche plus générale, « ayant pour objet le lavage personnel, celui des enfants, la propreté des huttes et *ruغو* », de manière à mieux correspondre « au dessein d'une campagne générale en faveur de l'hygiène » (716). Au terme de ce débat, le gouverneur du Ruanda-Urundi confirma sa volonté de voir se dérouler une « campagne d'hygiène (...) parmi les populations du Ruanda », comme celles de l'Urundi (717). Cet élargissement géographique explique pourquoi nous avons abordé la campagne d'hygiène en Urundi.

714 *Uru-kiko*, tribunal (P. SCHUMACHER, *Dictionnaire phonétique...*, op. cit., p. 239).

715 Lettre du RR-adjoint Gille au GRU, Kitega, 30 juillet 1934 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°5). Les citations qui suivent sont tirées de ce courrier.

716 Lettre du Résident de l'Urundi Coubeau au GRU Kitega, 14 août 1934 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°5).

717 Lettre du GRU Jungers au RR, Usumbura, 18 septembre 1934 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°5).

Les campagnes de sensibilisation n'avaient pas de caractère contraignant. Il en allait tout autrement des mesures édictées dans le cadre d'épidémies, telle celle de typhus (considéré par les autorités sanitaires comme une maladie pestilentielle) qui toucha le Ruanda à la veille de la Seconde Guerre (718). Le service territorial fut chargé « de mettre tout en œuvre pour supprimer le plus possible de poux (...) infectés ou susceptibles de l'être, c'est-à-dire ceux qui se trouvent sur les malades, les décédés, les contacts et les suspects, dans leurs pagnes, leurs couvertures, leurs cases... » (719). Cette lutte devait être menée dans tout le territoire touché par l'épidémie, y compris dans les zones encore indemnes. Des stations d'épouillage furent construites par des soldats. « Tout indigène étant appelé à pénétrer dans la circonscription urbaine dev[ait] au préalable se présenter à la station d'épouillage » (720). Dans le même objectif, les véhicules et les marchandises entrant dans les circonscriptions urbaines devaient être désinfectés.

Les autorités limitèrent le port des vêtements de fabrication locale pour l'ensemble de la population, d'abord dans les circonscriptions urbaines (« les étoffes en écorce d'arbre et les vêtements en peau étant particulièrement susceptibles de servir de véhicules aux poux du corps, il est strictement défendu de les porter dans les limites d'Astrida et au marché »), puis dans l'ensemble des régions touchées (721). Un mois plus tard, la même mesure fut appliquée à la circonscription urbaine de Kigali. Ceci fut sans doute un stade important dans l'évolution de la culture matérielle rwandaise. C'était une mesure contraignante s'appliquant à l'ensemble de la population : nous sommes en présence d'un élément de quadrillage, pour des motifs sanitaires, appliqués par les autorités administratives. Il est intéressant de noter que le pian reculait également en cas de port de vêtements, qui limitaient les contacts cutanés.

La contrainte s'appliquait non seulement aux vêtements, mais aussi au corps lui-même. « Tous les indigènes des deux sexes seront invités à se tondre la tête et les régions pileuses du corps ; les poils seront recueillis et brûlés » (722). Pour les malades, les personnes décédées du typhus et les personnes ayant été en contact avec ceux-ci, la désinfection imposée était plus stricte encore : « le linge de corps et la literie du malade et des contacts seront désinfectés. Malades et contacts seront rasés, lavés au pétrole et habillés avec du linge de rechange propre » (723). « Les cadavres seront lavés avec une solution de savon et pétrole et le linceul imbibé de cette solution. »

§ 5. Prophylaxie mécanique

Certaines maladies exigeaient une politique de modification de l'écosystème, ou au minimum d'aménagements du milieu naturel. Or les aspects de prophylaxie mécanique étaient du ressort des autorités territoriales et du secteur des travaux

718 Note du médépro Hoebeke au sujet du typhus exanthématique, Usumbura, 29 janvier 1940 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°10).

719 Article 1er de la décision n°4/Hyg du 20 janvier 1940 de l'AT d'Astrida limitant la circulation dans la circonscription urbaine d'Astrida (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°10).

720 Décision n°2/Hyg de l'AT de Kigali, 5 février 1940 déclarant contaminée de typhus exanthématique et de fièvre typhoïde la colline Nyarugenge (Kigali) ; Article 3 de la décision n°4/Hyg du 20 janvier 1940 de l'AT d'Astrida limitant la circulation dans la circonscription urbaine d'Astrida, *op. cit.*

721 Décision n°4/Hyg du 20 janvier 1940 de l'AT d'Astrida, *op. cit.*

722 Note du médépro Hoebeke au sujet du typhus exanthématique, Usumbura, 29 janvier 1940, *op. cit.*

723 Décision n°1/Hyg du 31 janvier 1940 de l'AT de Shangugu déclarant contaminées de fièvre typhoïde (typhus exanthématique) les mines de Nyongwe en province de l'Ikyesha (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°10). La citation suivante est également extraite de ce document.

publics. Les fonctionnaires territoriaux furent notamment sollicités dans le cadre de la prévention de la maladie du sommeil. Nous avons signalé qu'à la fin des années 1920, les recherches effectuées dans les régions limitrophes du Ruanda, de l'Uganda et du Tanganyika Territory attestèrent de la présence de glossines dans le territoire sous mandat belge, mais pas de cas de trypanosomiase humaine, contrairement à ce que l'on constatait dans les territoires sous administration britannique. Dans l'objectif de prévenir l'introduction de glossines infectées dans le nord et l'est du Ruanda, l'inspecteur vétérinaire principal Colback recommanda en 1929 d'imposer systématiquement l'enfumage des véhicules et des voyageurs motorisés en provenance des territoires britanniques en divers postes frontières et surtout d'associer cette démarche au débroussaillage systématique des abords des routes (724).

Un débat farouche s'ensuivit entre ce vétérinaire et le médecin provincial Louis s'Heeren. Il s'agit ici d'un des exemples d'imbrication des domaines de police sanitaire humaine et animale. Selon Louis s'Heeren, qui se basait sur les déclarations du médecin chargé de la prospection maladie du sommeil dans la région Armand Roelens, les glossines *morsitans* n'étaient pas nombreuses. « Si au contraire elles le sont au point de harceler les véhicules, le nombre détruit est infinitésimal par rapport à la totalité. Toutes les méthodes préconisées jusqu'ici ont donné de piètres résultats. Le feu pour fumigation est dangereux pour les autos » (725). Floribert Colback rétorqua qu'il y avait beaucoup de glossines sur la nouvelle route de la Kakitumba reliant la ville de Gatsibu au Ruanda à la frontière Uganda-Tanganyika Territory, et qu'« il y a[vait] urgence, avant que d'ouvrir la route à la circulation, d'édifier des hangars à enfumer » (726).

D'autre part, il argumenta que les autorités britanniques avaient mis en place de l'autre côté de la frontière des hangars de fumigation et des débroussaillages systématiques. Il agita le spectre du regard britannique : « mon confrère anglais de M'barara est venu se rendre compte sur les lieux en prospection pour la tsé-tsé. » Il concluait par une critique envers les autorités médicales et administratives du Ruanda : « il est plus facile d'empêcher la propagation de la glossine que de réaliser son éradication d'une zone infestée et je m'étonne de ce qu'on ne paraisse pas attacher plus d'intérêt à cette question. » Par la suite, il revint de manière récurrente sur le danger de propagation de la *morsitans* et sur l'incurie des services qui négligeaient l'importance de la question. Fin avril 1931 notamment, il réitéra sa demande de procéder au débroussaillage de la route dans la forêt et à l'érection des hangars. Le gouverneur provincial Charles Voisin estima sa requête « opportune », mais les autorités administratives rwandaises et le médecin provincial ne mirent aucun empressement à mettre en place ce plan préventif, comme en témoignent les nouvelles démarches du vétérinaire à la fin du mois de juin 1931 (727). Henri Colback dressait un bilan alarmant : « les glossines se répandent dans des régions où autrefois je n'en avais pas constaté » ; il ajoutait que

724 Note du directeur a.i. du LV pour le médépro, Kisenyi, 11 avril 1929 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°2). Henri Floribert Colback (1898-1966) partit pour le Ruanda-Urundi comme vétérinaire militaire. Il travailla beaucoup de manière itinérante, et fut chargé du laboratoire de médecine vétérinaire de Kisenyi. De 1937 à 1954, il fut vétérinaire en chef de la Colonie.

725 Note du médépro s'Heeren concernant les hangars à fumigation, Usumbura, 18 novembre 1930 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°1).

726 Lettre de l'IV Colback au chef du SV, Nyakatare, 3 décembre 1930 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°2). Les citations suivantes sont également extraites de ce courrier.

727 Lettre du GRU Voisin au RR, Usumbura, 11 mai 1931 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°2) ; Lettre de l'IV Colback au RR, Nyakatare, 24 juin 1931 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°1).

les retards de fabrication des hangars approuvés par le gouverneur « font déjà que l'aire de dispersion de la mouche s'est accrue. »

De mois en mois, Colback observa la propagation de la glossine dans le nord du Ruanda. Tout en rassurant les autorités sur l'inexistence de la maladie du sommeil chez les Rwandais, il cherchait à convaincre ses détracteurs de l'urgence de la situation, signalant notamment que la propagation de la glossine avait des effets dévastateurs sur le peuplement de la région. « Ces collines ont été assez peuplées il y a une dizaine d'années, mais la population a suivi l'exode que nous avons déjà constaté et signalé vers l'ouest, fuyant le gibier qui détruisait leurs récoltes et la tsé-tsé qui provoquait la trypanosomiase dans leur bétail. Ce même mouvement continue même sur le plateau de Gahini, un des plus beaux du Ruanda et la savane boisée ne fait que progresser également vers l'ouest ainsi que l'extension de l'aire à gibier et à glossines. Il faut des mesures pour fixer la population à la limite de cette zone et procéder au débroussaillage et à la réoccupation du pays par des cultures pour empêcher la glossine d'arriver au lac Mohasi par la rivière Ngataruka, ce qui infesterait le Buganza si riche en bétail pour l'instant » (728). Ces constatations valaient également pour la route de Rukira, envahie rapidement par la savane boisée.

Selon lui, ce problème sanitaire ne pouvait se résoudre que par le débroussaillage. La solution qu'il préconisait allait à l'opposé du choix des autorités sanitaires qui évacuaient les populations sans agir sur le milieu naturel. Pour Colback au contraire, il fallait obliger les populations à demeurer dans les zones infestées, car leur action sur le milieu naturel ferait reculer la tsé-tsé par l'occupation humaine et du bétail, le débroussaillage, etc. L'argument implicite était également économique : il ne fallait pas laisser se perdre l'Est du pays et ses plateaux. Les autorités administratives lui opposèrent leur inertie et suggérèrent de modifier le tracé des routes plutôt que de procéder à la fumigation. Colback rappela alors au Résident du Ruanda que le directeur général du ministère des Colonies Claessens avait promis aux autorités britanniques dès le début de l'année 1930 de faire correspondre aux mesures britanniques de lutte contre la glossine des mesures identiques au Ruanda (débroussaillage et fumigation). Le Résident adressa une demande d'information sur la technique de fumigation au commissaire de district de l'Ankole, région ougandaise limitrophe de la frontière rwandaise. Les hangars ne furent mis en place avant la Deuxième Guerre mondiale.

Par contre, durant le dernier trimestre de 1931, un programme de déboisement fut lancé dans la région de Gabiro et de Rukira (nord et est du pays) pour agir sur la tsé-tsé. Les administrateurs territoriaux en charge de ces régions y procédèrent au repérage des nombreuses zones de refuge saisonnier ou permanent de la glossine. L'un d'entre eux signala qu'« il y a danger d'invasion dans tout le Mutara et dans le Rukiga. (...) La brousse avance insensiblement mais sûrement vers toutes les vallées déboisées. Il faut lutter en empêchant la brousse de progresser, en ciblant les zones prioritaires » (729).

Mais le déboisement posait de nombreux problèmes. Le premier était d'ordre technique : il était difficile « de déboise[r] certaines zones marécageuses recouvertes d'une végétation arborescente extrêmement dense, qui en fait un gîte idéal éventuel pour l'expansion des glossines, d'accès malaisé et fort onéreux point

728 Lettre de l'IV Colback au GRU, Nyakatare, 4 septembre 1931 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°2).

729 Lettre de l'AgT de Gabiro Verhulst au RR, Gabiro, 15 octobre 1931 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°2).

de vue destruction et entretien. Sans l'éclaircissement préalable de la base (la vallée), le travail au sommet est superflu. Les berges constituent un terrain favorable (humus meuble et friable) pour le dépôt de pupes » (730). Le déboisement demandait donc un effort considérable. Par ailleurs, se posait le problème de la main-d'œuvre, ces régions boisées étant peu peuplées. Il fallait faire appel à des ouvriers assez éloignés (de cinq à quinze kilomètres), ce qui augmentait les coûts. En outre, il fallait un contingent de travailleurs important : « avec un millier d'hommes, il faudrait environ vingt mois pour nettoyer quatre zones. Si on ne dessouche pas, il faut recommencer trois ans plus tard » (731). Le troisième problème, concomitant aux précédents, était d'ordre financier. Déboiser coûtait cher. Une étude du chef de poste de Rukira aboutissait à une estimation de « minimum mille francs l'hectare, sans compter l'entretien » (732). L'estimation de son collègue de Gabiro, bien que reprenant d'autres indices, était tout aussi inquiétante : « l'exécution du débroussaillage proposé demanderait 630 000 journées de travail à 1,5 franc, soit un million de francs en chiffres ronds » (733).

Cette perspective ne réjouissait pas le Résident du Ruanda, qui déclara qu'« une dépense de l'ordre d'un million [lui] sembl[ait] hors de proportion avec le résultat – très problématique – que l'on pourrait atteindre » (734). Il suggéra de se limiter à maintenir les voies de communication à l'abri des invasions de tsé-tsé, ce qui engendrerait une dépense « considérablement moindre, surtout si l'on réduisait à cinq cents mètres la bande à déboiser de chaque côté des routes ; le montant à prévoir ne dépasserait pas cinquante mille francs. » Le chef de poste de Rukira suggéra « un moyen terme » : « se servir des voies naturelles de l'occupation et du défrichement par l'indigène » (735). Mais il reconnaissait que cette solution serait difficile à mettre en œuvre, car « il est certain qu'aucun Munyakisaka ne tient à aller s'installer dans cette région de fort mauvaise réputation au point de vue des fauves. » Il suggérait alors de recourir à « une autre méthode qui consisterait à inviter et à recommander aux populations limitrophes à se fournir désormais en bois de chauffage dans cette zone. Il y aurait obligation en saison sèche de pousser toujours de l'avant vers le nord les cultures des bas-fonds. » Une fois assainies, ces zones défrichées pourraient servir de pâturages pour le bétail.

La lutte contre la malaria était également déléguée prioritairement aux fonctionnaires territoriaux. Le service médical intervenait sur le terrain en cas d'épidémie, mais pas pour juguler l'endémie. En principe, comme le rappelait le médecin de district du Ruanda en 1931, « il incombe au chef de poste de veiller en tout temps à ce que l'entretien des chefferies soit fait au point de vue hygiène et qu'il n'existe pas de gîtes à moustiques ; il ne doit pas attendre, ce me semble, l'arrivée d'une épidémie pour prendre des mesures à cet égard » (736).

Les administrateurs territoriaux tentèrent diverses tactiques pour éviter la diffusion de la malaria. Certaines d'entre elles étaient classiques, d'autres moins, ce qui n'entraînait pas toujours l'adhésion des autorités médicales. En 1931 par exemple, le

730 Lettre de l'AgT de Rukira Sandrart au RR, Rukira, 5 novembre 1931 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°2). La pupe est le stade intermédiaire entre la larve et la nymphe.

731 Lettre de l'AgT de Gabiro Verhulst au RR, Gabiro, 15 octobre 1931, *op. cit.*

732 Lettre de l'AgT de Rukira Sandrart au RR, Rukira, 5 novembre 1931, *op. cit.*

733 Lettre de l'AgT de Gabiro Verhulst au RR, Gabiro, 15 octobre 1931, *op. cit.*

734 Lettre du RR Coubeau au GRU, Kigali, 25 octobre 1931 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°2). La citation suivante est également tirée de ce document.

735 Les citations de ce paragraphe sont tirées de la lettre de l'AgT de Rukira Sandrart au RR, Rukira, 5 novembre 1931, *op. cit.*

736 Lettre du MDR Ferier au RR, Kigali, 15 septembre 1931 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°12).

chef du poste de Kibuye demanda l'autorisation « de suspendre l'impôt, le recensement et les prestations de porteurs sur les parties de collines où la chose serait jugée nécessaire pour éviter la diffusion de la malaria qu'entraînent ces déplacements », en parallèle avec la destruction des gîtes d'anophèles (« assainissement des huttes et enclos, sous menace de destruction immédiate des lieux non entretenus en parfaite propreté : destruction des gîtes à moustiques, etc. ») (737).

Le médecin de district du Ruanda n'apprécia pas qu'un membre du personnel n'appartenant pas à la profession médicale suggère une solution. S'adressant au supérieur hiérarchique de l'administrateur, c'est-à-dire au Résident, il signala qu'il ne « vo[yait] nullement comment l'épidémie qui n'est probablement qu'une recrudescence de l'endémie malarienne de ces régions puisse empêcher de percevoir l'impôt et surtout le recensement ; c'est au contraire en faisant le recensement que l'on pourra le plus exactement se faire une idée exacte de la gravité de l'épidémie » (738). On voit que les médecins eux-mêmes faisaient des liens entre le quadrillage sanitaire et le quadrillage administratif. La suspension de la taxation était pourtant une des solutions préconisées par le Dr Eugène Jamot en Afrique Occidentale Française durant les années 1930 pour endiguer la propagation de la maladie du sommeil (739). Ironie du sort : dans ce cas français, la solution venait du médecin et fut refusée par les autorités administratives. On le voit, les relations entre agents médicaux et sanitaires d'une part, et agents territoriaux et administratifs d'autre part étaient souvent tendues. Ceci était lié à l'intervention parallèle, mais pas toujours conjuguée entre deux services différents, aux missions et statuts dissemblables, parfois contradictoires ou rivaux. Un champ de pouvoir partagé et antinomique.

Le pétrolage des eaux stagnantes et la prophylaxie mécanique faisaient intervenir de nombreux acteurs africains surveillés étroitement par les fonctionnaires territoriaux européens. Au début des années 1930, les excavations réalisées par les sociétés minières lors de leurs prospections furent considérées comme des facteurs aggravants dans la diffusion de la malaria. En 1932, l'auxiliaire médicale du territoire de Kisenyi, Eva-Marie Mustin, demanda que l'administrateur territorial fasse « combler dans toute la province de l'Itare les trous faits par les prospecteurs de la Forminière », « qui, non seulement sont des récipients d'eau stagnante, mais encore forment un danger public constant pour les indigènes et le bétail. Ces trous ont jusqu'à 6,5 m de profondeur » (740). Les frais de ces travaux devaient être pris en charge par la société minière, mais leur réalisation était confiée aux populations locales.

Il fallait par ailleurs surveiller les zones dangereuses et y mener des inspections régulières, afin de détecter puis de supprimer les eaux stagnantes. Ces diverses techniques étaient du ressort des fonctionnaires territoriaux et des autorités autochtones. L'application des mesures de déboisement notamment dépendait des « moyens dont disposent les communautés indigènes » (741) : elles devaient

737 Lettre de l'AgT de Kibuye Buisseret au RR, Kibuye, 8 septembre 1931 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°12).

738 Lettre du MDR Ferrier au RR, Kigali, 15 septembre 1931, *op. cit.*

739 Voir J.-P. BADO, *Médecine coloniale et grandes endémies...*, *op. cit.*, p. 299.

740 Lettre de l'auxiliaire médicale Eve-Marie Mustin à l'AT de Kisenyi, Ngororelo, 18 juin 1932 ; Lettre de l'AT de Kisenyi Bourgeois à l'AgT à Kabaya, Ndobwe, 20 juin 1932 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°3).

741 Lettre de l'AT de Kisenyi Bourgeois à l'AgT à Kabaya, 20 juin 1932, *op. cit.*

compléter le travail des équipes d'assainissement engagées et rémunérées par les taxes d'assainissement pour effectuer déboisement, pétrolage, etc.

Ces différents moyens avaient tous un coût et n'étaient efficaces que lorsqu'ils étaient menés de manière systématique, de part et d'autre des frontières. Le commissaire de district de Costermansville demanda notamment au gouverneur du Ruanda-Urundi « la collaboration de l'administration territoriale du Ruanda et particulièrement des fonctionnaires résidant à Ruhengeri et Kisenyi » dans la lutte contre la malaria (742). Il souhaitait une homogénéisation des mesures d'assainissement des villages et terres « indigènes », ainsi que des plantations et entreprises. Celles-ci consistaient à regrouper les populations répandues en des endroits insalubres en déplaçant au besoin des villages, drainer les marais situés à proximité des villages, des cultures et des routes de caravanes, déplacer les marchés qui se tiendraient dans des endroits insalubres, débroussailler les abords des agglomérations, des points d'eau et des principales voies d'accès, et à régulariser les cours d'eau.

§ 6. Habitat

L'habitat des populations faisait également l'objet des préoccupations de l'administration. Les fonctionnaires territoriaux relevaient, souvent avec dégoût, la saleté qui régnait dans les villages et les enclos. En 1922 par exemple, l'un d'entre eux signalait que « les abords des villages sont aussi désagréables à l'odorat qu'à la vue. Les tas d'immondices et les excréments dégagent des odeurs infectes, l'indigène trouvant que c'est trop de travail que de brûler ou d'enfouir ces ordures » (743). Nous pourrions citer de très nombreux commentaires sur les villages rwandais. Le Résident-adjoint Jean Paradis insistait lui aussi sur « la saleté repoussante » qui régnait sur les collines. Il souhaitait faire évoluer « non seulement la propreté des individus et de leurs habits, mais aussi celle du milieu dans lequel ils vivent » (744).

Les administrateurs commencèrent par improviser, avant de recevoir des directives. L'un d'eux avait suggéré au début des années 1920 de menacer les villageois de ne pas venir les soigner si l'état de propreté n'évoluait pas (745). Voici un exemple de l'instrumentalisation de la médecine au profit du contrôle social et administratif. Progressivement, les directives dans le domaine de l'hygiène publique des communautés locales se précisèrent. Le programme pour le développement du Ruanda-Urundi demanda au service territorial d'étendre les réformes notamment à l'hygiène des villages en 1925. Dans ce cadre, des réunions de chefs et sous-chefs furent instaurées au début des années 1930. Ces conseils étaient présidés par l'administrateur territorial. On y traitait de nombreux sujets, dont celui de l'hygiène générale. Celle-ci était déclinée en conversations sur la propreté corporelle, la construction et entretien de camps médicaux, l'envoi des malades et pianiques aux médecins, l'assistance aux agents du service de l'hygiène, l'état sanitaire des populations. Les autorités locales étaient averties de leurs devoirs en termes de déclaration des maladies épidémiques, de présentation de la population au médecin

742 Lettre du CD de Briey au GRU, Costermansville, 15 janvier 1936 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°3).

743 RA Ruhengeri 1922 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 96 n°2).

744 Les citations de ce paragraphe sont tirées de la Lettre-circulaire du RR-adjoint ff Paradis à tous les AT, Kigali, 15 juin 1933, *op. cit.*

745 Lettre de l'AgT de Gatsibu au RR, Gatsibu, 19 septembre 1920 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°7).

en charge dans le territoire, de traitement des immondices. Les chefs et sous-chefs étaient également informés des mesures de police sanitaire en vigueur sur les collines (construction de latrines, résultats des contrôles exercés, mesures de police sanitaire des animaux en cas d'épizootie, mesures prophylactiques en cas d'épidémie, obligation aux réfractaires de se soumettre au traitement, etc.).

Un chef se montra particulièrement intéressé par cette problématique et se fit remarquer par l'organisation d'une campagne de propreté dans toute sa province (le Mukamba). Il fit arranger notamment toutes les huttes de ses contribuables, s'attirant un commentaire élogieux de l'administrateur territorial : « il a complètement réussi dans sa tentative » (746). Le fait que cette campagne soit relevée dans un rapport témoigne cependant de son caractère exceptionnel. Un autre, le chef Lwigemera, fit construire des toilettes dans toute sa province par les paysans. Les Pères Blancs de Rulindo commentaient laconiquement que c'était une « bonne idée », « seulement les Bahutu ne savent pas à quoi ça sert ; ils bâtissent par contrainte » (747).

Un autre type d'action sur l'habitat concernait les périodes de crise. Nous avons vu à propos de la maladie du sommeil que certaines administrations coloniales recoururent à des déplacements massifs de population pour enrayer la propagation de la maladie du sommeil (notamment les Britanniques). Au Ruanda, la marge de manœuvre des autorités administratives variait selon la pathologie. Dans le cadre de la lutte contre la trypanosomiase humaine, les agents sanitaires et administratifs pouvaient y recourir (l'auxiliaire médical Hanotiau, attaché à la mission de la maladie du sommeil pour le secteur de Bugarama, procéda au regroupement de certaines populations et à leur éloignement des rivières avec l'aide de l'administrateur de Kamembe).

Par contre, pour des pathologies moins lourdes, comme la malaria, les fonctionnaires territoriaux se plaignaient de ne disposer « d'aucun moyen légal pour obliger les indigènes à déplacer leurs huttes » (748). Ceci posait problème car s'il [était] indispensable que les indigènes de la vallée ne continuent pas à habiter dans le fond même de la colline où se trouvent de nombreux moustiques infectés (...), les indigènes ne [tenaient] pas à habiter le sommet des collines. » Les autorités administratives recoururent dès lors au pouvoir de persuasion des autorités rwandaises (le *mwami*, les chefs et sous-chefs) pour encourager les populations à quitter les régions dangereuses (« cette intervention prouvera aux natifs que le Mwami s'intéresse à eux autrement que pour en tirer seulement des avantages personnels »). Le Résident prônait comme un moindre mal que les paysans « transportent leur *lugo* ne fut-ce qu'à mi-côté, [afin d']éviter (...) les dangers d'infection qu'un voisinage trop immédiat de la rivière leur fait courir. » Nous avons trouvé au moins une trace d'intervention du *mwami* Mutara Rudahigwa, s'adressant par écrit et en kinyarwanda à un de ses chefs, demandant que l'on encourage les populations à déplacer leurs logements hors des vallées (749). Il semble qu'au fil du temps les administrateurs territoriaux aient bénéficié d'un cadre juridique plus accommodant ou aient pris davantage de liberté avec le cadre existant, car en 1932, certains prescrivirent l'évacuation des populations loin des vallées et leur réimplantation sur le sommet des collines.

746 RA Ruhengeri 1934 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 96 n°9).

747 Diaire PB Rulindo, 17 janvier 1935 (APB, Rome).

748 Les citations de ce paragraphe sont extraites de la lettre du RR Coubeau à l'AgT de Nyanza, Kigali, 7 janvier 1932 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°3).

749 Voir l'illustration n°189.

À côté de ces politiques diverses concernant l'habitat dit "traditionnel", il en était d'autres qui concernaient les agglomérations urbaines ou semi-urbaines où vivaient des Européens. Des mesures drastiques y étaient appliquées pour éradiquer tout risque d'épidémie. Plusieurs constructions furent détruites par les services territoriaux sur les ordres des médecins. En 1920 par exemple, les vieilles maisons du poste de Rukira furent brûlées et les magasins de peaux interdits au milieu du poste administratif. L'administrateur territorial argumentait sa demande de détruire l'ancien poste en décrivant une situation sanitaire déplorable : « le poste est infesté de *kimputu* [l'acarien responsable de la transmission de la fièvre récurrente]. À chaque moment, je trouve des *kimputu*, aussi bien dans ma propre maison que dans le camp des soldats malgré les mesures qu'on prend. Tous les bâtiments sont construits depuis plusieurs années. Il reste au poste deux maisons de la mission allemande, notamment celle qui est occupée par moi. Elle est en briques sèches et ne supportera plus la saison des pluies. La seconde (...) tombe réellement en ruine (...). Une autre maison construite pendant l'occupation et qu'occupait autrefois un commerçant hindou a été laissée inoccupée à cause des *kimputu* et parce qu'elle ne tient plus que par quelques sticks » (750).

En 1921, le fonctionnaire territorial récidivait en détruisant les ruines de l'ancienne mission de Rukira, décrites par le Dr Gustave Latinne comme « un danger public », toujours à cause des *kimputu* (751). Quelques années plus tard, c'était le tour des « installations infestées du gîte de Ngoma » (752). Par contre, les acariens qui « foisonnent dans les huttes et particulièrement dans la terre constituant le sol des habitations » des Rwandais n'étaient pas systématiquement détruits (753). La politique de prévention concernait principalement les bâtiments publics utilisés par le personnel occidental et africain des différents services coloniaux. Pour la fièvre récurrente, on ne peut donc parler de quadrillage colonial.

Lorsque les autorités médicales avaient décidé du déplacement d'un quartier africain, c'étaient également les administrateurs territoriaux et les responsables du service des titres fonciers de l'administration qui étaient chargés de repérer un nouvel emplacement et de proposer un plan (754). Ils étaient aussi responsables de l'entretien des camps et des gîtes d'étape des porteurs et travailleurs journaliers aux abords des circonscriptions urbaines, sur base des directives du service médical.

Dans le courant des années 1930, la tendance était d'appliquer des mesures plus strictes à des catégories spécifiques de population, considérées comme pouvant propager les maladies. Ce fut notamment le cas du « camp des Watutsis [de Kigali], (...) lieu de concentration d'indigènes venant de toutes les parties du pays et par conséquent un foyer tout désigné pour l'éclosion des maladies épidémiques » (755). En 1933, l'adjoint au Résident du Ruanda signalait « la saleté repoussante de certaines cités indigènes et groupements de "demi-civilisés" qui sont de véritables

750 Lettre de l'AgT de Rukira Dhondt au RR, Rukira, 20 septembre 1920 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°14).

751 Lettre du MDR Latinne au RR, Kigali, 29 octobre 1920 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°14).

752 Lettre de Coubeau, pour le RR en route, à l'AT de Kisenyi, Kigali, 7 septembre 1926 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°14).

753 Lettre de l'AT de Kigali Sandrart au RR, Ruhuha, 13 décembre 1929 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°14).

754 Lettre du médépro Hoebeke au RR, Usumbura, 18 février 1939 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°1).

755 Lettre du Dr Mathieu au RR, Kigali, 22 août 1935 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°6).

foyers d'épidémie » (756). Les autorités administratives étaient invitées à veiller à ne pas favoriser la surpopulation de ces camps et à surveiller la propreté des parcelles. De fortes sanctions étaient prévues en cas de non-respect de ces consignes. Ceci signifie que les autorités administratives pouvaient se baser sur les consignes sanitaires pour limiter l'accès des Rwandais aux quartiers africains dans les circonscriptions urbaines. La frontière entre contrôle sanitaire et contrôle administratif était floue.

§ 7. Hygiène publique

Les fonctionnaires territoriaux et les services techniques furent souvent sollicités pour régler des problèmes d'hygiène publique, tant pour les constructions et aménagements divers, le nettoyage, le portage, etc. que pour la surveillance des activités des populations et des gens dits de couleur. Cela touchait à des domaines aussi variés que la protection et l'aménagement des sources, l'approvisionnement en eau potable et en lait des quartiers européens, la surveillance des marchés de poste, notamment en ce qui concernait la viande et le risque de la maladie du charbon, l'aménagement et la surveillance des toilettes publiques, etc. Nous avons déjà brièvement évoqué ces aspects dans le premier chapitre, dans la mesure où les autorités sanitaires intervenaient. Nous envisagerons ici l'action des fonctionnaires territoriaux.

Les administrateurs étaient chargés de protéger les sources, lacs et cours d'eau pouvant servir à l'alimentation en eau potable. Ils assuraient la surveillance des travaux de terrassement et de captage qui représentaient des coûts importants en main-d'œuvre et matériaux. À cet effet, ils employaient parfois les contingents pénitentiaires. Une fois les sources captées, les fonctionnaires territoriaux étaient responsables de leur entretien (construction des bassins de décantation avec filtres, murs empêchant la pollution des eaux, travaux visant à augmenter le débit).

La surveillance régulière de l'hygiène dans les circonscriptions urbaines et quartiers européens était également de leur ressort. Ils veillaient à l'approvisionnement en eau des postes administratifs et quartiers européens : les prisonniers étaient réquisitionnés pour le transport de l'eau et encadrés par la police ou la Force Publique. Ils se chargeaient de la surveillance de la qualité du lait (récolte et transformation). Par exemple, l'école de laiterie de Butare fut équipée par les soins de l'administrateur de territoire. Elle s'adressait aux « Batutsi [qui] ont suivi d'abord avec curiosité et ensuite avec le plus vif intérêt les divers rouages de la laiterie où de jeunes batutsi sont initiés à nos méthodes de manipulation du lait et de tout ce qui s'y rapporte. La traite est faite par des gens qui doivent d'abord se laver les mains devant un surveillant désigné à cet effet. La traite terminée, le lait est porté à la laiterie où il subit l'écémage, etc. Les batutsi sont très souples à ces enseignements qu'ils ne jugent pas en dessous de leur position sociale » (757). Nous n'avons pas trouvé d'informations signalant pourquoi l'école ne s'adressait qu'aux Tutsi : s'agissait-il d'une adaptation à la réalité de terrain (les éleveurs étaient essentiellement des Tutsi), ou d'une règle imposée par l'administration ou les services sanitaires ? La question reste ouverte. Quoi qu'il en soit, ce type de clivage renforçait sans doute les structures socio-politiques dites traditionnelles, en s'appuyant sur le champ sanitaire.

756 Lettre du RR adjoint ff Paradis, pour le RR en route, à l'AT de Kibuye, Kigali, 15 juin 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°5).

757 RA Butare 1925 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 64 n°2).

Les fonctionnaires territoriaux étaient encore chargés de veiller à la non-propagation du charbon humain, en surveillant l'abattage du bétail sur les marchés, la destruction des animaux malades, l'incinération des peaux et cadavres, la désinfection, la décontamination et la fermeture des endroits contaminés. Les mesures étaient particulièrement strictes, car un simple contact avec un animal, un objet, voire de la terre souillée, suffisait à propager la maladie. Les administrateurs territoriaux devaient mener des enquêtes pour repérer les endroits où les populations avaient enfoui les restes de bêtes présumées mortes du charbon, afin de procéder à leur incinération sous la surveillance d'un agent européen. Les autorités craignaient que ces cadavres n'aient pas été enterrés, mais aient été débités et la viande vendue sur les marchés. D'autres mesures concernaient les hommes : destruction par le feu des huttes des contagieux, des vêtements, destruction des mouches et moustiques dans les huttes des malades, enfin, fermeture des cimetières de charbonneux par des clôtures et plantations d'épineux.

Un dernier exemple d'intervention des agents de l'administration dans le domaine de l'hygiène publique est celui de la lutte contre les dysenteries. En 1932, le problème des « installations hygiéniques » fut déclaré du ressort exclusif des fonctionnaires territoriaux : désormais, « aucune fosse d'aisance ne pourra être construite reconstruite ou réparée sans déclaration préalable à l'administrateur territorial » (758). Voici un nouvel exemple où la politique sanitaire renforça l'intervention des fonctionnaires territoriaux, les poussant à s'immiscer davantage dans les quartiers européens, africains et « de couleur », ce qui augmentait sans nul doute leur pouvoir, mais peut-être aussi l'affaiblissait en les rendant antipathiques.

Les administrations territoriales construisirent rapidement des latrines au sein des postes ou à leur périphérie sur leurs budgets propres ou avec une contribution des caisses auxiliaires de province à partir de la fin des années 1930. Les premières installations furent établies à destination des populations africaines dépendant de l'administration, soit à titre d'employés rémunérés (travailleurs civils attachés aux postes administratifs, soldats, policiers, *boys*), soit en tant que prisonniers confiés à la tutelle administrative. Ensuite, des toilettes publiques furent construites pour l'ensemble de la population qui fréquentait ces centres. Les fonctionnaires étaient aussi responsables de l'entretien et de la surveillance de ces installations. Une police sanitaire fut établie sur les collines, qui incitait à la construction de latrines. Nous avons trouvé trace des premières velléités systématiques de constructions de latrines sur les collines au milieu des années 1930.

L'administration luttait également contre les causes favorisant certaines endémies (telles la fièvre typhoïde, les dysenteries, le charbon humain) en réalisant des travaux d'éclaircissement des boisements proches des sources et des agglomérations. Parfois, cela signifiait la destruction de bananeraies, sources importantes de richesse pour les familles (la bière est un aliment et non une boisson au Rwanda, par ses vertus nutritives élevées).

In fine, les diverses activités déployées par les services territoriaux et techniques du mandat dans le champ sanitaire n'étaient pas neutres. Sous couvert d'améliorer l'hygiène publique et de prévenir les endémies et épidémies, ils structuraient l'espace, introduisaient des changements de comportements et de consommation (vêtements par exemple), prélevaient une main-d'œuvre importante, etc. De la sorte,

758 Ordonnance n°65/TP du 27 juin 1932 rendant exécutoire au RU l'ordonnance n°88/TP du 19 mai 1932 du GG modifiant son ordonnance du 15 juin 1913 portant règlement sur les constructions dans les quartiers européens des circonscriptions urbaines (RAC 1932, p. 215-217).

ils augmentèrent leur pression sur la société locale, ce que l'on peut rapprocher d'une forme d'emprise, même involontaire, quoique nous ayons vu que certains fonctionnaires se réjouissaient d'empiéter sur le pouvoir ou sur le prestige des chefs locaux sous prétexte d'hygiène, tandis que d'autres freinaient le recours à la force prônée par les autorités médicales.

CONCLUSION

L'examen de l'action sanitaire mise en place par les sociétés missionnaires et de l'aide apportée par l'administration mandataire au service médical officiel est riche d'enseignements. Tout d'abord, les quatre sociétés missionnaires étudiées imprimèrent leur marque sur leurs activités médicales. Si, *grosso modo*, elles offraient le même type de services aux populations, on observe malgré tout des spécificités que l'on peut rattacher, au moins partiellement, à leur profil d'origine. Ces spécificités peuvent être regroupées en quelques thèmes : le personnel soignant, les infrastructures, l'organisation et la conception générale du travail, le type de services médicaux offerts, la poursuite d'objectifs autres que sanitaires, enfin la manière dont cette activité était appréhendée par les autorités sanitaires officielles.

Reprenons-les brièvement. Le personnel sanitaire et médical de chacune de ces sociétés missionnaires était profilé sur le plan de la qualification et du sexe. Deux sociétés employèrent des médecins : la CMS et l'Église adventiste. Toutes les sociétés envoyèrent des infirmières qualifiées, qui avaient reçu une formation plus ou moins longue. Chez les Sœurs Blanches, dont nous avons signalé le souci de maintenir une parfaite égalité entre toutes les religieuses et les objectifs généralistes (la femme et l'enfant africain, sans œuvre d'apostolat prédominante), le personnel soignant n'était pas toujours diplômé. Il y avait certes quelques infirmières hospitalières et visiteuses et un groupe plus important d'infirmières-assistantes coloniales (formation plus courte), mais aussi des femmes de bonne volonté. Les autres sociétés visaient plutôt au professionnalisme : les personnes responsables des dispensaires et hôpitaux avaient fait des études de soins infirmiers ou de médecine. Ceci se comprend particulièrement pour les Adventistes, dont la doctrine prône la réforme sanitaire comme un élément essentiel de la conversion.

Si trois groupes missionnaires étaient mixtes, la Société belge de missions protestantes au Congo ne confiait pas ses dispensaires à des hommes si des femmes qualifiées pouvaient s'en occuper. La CMS et l'Église adventiste avaient des staffs médicaux et infirmiers mixtes. Notons que les mouvements féministes en Amérique du Nord et au Royaume-Uni avaient nettement précédé ce que l'on peut observer en Europe occidentale. Il était plus facile, et depuis plus longtemps, pour une Anglo-saxonne de faire des études supérieures en médecine que pour une Européenne du continent, pour laquelle les universités n'avaient ouvert leurs portes que plus tardivement, sauf exception (la Suisse par exemple). C'est une première différence.

Si l'on se penche sur le personnel sanitaire africain, on constate également des variations : la CMS soignait la formation de ses infirmiers et accoucheuses et envoyait des équipes de *dispensers-evangelists* dans les collines, dans la logique du Réveil, où la conversion avait une importance capitale, ainsi que la valeur du témoignage. Les missionnaires protestantes belges organisaient des petites sessions organisées avec les moyens du bord. Les Sœurs Blanches n'évoquent nulle part la formation d'infirmiers ou d'aides-infirmiers. Il est vrai que les meilleurs éléments des écoles catholiques étaient envoyés dans les Écoles de l'État ou au Groupe d'Astrida. Elles bénéficiaient peut-être de cette réserve de personnel.

Si l'on examine les infrastructures sanitaires missionnaires dans une perspective comparative, les disparités sont importantes. Les Anglicans et les Adventistes mettaient en place des hôpitaux, les missionnaires britanniques ayant une longueur d'avance sur l'Église d'origine américaine. Les protestants belges et les Sœurs Blanches n'avaient que des dispensaires, mais il faut ajouter un bémol : les religieuses de Notre-Dame d'Afrique travaillaient dans un hôpital d'État (Astrida) et dans l'hôpital financé par l'Aide médicale aux Missions (Kabgaye). Ces différences étaient liées aux moyens matériels et humains, mais aussi aux grandes orientations de chaque société. Les Anglicans par exemple poussaient davantage les missions médicales à la fois dans un but de conversion et pour amadouer les autorités mandataires belges. L'observation des dispensaires-annexes est elle aussi éclairante. Les protestants belges les développèrent beaucoup, ce qui témoigne de leur souci de mettre en place une activité sanitaire, avec peu de moyens. Les missionnaires anglicans suivaient la même ligne avec leurs catéchistes-infirmiers itinérants, alors que les Sœurs Blanches ne semblaient pas avoir suscité ce type d'initiative. Elles ne déléguaient pas l'activité sanitaire à des Africains sur les collines. Il faudrait vérifier si les Pères Blancs ne le faisaient pas de leur côté avant d'en tirer des conclusions.

L'examen de l'organisation du travail sanitaire et des services offerts marque une fois encore des lignes de ruptures entre sociétés missionnaires. Faute de moyens matériels, certaines sociétés ne séparaient guère le dispensaire du reste de la vie de la station. Ceci n'était pas le cas chez les Anglicans, dont les hôpitaux s'inspiraient des modèles anglais et ougandais et affichaient un grand professionnalisme. La société protestante belge mêlait le dispensaire au reste de la vie (écoles, temple, etc.). On peut peut-être y voir la trace de l'expérience des infirmières protestantes belges dans des banlieues ouvrières du Hainaut (Œuvre des malades du Borinage par exemple), où il était vital pour les classes laborieuses que le dispensaire soit proche des lieux de vie et de travail. Les Sœurs Blanches commencèrent par mêler dispensaire, écoles et catéchèse, avant de séparer progressivement ces activités. Il est vrai que la fréquentation des dispensaires catholiques ou anglicans était supérieure à celle des dispensaires de la société protestante belge et rendait impérieuse la distinction des espaces.

Les horaires pouvaient compenser le manque de moyens : les missionnaires protestantes belges et les Sœurs Blanches réservaient un jour à chaque grand type de maladies, alors que les Anglicans disposaient de nombreux locaux et assistants africains pour les traiter toutes en parallèle chaque jour. Le premier contact des patients avec un membre du personnel sanitaire variait d'une société à l'autre : chez les Anglicans et les protestants belges, c'était un Européen qui s'avancait. Chez les Sœurs Blanches, un secrétaire africain ou une *Benebikira* abordait les malades et effectuait un premier tri avant de les envoyer chez l'infirmière européenne.

Les Anglicans avaient deux secteurs originaux : la chirurgie, qu'ils développèrent beaucoup grâce aux médecins engagés et aux bonnes infrastructures dont ils disposaient ; ensuite les safaris médicaux, des expéditions avec armes et bagages pour plusieurs semaines, vers des régions écartées de centres administratifs et missionnaires. Les Adventistes pratiquaient également de la grande chirurgie, alors que les Sœurs Blanches et les infirmières protestantes belges se limitaient à la petite chirurgie, en fonction de leurs qualifications professionnelles et de leurs installations plus rudimentaires. Les Sœurs Blanches et les infirmières protestantes belges faisaient des excursions ou courses missionnaires dans un rayon très proche des stations missionnaires. Les religieuses de Lavigerie rendaient visite à domicile et soignaient quelques chrétiens, les infirmières belges inspectaient les dispensaires-annexes et visitaient des familles. Cette tactique était bien différente des safaris

anglicans dont nous avons parlé. Il s'agissait d'un travail en profondeur, de relations suivies, alors que les safaris étaient, comme leur nom l'indique, des voyages d'exploration médicale, sans guère de lendemain, sauf si des catéchistes-infirmiers étaient laissés sur place. Ces voyages d'exploration étaient sans doute inspirés des croisades mises en place par le Dr Albert Cook contre les maladies vénériennes en Uganda (plusieurs médecins anglicans du Ruanda firent leur écolage africain chez lui).

La gratuité ou non des soins était un autre point de distinction : les Adventistes offraient médicaments et soins à leurs adeptes et aux personnes qu'ils souhaitaient convertir. Ils faisaient payer les patients catholiques. Ceci est assez logique dans une Église pratiquant un prosélytisme vigoureux : c'était un moyen parmi d'autres de montrer le pouvoir de la mission et de souligner son emprise sociale ou économique, à des fins religieuses. Les trois autres sociétés demandaient une petite intervention (argent ou aide en nature).

Toutes ces sociétés n'entretenaient pas les mêmes relations avec les services officiels. Sœurs Blanches et protestants belges touchaient des subsides en tant que missions nationales. Anglicans et Adventistes en reçurent uniquement dans le cadre de la campagne antipianique, car l'État manquait cruellement de personnel médical pour assurer le recensement et le traitement de l'ensemble de la population. Les critiques du service médical se sont surtout concentrées sur les dispensaires des Sœurs Blanches et des protestants belges : c'était assez logique puisqu'ils étaient inspectés plus régulièrement. Mais on ne peut écarter totalement les questions internes à la société civile belge : le médecin provincial fut souvent un non-catholique, sorti des universités d'État ou de l'Université libre de Bruxelles. A priori, il n'avait guère de sympathies pour des sociétés missionnaires. Il est vrai aussi que les Sœurs Blanches pratiquaient une médecine romantique, de proximité et d'aide généraliste, sans avoir toujours beaucoup de métier. Les infirmières protestantes belges étaient qualifiées et organisées, mais manquaient vraiment de moyens matériels et ne pouvaient être remplacées durant leurs congés. Cela nuisait à la qualité de leur travail dans la durée.

Pour en venir à la question des emprises, deux éléments ont de l'importance : quadrillage sanitaire et emprise plus générale sur la société rwandaise, dans le domaine religieux essentiellement. Durant la campagne antipianique et les épidémies, les missionnaires furent mis à contribution par l'État pour soigner les patients qu'on leur envoyait. Ces patients n'étaient pas libres de se faire vacciner ou soigner. La participation des missionnaires les associait *de facto* au quadrillage sanitaire officiel, même si, dans l'ensemble, leurs activités sanitaires proposaient un maillage où la contrainte n'avait pas de place. Par ailleurs, toutes les sociétés missionnaires encadraient les activités médicales par des moments de prière, de catéchisme, de prêche et de culte. L'emprise religieuse était voulue. Il reste à savoir si elle était efficace et suivie d'effets. Les populations pouvaient entendre ces moments de culte sans y participer ou simplement les écouter vraiment.

À ce stade de notre analyse, de nouveaux éléments émergent donc, qui nous semblent éclairer de manière pertinente les pratiques sanitaires coloniales. Ces pratiques, bien que plurielles tant par les acteurs qui les mettent en œuvre que par leurs objectifs ou encore par leur mode de fonctionnement, convergeaient, sous couvert d'impératifs sanitaires, bien réels il est vrai, vers une emprise (nous devrions plutôt dire des emprises) du système colonial dans sa composante officielle et ses composantes missionnaires sur les populations locales.

Du côté des sociétés missionnaires, l'observation de l'activité sanitaire déployée au Ruanda donne des indications contrastées. D'une part, le volume de travail effectué semble considérable et le personnel qualifié disponible tient la route face aux effectifs de l'État ; le nombre d'établissements missionnaires sanitaires vient étoffer le maillage sanitaire de l'État. En outre, il semble que les missionnaires diplômés en médecine ou en soins infirmiers ont collaboré à l'effort de lutte contre le pian dans leurs formations sanitaires. Autre élément important : vu le nombre de soins prestés et les effectifs missionnaires européens, on ne peut s'empêcher de penser à la somme gigantesque de travail effectué par les auxiliaires africains des missions, ces travailleurs et travailleuses de l'ombre que nous avons évoqués dans la première partie, mais qui passent inaperçus dans la plupart des documents d'archives, et plus encore dans les statistiques.

Il semble donc que la somme d'infrastructures, d'effectifs sanitaires et de prestations médicales et sanitaires du monde missionnaire a dû renforcer sinon le quadrillage sanitaire, du moins le maillage. Il est difficile de parler de quadrillage sanitaire, car la notion de contrainte n'a pas été rencontrée dans les sources à propos de la fréquentation de ces installations, sauf peut-être durant la campagne antipianique (nous manquons d'éléments pour juger). Par contre, nous avons vu que chaque société associait étroitement consultations et services religieux ou catéchisme. Le maillage sanitaire missionnaire a sans aucun doute permis de propager davantage la religion ou les pratiques chrétiennes au Ruanda. Notre hypothèse de départ qui se demandait si un quadrillage sanitaire pouvait entraîner un quadrillage social plus large semble ici non adaptée : même sans quadrillage sanitaire, une activité librement offerte pouvait asseoir et renforcer une emprise culturelle et religieuse. En bref, les soins étaient laissés au choix des populations, mais si les habitants optaient pour ces soins, ils étaient alors contraints d'entendre (sinon d'écouter) les sermons, prières et éléments de catéchisme avant d'y avoir accès.

Du côté de l'administration mandataire, on constate qu'au maillage relativement souple des formations sanitaires publiques et privées, s'ajoutaient des actions nettement plus contraignantes sur les populations, dans le domaine proprement sanitaire d'abord, mais aussi d'un point de vue économique (ponction de main-d'œuvre et de matériaux, destruction de bétail malade ou de plantations contaminées), politique (renforcement de l'emprise des fonctionnaires territoriaux sur les autorités locales, et de celles-ci sur leurs populations), judiciaire (les autorités mandataires pouvaient punir les autorités rwandaises peu collaborantes et les individus récalcitrants), social (encouragement à la dénonciation des malades sous peine d'amendes sévères, interdiction de la vie associative durant les épidémies), racial (interdiction de fréquenter les zones autour des agglomérations européennes pour limiter les contacts et les désagréments aux colonisateurs), et enfin culturel (interventions sur l'habitat traditionnel, sur le vêtement, la coiffure, l'hygiène corporelle, la consommation de bière, etc.). Il faut cependant noter que les autorités territoriales n'étaient pas toujours enthousiastes à l'idée d'imposer par la contrainte voire par la force des mesures d'hygiène publique. Plus proches des populations au quotidien que les médecins, les fonctionnaires étaient partagés entre leur souci d'améliorer la gestion et l'administration des territoires et celui de préserver un minimum de capital de sympathie auprès des populations administrées. Ils participèrent néanmoins de manière déterminante aux diverses emprises connexes au travail médical.

Toutes ces emprises évidentes ou sous-jacentes étaient progressivement établies au nom de l'amélioration du bien-être des populations. Elles ne procédaient certes pas d'une démarche machiavélique : le projet était bel et bien d'agir sur l'état

nosologique et d'hygiène générale. Nous rejoignons Maryinez Lyons à ce propos lorsqu'elle écrit que « colonial policy was not monolithic but was instead a combination of interests which sometimes conflicted. It would be farfetched to impute Machiavellian motives to those who made public health policy and to the local administrators who implemented measures » (759). La combinaison d'intérêts divergents (médecins et administration, médecins et missions, administration et missions) rendait difficile l'émergence d'une politique cohérente et homogène, fonctionnant sans à-coups, tensions et rivalités. Phyllis Martin observe qu'au Congo-Brazzaville, la communauté blanche « was a divided society, as tensions from the metropole were transported and enhanced by the close proximity of life in a colonial outpost » (760). Ceci vaut aussi au Rwanda : on sent des tensions entre les missionnaires et les médecins issus de l'enseignement non confessionnel, des rivalités entre administrateurs et médecins de couleur politico-confessionnelle différente, etc. Cette thématique mériterait une étude en soi.

Quoi qu'il en soit, si le projet était avant tout sanitaire, il n'en reste pas moins que les effets induits, bien qu'involontaires, alourdirent la pression territoriale et politique des autorités mandataires. En outre, de nombreuses mesures et pressions exercées sur les populations dans le secteur de la lutte contre les endémies, l'hygiène publique ou l'éradication du palu s'appuyaient, nous l'avons vu, sur les autorités locales. Ce faisant, les structures politiques rwandaises et la classe des notables s'en trouvèrent renforcées par l'appui mandataire ; elles en furent peut-être également affaiblies, car elles incarnaient aux yeux de la population tous les aspects impopulaires de la politique sanitaire (contraintes matérielles, médicales, etc.). Le champ de la santé devint également un espace où des abus et règlements de comptes devenaient possibles : comment savoir en effet ce qui motivait la dénonciation d'un manquement chez tel individu plutôt que tel autre ? Comment mesurer la manière dont la surveillance policière (par des soldats congolais de la Force Publique, le régime des mandats ne permettant pas d'y recruter des troupes) était exercée sur les populations ? À ce stade de nos recherches, ces questions restent sans réponse. Il nous reste à présent à tenter de cerner la manière dont les populations vécurent l'action sanitaire et ses contraintes, ainsi que le dispositif parallèle mis en place par l'administration dans son ensemble. Ceci fera l'objet du troisième chapitre.

759 M. LYONS, « Sleeping sickness epidemics and public health in the Belgian Congo », *op. cit.*, p. 115.

760 Ph.M. MARTIN, « Celebrating the Ordinary... », *op. cit.*, p. 296.

Accueil et réticences



CHAPITRE 3. ACCUEIL ET RETICENCES

Dans ce chapitre, nous nous proposons d'interroger les sources afin de savoir si les populations semblaient ressentir les actions sanitaires modernes comme des contraintes insupportables, ou comme des mesures certes imposées, mais néanmoins positives ou justifiées. Nous envisagerons en outre la position de l'administration mandataire envers les tradipraticiens, dont la persistance témoignait de l'attachement des populations à des pratiques thérapeutiques différentes de celles proposées ou imposées par la puissance mandataire. Étant donné le corpus exploité, le lecteur ne s'étonnera pas de la modestie de ce chapitre au regard des deux précédents.

En effet, l'évaluation du comportement des populations rwandaises vis-à-vis du personnel médical et infirmier européen et africain, envers les traitements proposés, et plus généralement à l'égard des politiques sanitaires, est difficile à effectuer, eu égard aux sources utilisées. En effet, nous nous sommes délibérément limitée aux sources occidentales, car nous pouvions alors viser à une certaine exhaustivité. Les sources africaines nous étaient plus difficilement accessibles en raison du problème de la langue, de la distance et de la conservation des données dans le temps, plus de soixante à quatre-vingts ans nous séparant de la période étudiée. Il existe d'ailleurs peu de sources africaines écrites pour cette période de l'histoire du Ruanda. Nous nous sommes donc tenue au filtre des sources occidentales, tout en étant consciente que les réactions africaines n'étaient pas toutes notifiées, comprises ou tout simplement connues du témoin européen. Notons en outre que, selon l'objectif du témoin occidental et le destinataire auprès duquel il cherchait à obtenir quelque chose (plus d'argent, plus d'effectifs, une certaine indulgence envers les faibles résultats obtenus, etc.), le tableau dressé était parfois positif ou au contraire pessimiste.

Les témoignages d'époque relèvent *grosso modo* deux types de positions au sein de la population : le rejet (avec toutes ses variantes, de la passivité à la révolte, en passant par les réticences, l'absentéisme, la fuite, l'exil ou la désobéissance), ou l'adhésion (ici aussi graduée de l'indulgence de surface à une adoption qui semblait complète). Ces diverses attitudes cohabitèrent tout au long de la période et il est difficile de savoir si le même comportement se retrouvait successivement chez les mêmes personnes. Il n'y a pas d'indices précis permettant de classer ces attitudes selon l'appartenance ethnique, sociale, économique, la proximité des missions et du monde européen, etc. ; le seul trait spécifique est que les gens acceptaient généralement volontiers voire réclamaient des soins lorsqu'ils se trouvaient confrontés à une épidémie proche de leur lieu de vie, mais étaient nettement moins enthousiastes quand ils ne se sentaient ni malades, ni menacés.

Les divers comportements invoqués par les témoins occidentaux reflétaient davantage leur conception du rôle des politiques sanitaires dans un projet plus global exprimé dès le début des années 1920 (« les soins médicaux donnés gratuitement constituent notre meilleure arme de pénétration et de pacification des populations indigènes ») que les réactions réelles des populations (761). En raison même de cet objectif sous-jacent, les acteurs européens craignaient le rejet de ces

761 Lettre du RR a.i. Coubeau au CR, Kigali, 6 juin 1924 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°7).

stratégies sanitaires par des populations rétives à une sujétion étrangère. Il fallait donc convaincre sans imposer, autant que possible. Si les soins étaient offerts mais non obligatoires, et éventuellement proposés par le truchement d'un Africain, ils étaient considérés comme ayant plus de chance de favoriser « un but humanitaire, mais aussi (...) politique » (762). Par contre, s'ils étaient imposés ou monnayés, « il est à craindre que, pour éviter de nouvelles charges, les natifs empêchent les malades de rechercher les soins médicaux, ou que les hospitalisés s'enfuient de l'hôpital pour s'éviter des reproches ou des sévices de la part des membres de leurs chefferies ou de leurs chefs » (763). Dès lors, les témoins européens guettaient tout signe d'acceptation ou au contraire toute menace de rejet de leurs services médicaux. Le projet étant partiellement politique (du moins dans le chef de certains d'entre eux), la méfiance à l'égard des populations africaines régnait, encore augmentée des préjugés raciaux en vigueur à l'époque.

A. DES RETICENCES AU REFUS VIOLENT

Selon les événements, les populations qui se voyaient imposer des dépistages, traitements, isollements, vaccinations, etc. adoptaient des positions plus ou moins accueillantes, plus ou moins positives. Logiquement, les contraintes étaient plus difficiles à supporter quand les individus et les collectivités n'en voyaient pas la nécessité et ne comprenaient pas la logique nouvelle (la vaccination par exemple, ou le traitement systématique de toutes les personnes atteintes ou porteuses d'une affection).

Quelques événements cristallisèrent l'opposition des populations aux méthodes, conceptions et rouages sanitaires coloniaux et aboutirent à de véritables rébellions : ce fut le cas de certaines campagnes de vaccination, et surtout de la mission spéciale de lutte contre le pian des années 1934-1938. À côté de ces éléments phares qui servent de révélateur de l'opinion envers les méthodes sanitaires modernes occidentales et aux pratiques de quadrillage sanitaire, d'autres contraintes étaient également mal vécues par les populations, qui les contournaient, les fuyaient ou les outrepassaient sans vergogne. Ce type de rébellion contre les autorités sanitaires est observé dans d'autres régions colonisées. Maryinez Lyons a par exemple évoqué deux révoltes de malades du sommeil mis en lazaret à Ibembo (Uele) en 1909 et 1910 (764).

§ 1. Violences

Si l'on interroge les causes de ces refus exacerbés, deux motifs semblent tenir le haut du pavé : d'une part la violation des codes de pudeur rwandais à l'égard des femmes ; d'autre part l'incompréhension de la nécessité de se soigner alors que l'on ne se sentait pas souffrant (les vaccinations). Nous les analyserons successivement.

a) Pudeur féminine

L'exacerbation des résistances envers la médecine occidentale autour de la femme et de son corps est un phénomène connu en plusieurs endroits du globe. David Arnold signale par exemple qu'à la fin du XIX^e siècle, les médecins et autorités britanniques cherchèrent à isoler les personnes suspectes de peste dans une région de l'Inde : « it was the examination and seizure of women and their removal to

762 RA Lubengera 1922 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 80 n° 1).

763 Lettre du RR, a.i. Coubeau au CR, Kigali, 6 juin 1924, *op. cit.*

764 M. LYONS, « From 'Death Camps' to *Cordon sanitaire*... », *op. cit.*, p. 81.

segregation camps and hospitals that provoked the fiercest resistance and the most vehement opposition » ; Arnold rapporte le commentaire du porte-parole de la corporation de Calcutta disant que « people would prefer to die of the plague rather than consent or submit to the removal of their mothers, wives, daughters or sisters to hospital » (765). Cet auteur signale encore les nombreux troubles qui suivirent la décision d'isoler les pesteux (y compris les femmes) : environ mille personnes attaquant le *Bombay's Arthur Road Infectious Diseases Hospital* en 1896, après qu'une travailleuse y eût été emmenée comme cas suspect de peste ; en 1897, le président du comité de la peste fut assassiné ; en 1898, un magistrat fut blessé et un hôpital incendié, etc. L'explication fournie à propos des femmes indiennes est très similaire à ce que nous avons pu observer pour le Ruanda : « because most doctors were male as well as white, their touch was considered polluting or, worse, as tantamount to sexual molestation. This was especially so when, in searching for the bodily signs of plague, doctors tried to examine women's neck, thighs, and armpits. » Le renforcement des équipes sanitaires par des troupes britanniques ne fit qu'aggraver les choses, amalgamant l'action sanitaire à la conquête. En Chine, les médecins consulaires français du début du siècle observaient également la réticence des femmes chinoises devant l'examen clinique. Peu de femmes fréquentaient les consultations, peu encore se faisaient hospitaliser. Les femmes enceintes ne venaient pas se faire examiner avant l'accouchement (766).

Au Ruanda, la question de la réserve vis-à-vis des femmes surgit également à plusieurs reprises durant la période que nous étudions. À la fin des années 1920, certains témoins relevèrent la « répugnance manifeste à faire donner [aux] femme[s] des soins médicaux par des infirmiers du sexe masculin », et cela chez « le Muhutu comme le Mututsi » (767). Tant que les populations se voyaient offrir la possibilité de se faire soigner, le refus s'exprima par l'indifférence : peu de femmes fréquentaient les consultations tenues par des médecins masculins et par les infirmiers africains, ou encore par les agents sanitaires européens. Nancy Hunt signale des attitudes analogues lors de la lutte contre la maladie du sommeil au Congo, durant laquelle les médecins avouaient que, bien que le dépistage fût obligatoire, ils avaient le plus grand mal à examiner les femmes qui se cachaient durant les inspections (768). Lorsque l'offre médicale était libre au Ruanda, les femmes se présentaient en moins grand nombre. Les dispensaires de l'État avaient intégré cette réalité : on y prévoyait deux tiers des lits pour les hommes, contre un tiers pour les femmes (769).

L'explosion survint quand la marge de liberté fut annihilée par la contrainte totale : lors de la campagne antipianique mise en place à la fin de l'année 1933 sous la direction du Dr Vittorio Prati, nous avons vu que toute la population, sans aucune exception, se vit signifier l'obligation de se soumettre à un examen médical approfondi, destiné à détecter tous les cas de pian existant dans le pays. Pour les femmes, cela signifiait notamment un examen gynécologique. Aussi le lancement en 1933 du dépistage obligatoire pour tous déclencha-t-il une véritable levée de boucliers (au propre comme au figuré), chez les hommes, au nom des femmes le plus souvent. Les missionnaires observèrent l'inquiétude des populations. L'un

765 D. ARNOLD, *Colonizing the Body...*, op. cit., p. 213-215. La citation suivante est également extraite de ce passage.

766 FI. BRETTELLE-ESTABLET, « Diplomatie et politique coloniale. La médecine française au Yunnan de 1898 à 1931 d'après les sources coloniales françaises et des études chinoises », in *RFHOM*, LXXXIV, n°315, 1997, p. 53-61.

767 Lettre du GRU Marzorati au GG Tilken, Usumbura, 23 mars 1928 (AA, Bruxelles, dossier Hyg 4391 n°189).

768 N.R. HUNT, *A Colonial Lexicon...*, op. cit., p. 96.

769 Cf. le premier chapitre de la deuxième partie, sur les établissements curatifs fixes.

d'entre eux écrivit dans le journal de sa mission que « les Banyarwanda tremblent devant cet examen, parce que tout le monde doit se dénuder devant le muganga » (770). Un autre semblait percevoir des attitudes différentes chez les notables et les paysans. « On parle beaucoup de la mission antipianique ; les chefs, les batutsi comprennent bien le côté humanitaire de cette campagne ; la difficulté se trouve surtout chez les femmes bahutu » (771). Il est vrai que, nous l'avons signalé, les autorités administratives et les missionnaires avaient fait un effort d'explication auprès des chefs et sous-chefs, mais pas directement auprès des populations. Il est impossible de savoir, sur base de nos sources, si ces informations avaient été communiquées par les autorités locales à leurs contribuables, et de quelle manière.

Toujours est-il que, quelques jours seulement après le lancement de la campagne, de véritables rébellions surgirent dans plusieurs régions du Ruanda. La méthode choisie mettait en jeu la confrontation culturelle entre deux univers : celui de la médecine scientifique occidentale où le malade est un patient examiné cliniquement et celui des habitudes et des codes de pudeur rwandais, selon lesquels une femme ne se dénudait en aucun cas devant un homme. Les Rwandais voyaient dans le médecin d'abord un homme. Pour les Occidentaux, le médecin était un professionnel de la santé faisant abstraction de sa personne. Au milieu des années 1970, un Père Blanc publia les notes ethnographiques réalisées durant l'entre-deux-guerres. Il y signalait que « le sentiment de la pudeur est particulièrement développé au Rwanda. Les adultes et même les enfants ne se permettent jamais de se dévêtir complètement aux bords du cours d'eau où ils sont allés pour se laver. On a écrit que les enfants des deux sexes restent absolument nus jusqu'à l'âge de sept ou huit ans et souvent même jusqu'à douze ou treize ans, mais cela est absolument faux. Commencent-ils à courir et à se promener un peu au dehors de l'habitation ; la mère les revêt d'un quelque chose, d'un bout de peau de chèvre ou d'étoffe d'écorce de ficus battue, de quoi cacher leur nudité complète » (772).

Les signes avant-coureurs de ces mécontentements furent signalés par les chefs locaux, notamment dans le territoire de Kigali (collines de Binaga et de Remera) dans les jours qui suivirent le démarrage du dépistage et recensement médical. « Le chef Lwabusisi vient de m'avertir que les indigènes de la colline de Binaga sont occupés à s'exercer à l'arc et à la lance et menacent de se révolter si on exige que les femmes soient soumises à l'examen pour la recherche du pian » (773). Dans un premier temps, le médecin confronté aux mouvements de révolte choisit de n'examiner que les hommes, « afin que la population prenne l'habitude » ; il signala qu'il avait eu affaire à quelques Rwandais opposés à l'examen à Iremera, mouvements d'opposition « auxquels je n'ai pas attaché une importance particulière. »

Rapidement, les fonctionnaires territoriaux, informés que « les indigènes de la colline Binaga étaient récalcitrants » (774), se rendirent sur place et reçurent la confirmation d'une violence larvée par les autorités locales : « le chef Lwabusisi m'a confirmé que certains indigènes de Binaga s'étaient armés et avaient déclaré ne

770 Diaire PB Rulindo, 30 novembre 1933 (APB, Rome).

771 Diaire PB Nyundo, 25 décembre 1933 (APB, Rome).

772 M. PAUWELS, « Éducation des enfants au Rwanda », in *APMME*, XXXVIII-XXXIX, 1974-1975, p. 281.

773 Lettre du Dr Portois à l'AT, Binaga, 8 décembre 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4). Les citations qui suivent sont extraites de ce courrier.

774 Lettre de l'AT Schmidt au RR, Kigali, 11 décembre 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4). Les citations qui suivent sont également extraites de ce courrier.

pas vouloir que leurs femmes subissent l'examen médical. Le sous-chef Sesikye de la colline Mbogo – contiguë à celle de Binaga – m'a fait part de ce qu'une certaine de ses indigènes s'étaient armés et avaient voulu aller porter aide à leurs amis de Binaga ». Il arriva à les désarmer et à les faire rentrer chez eux. « Également une trentaine d'hommes de Nkanga (Bumbogo) voulaient aller à Binaga. Le sous-chef Nkararanga est facilement parvenu à les dissuader. »

Le mouvement s'étendit à d'autres régions du pays dès le 11 décembre : « la nouvelle que les indigènes du Buberuka se seraient armés le jeudi, que des bandes armées circuleraient au Rukiga le vendredi matin ont incité les indigènes du Buliza Nord à faire de même le vendredi après-midi ». Le chef Lwigemera du Rukiga signala qu'une certaine effervescence régnait dans les environs de Rulindo, au Bumbogo et au Buberuka et « que les bahutu ont déclaré vouloir s'enfuir le jour de l'arrivée du médecin » ou se cacher chez eux pour éviter de se présenter chez ce dernier. La cause de ces tentatives de rébellion semblait claire aux yeux des témoins occidentaux : « l'examen gynécologique, il faut l'avouer, jette une certaine perturbation dans le milieu indigène, et leur répugnance à laisser subir cet examen par leurs femmes pousse les bahutu à se rebiffer. À cela est venu s'ajouter le bruit tendancieux suivant qui circule dans le pays : les hommes seront châtrés et les femmes mutilées. »

Le rôle de la rumeur dans la résistance aux mesures sanitaires forcées n'est pas non plus un phénomène propre au Ruanda colonial. David Arnold lui consacre notamment un paragraphe à propos de l'Inde du XIX^e siècle (775). Il relève divers types de rumeurs, dont celle de l'empoisonnement délibéré des patients par les médecins, le staff hospitalier et les vaccinateurs. D'autres rumeurs concernaient la dissection, le découpage des corps par les médecins, dans le but d'y prendre un fluide vital, ou encore le fait que les hôpitaux prenaient des gens en parfaite santé et les faisaient disparaître. Pour Arnold, ces rumeurs révélaient des préoccupations fondamentales : une profonde suspicion vis-à-vis de la nature et des méthodes de la médecine occidentale renforcée par le développement sans précédent de l'intervention médicale et sanitaire officielle durant les dernières années du XIX^e siècle en Inde ; la crainte devant l'émergence de nouvelles technologies (des aiguilles extrêmement longues, les sérums, les hôpitaux qui dissèquent autant les corps vivants que morts, etc.).

Un second motif aux rumeurs était davantage lié aux intentions sous-jacentes de l'administration britannique. Selon Arnold, les populations pensaient que si les Européens étaient indemnes lors des épidémies, c'était parce qu'ils les propageaient eux-mêmes : ils sacrifiaient les vies des Indiens pour préserver le pouvoir britannique. Du côté européen, on interprétait ces rumeurs comme un des signes de l'apathie, du fatalisme et de l'irrationalité des populations locales. Le Dr Lechat nous a signalé que, durant la colonisation allemande, des rumeurs couraient sur le fait que les colonisateurs supprimaient les malades du sommeil au Cameroun et en Afrique orientale (776).

Nancy Rose Hunt signale également l'importance de la rumeur dans le contexte médical et sanitaire au Congo durant la période coloniale (777). Une de ces rumeurs, circulant durant les dernières années de l'État Indépendant du Congo, était liée aux camps d'isolement des trypanosés : le bruit courait que les patients étaient

775 D. ARNOLD, *Colonizing the Body...*, op. cit., p. 218-226.

776 Entrevue à Bruxelles, le 13 décembre 2002.

777 N.R. HUNT, *A Colonial Lexicon...*, op. cit., p. 93, 113-115, 182-185.

maintenus de force dans ces camps dans le but de servir de nourriture aux Européens. Nancy Hunt explique les liens existant entre une pratique médicale exotique pour les populations (avec les opérations chirurgicales, les césariennes et les autopsies) et la crainte d'être dévoré : les Blancs avaient des usines de boîtes à conserve, supposées mettre en boîte de la viande humaine préparée lors de l'usage du bistouri. Ces rumeurs témoignaient selon Nancy Hunt d'un « mixture of admiration and terror about colonial medicine, technologies, and mobilities » (778). Cet auteur replace judicieusement ce type de réaction, qui dépassait largement le cadre du manger / être mangé, dans la perspective de la crainte de perdre le contrôle de la fécondité et de la natalité. Luise White s'est également penchée sur le phénomène de la rumeur comme expression du ressentiment des Africains vis-à-vis des pouvoirs coloniaux en Afrique centrale et orientale (779). Si nous revenons un bref instant à la rumeur propagée au Ruanda durant la campagne antipianique, nous retrouvons cette crainte profonde d'une atteinte à la fécondité et à la reproduction biologique et sociale dont parle Nancy Hunt.

Outre ces mouvements de révolte armés visant les autorités médicales et administratives (y compris dans certains cas les autorités locales réquisitionnées pour amener les populations aux camps de recensement et de traitement), des femmes semblent s'être fait elles-mêmes violence en tentant de se suicider afin d'échapper à la honte de l'examen gynécologique. On conçoit que ce type de phénomène est plus difficile à mesurer. En effet, les divers cas cités le sont en général sous forme de rumeur, sans confirmation officielle. La menace du recours au suicide est surtout avancée par les missionnaires catholiques, qui citent des abbés africains en charge de certains postes missionnaires. Mgr Classe rapporta notamment qu'« un supérieur m'écrit que des femmes bahutu même ne sortent plus qu'avec un couteau pour se suicider si elles venaient à être conduites de force chez le médecin ». Il est vrai qu'il ajoute : « peut-être ne passeraient-elles pas à l'acte, et nous essayons de calmer les esprits en effervescence » (780). Ailleurs, le Dr Florimond Portois signalait que les abbés catholiques de la mission de Rulindo (territoire de Kigali) l'avaient averti « au sujet d'une femme qui avait menacé de mettre fin à ses jours afin de ne pas se soumettre à l'examen » (781). Le médecin interrogea le chef Lwabusisi à ce sujet, mais n'obtint pas de confirmation de cette information.

Deux administrateurs relevèrent en 1934 des cas de suicide ou de tentatives de suicide avérés. Celui de Kigali rapporta qu'« une vieille femme mututsi de Mbogo a voulu se suicider, ayant ajouté foi aux bruits qui circulent » (782). Celui de Gabiru relate le « suicide de deux femmes, l'une à Nyabihu, l'autre à Mwendo, respectivement en chefferies Rutsinga et Kanobana. Ces femmes ont mis fin à leurs jours pour ne pas devoir répondre à l'appel de la population pour la visite des pianiques » (783). Cependant les sources, qui émanent surtout comme nous l'avons dit, des milieux catholiques, ne mentionnent pas l'origine de ces informations ; le plus souvent elles signalent l'intention et non l'acte effectivement posé. Il nous est difficile de distinguer la rumeur de l'événement.

778 *Idem*, p. 115.

779 L. WHITE, *Speaking with Vampires: Rumor and History in Colonial Africa*, Berkeley, 2000.

780 Lettre du VA Léon Classe au GRU, Kabgaye, 23 décembre 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4).

781 Lettre du Dr Portois à l'AT, Binaga, 8 décembre 1933, *op. cit.*

782 Lettre de l'AT Schmidt, au RR, Kigali, 11 décembre 1933, *op. cit.*

783 Lettre de l'AT Verhulst au RR, Gabiru, 26 mars 1934 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4).

Administrateurs, missionnaires et autorités mandataires se relayèrent pour signaler la profonde répulsion des Rwandais envers les examens gynécologiques réalisés dans le cadre de la mission antipianique. Des pressions administratives et missionnaires s'exercèrent afin que la méthode de recensement et de dépistage tienne compte de ces réticences de la population. La première réaction des autorités mandataires fut négative : le gouverneur Eugène Jungers fit savoir au Résident du Ruanda que « toutes les missions similaires à notre mission antipianique ont rencontré la même difficulté que celle que vous me signalez. Il y a deux ans, en plein cœur de la capitale du Congo belge, le service médical a dû triompher de la répugnance des Sénégalais musulmans à laisser examiner leurs femmes au point de vue gynécologique. Il n'en est pas moins parvenu, à coup de patience, à surmonter cet obstacle. Je compte que le service territorial du Ruanda-Urundi possède ou saura acquérir suffisamment la confiance des indigènes pour arriver au même résultat » (784). Le Résident lui-même se montra d'abord optimiste : « il n'y a pas lieu de dramatiser les choses et je pense que les examens pourront continuer normalement sans que nous devions employer d'autres moyens que la persuasion. Les chefs et sous-chefs nous sont acquis et nous pouvons compter sur eux » (785). Il n'excluait cependant pas totalement, quoique les jugeant peu probables, que « des complications plus graves [puissent] se produire. »

Prenant sa plume, le vicaire apostolique Léon Classe voulut persuader les autorités mandataires des effets négatifs induits par la campagne antipianique sous sa forme contraignante sur l'opinion des populations. Il commença par relayer longuement le rejet absolu par les Rwandais de ce type d'examen (786) : « c'est pour les femmes et, à cause des femmes, pour les hommes, une épreuve terrible qui laisse dans les cœurs et les esprits beaucoup de rancœur » ; « il ne faut pas se faire d'illusion, si on peut avoir jeunes femmes et jeunes filles par la pression morale, les femmes âgées on ne pourra les faire venir que par la force physique. Ce qui est certain, c'est que parmi ces femmes âgées, il y aura des suicides, même la sauvegarde des intérêts matériels de leurs enfants ne les arrêtera pas. En somme, on s'exécute parce que c'est l'ordre, mais avec dégoût et profondément blessé. C'est le sentiment général, dont on se rend compte en écoutant la population et en conversant avec elle. Jamais épreuve semblable, dit-on, ne nous a été demandée. Que viendra-t-il ensuite ? » ; « dans le Ruanda, jamais une femme, même du peuple, qui se respecte, ne se découvre complètement devant son mari, et chez les batutsi, ce serait une chose inouïe. Or elles doivent se découvrir devant un étranger. Là, pour toutes et pour tous, est le point le plus odieux qui, dit-on, déshonore. Même pour les accouchements, bien qu'elles connaissent et le savoir-faire et le dévouement des médecins, lorsqu'il n'y a pas d'infirmière européenne, bien peu vont dans les hôpitaux »).

Ensuite, il avança un argument politique pour convaincre les autorités mandataires de tenir compte des réticences populaires. Nous en avons déjà parlé dans la section consacrée à la campagne antipianique : Classe avait évoqué le spectre de nouvelles rumeurs défavorables à l'administration mandataire belge, et la possibilité que soient lancés en Europe « des bruits et des accusations très désobligeantes pour le Gouvernement » dans un objectif malintentionné. On sait combien les autorités coloniales craignaient ce genre de situation depuis la dénonciation des atrocités congolaises au début du siècle. Le vicaire apostolique finit par obtenir gain de

784 Lettre du GRU Jungers au RR, Usumbura, 22 décembre 1933, *op. cit.*

785 Lettre du RR Simon au GRU, Kigali, 13 décembre 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4).

786 Lettre du VA Léon Classe au GRU, Kabgaye, 23 décembre 1933, *op. cit.* Les citations suivantes sont également extraites de ce courrier.

cause, d'autant que partout les échos étaient les mêmes, relevant notamment l'extrême « pudeur des indigènes » (787). Malgré cela, par la suite, la tension resta forte. Selon un missionnaire de la station de Kaduha (région de Butare), lorsque l'examen gynécologique fut remis au placard pour les femmes adultes, « quelques filles de Moso ont tenté de se marier pour échapper à l'examen corporel, les femmes n'étant pas soumises à cela » (788).

b) Incompréhensions face à une autre conception de la santé

L'administration souligna également que les refus violents des populations étaient liés au fait que « l'indigène sain ne veut pas comprendre pourquoi il doit subir l'examen médical. » Les réactions des autorités mandataires face aux contestations rwandaises dans le domaine sanitaire étaient regardées sans indulgence : « un réel enfantillage de la part de ces indigènes qui saisissent toute occasion pour faire des démonstrations, plus belliqueuses en apparence qu'en réalité au moindre ordre sortant de l'ordinaire », alors qu'il y a « beaucoup de bruits et peu d'agissements. » (789) Pour contrer ces réticences attribuées à l'ignorance, certains fonctionnaires territoriaux organisèrent des consultations publiques de dépistage (« j'ai fait venir des indigènes des collines avoisinantes et leur ai fait assister par petits groupes à l'examen des hommes de Binaga en leur donnant force explications. Samedi après-midi, je leur ai fait assister aux injections données aux gens de Remera en leur faisant remarquer qu'aucun de ces gens n'avait souffert des piqûres reçues précédemment »).

Les vaccinations imposées à toute la population engendrèrent parfois de véritables révoltes armées (790). Ce fut notamment le cas en 1935 dans le territoire de Kigali. Nous avons la chance d'avoir en mains pour cet événement trois versions : celle de l'administration dans un rapport annuel (donc retravaillé), celle des Pères Blancs dans leur diaire à usage interne (l'un d'entre eux était présent dans le camp médical au moment de l'éclatement des violences), et enfin la version remaniée publiée dans la revue de propagande des Pères Blancs. On y constate quelques variations (dont l'estimation du nombre d'insurgés). Dans la revue *Grands Lacs*, comme dans le diaire, il apparaît qu'il y eut une tentative de médiation par un missionnaire européen. Le récit administratif n'en dit mot. Or cette médiation, si elle n'empêcha pas la ratonnade, permit de calmer un peu le jeu avant l'arrivée des troupes le lendemain. Le récit du Père Belloy est révélateur de la collaboration instaurée entre médecins de l'État et missionnaires dans le secteur de la santé, car ces derniers connaissaient de plus près les populations vivant autour de leurs missions. Nous verrons que le médecin entama les palabres avec l'aide du Père Blanc.

Le mouvement armé commença quelques jours avant l'arrivée du médecin dans le camp de recensement, sans doute dès l'arrivée de la convocation (les sous-chefs étaient chargés de prévenir les habitants plusieurs jours avant l'arrivée de la mission antipianique). Le 21 mars en effet, les Pères Blancs apprennent qu'« un groupe de dissidents de Sekesa viennent manifester en armes à Rugalula [le camp précédent, où se trouvait encore le médecin], ne voulant pas se faire vacciner et examiner pour le pian. Ils essayent en vain d'entraîner le peuple de Sekesa. Après une danse

787 RA Ruhengeri 1934 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 96 n°9).

788 Diaire PB Kaduha, 21 mars 1934 (APB, Rome).

789 RA Kigali 1933 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 85 n°1E). La citation suivante est également tirée de ce rapport.

790 On rencontre le même phénomène dans d'autres régions colonisées. Il y en eut notamment au Kenya en 1916 contre la vaccination antivariolique (M.H. DAWSON, « The 1920s anti-yaws campaigns... », *op. cit.*, p. 432).

guerrière et des paroles véhémentes, ils se retirent. Le fait est rapporté à Nyanza. On vient enquêter à Rugalula. On interroge le Supérieur officiellement. Le Père répond qu'il n'était pas présent au camp médical lors de l'incident et n'a entendu que des racontars à ce sujet auxquels il ne faut accorder aucune importance vu la mentalité des indigènes » (791). Visiblement, les missionnaires n'avaient pas pris au sérieux ces mouvements d'humeur. Dans la revue *Grands Lacs*, l'épisode est rapporté légèrement différemment : « une trentaine d'indigènes de la forêt vinrent au camp sans convocation. Ils portaient des lances, des arcs et des flèches, des boucliers. Après une danse guerrière qui fit scandale, ils jurèrent que jamais ils ne se feraient vacciner, que n'étant pas malades, ils ne se présenteraient pas à la visite médicale. Puis ils s'en retournèrent chez eux très satisfaits. Du coup, la convocation et le recensement au camp de la forêt s'annonçaient orageux » (792).

Cinq jours plus tard, « de nouvelles scènes guerrières » eurent lieu (793). Le Père Belloy signale aux lecteurs de la revue que, « le travail terminé dans la partie inférieure du Bunyanbili, le Docteur Steyaert et Madame se transportèrent avec remèdes et tout le personnel infirmier chez nos "sauvages" en grève. (...) Ces mêmes manifestations guerrières se renouvelaient, mais sur plus grande échelle » (794). Le 29 mars, le même missionnaire consigna les faits de ce qu'il appelait l'« insurrection chez les Bakiga » dans le diaire de sa mission de Kaduha, en des termes souvent imagés, mais surtout avec force détails (795). Parti monter sa tente au camp médical avec des catéchistes, en prévision de mouvements de mécontentement, il vit « des bandes guerrières » contourner la colline de Gakoma où se trouvait le camp. Lorsque le recensement médical de 200 femmes commença au matin, il observa que « les dissidents gambadaient dans les cultures de ceux qui se sont fait vacciner. » En clair, les opposants à la campagne antipianique cherchaient à intimider ceux qui attendaient leur tour. Ensuite, d'autres bandes montèrent vers le camp.

La revue *Grands Lacs* ajoute quelques détails pour un public occidental friant d'exotisme et de pittoresque : « Ce matin même, au camp médical de Kibonwa, deux cents indigènes s'étaient présentés en armes (...) du sommet de notre colline, on aperçoit quelques bandes : elles préparent au loin un mouvement tournant pour s'adjoindre d'autres groupes. J'étais curieux de les voir s'approcher. Souvent j'avais admiré les danses guerrières des pages exécutées aux jours de grande liesse ; elles n'étaient qu'un souvenir d'un passé avant l'occupation européenne. Voici en effet que la troupe se rapproche : je distingue à trois cents mètres de nous des hommes en armes bondissant dans les cultures : la guerre ici est d'abord une question de destruction et pillage, elle est rarement un carnage en règle. Les insurgés, toujours plus nombreux, rappellent ces bandes de sauterelles dont fut infesté le pays il y a deux ans. Voilà qu'ils approchent... que nous veulent-ils ? Ils montent à l'assaut de notre colline, poussant des cris gutturaux, brandissant leurs armes ; ils sont couverts de sueur et haletant » (796).

Quand ces groupes furent à trois cents mètres, le missionnaire et le médecin allèrent à leur rencontre. « Les voyant très surexcités, je m'assieds et parviens à les faire

791 Diaire PB Kaduha, 21 mars 1934, *op. cit.*

792 M. BELLOY, « Une grève chez les sauvages », in *GL*, LI, n°10, 15 juillet 1935, p. 453-456.

793 Diaire PB Kaduha, 26 mars 1934 (APB, Rome).

794 M. BELLOY, « Une grève chez les sauvages », *op. cit.*

795 Diaire PB Kaduha, 29 mars 1935, *op. cit.* Les citations qui suivent sont extraites de ce diaire. *Bakiga* : montagnards (P. SCHUMACHER, *Dictionnaire phonétique...*, *op. cit.*, p. 96).

796 M. BELLOY, « Une grève chez les sauvages », *op. cit.*

asseoir. Je leur dis être venu dans le but de leur donner des explications sur la campagne médicale et savoir les causes de leur mécontentement. L'un d'eux se lève et véhémentement désigne la vaccination : ils n'en ont que faire puisqu'ils sont sains. S'ils veulent des remèdes, les malades seuls iront voir le médecin et payeront les remèdes. Je leur montre mon bras vacciné, rien n'y fait. De nouvelles bandes arrivent. Je ne parviens pas à les arrêter au passage. Ils font irruption dans le camp. Voyant que les choses se gâtent, il y a bien 700 hommes armés de lances, boucliers, flèches, arcs, dansant en sueur et furieusement agités, je continue à parlementer » (797). Le Père Blanc observa que les insurgés invectivaient les sous-chefs. « "Nous n'en voulons pas aux *Bazungu*, (...) mais ces *Karavi* nous tuent (798). Jamais nous ne refusons le travail, le *kazi*, nous l'avons fait, le camp, nous l'avons construit, nous allons à la route, mais on ne nous paye pas (799). Les *Karavi* gardent notre paye et s'affublent de belles étoffes, et ils nous font cultiver et nous mourons de faim. Où chercher l'impôt ?" Ils se montrent nerveux » (800). En réalité, les corvées de construction de routes, de portage et d'approvisionnement de toutes sortes pour la campagne antipianique étaient faites bénévolement. Les paysans accusaient donc à tort les notables d'avoir détourné les salaires.

La revue *Grands Lacs* reprit l'épisode, en insistant d'une part sur le recensement médical, dont les insurgés ne comprenaient pas les enjeux, et sur le rôle de médiateur du missionnaire. « Le Docteur et moi, après avoir recommandé le calme à notre entourage, nous nous avançons vers eux les mains tendues et leur adressons nos salutations. Je parviens à les faire asseoir et au milieu d'une forêt de lances leur demande ce que signifient ces démonstrations. Au milieu du tumulte général, plusieurs me répondent à la fois : ils ne veulent pas de vaccination : donne-t-on des remèdes à des hommes bien portants ? Après avoir accompli tous les travaux de construction du camp, faut-il encore qu'ils soient convoqués pour recevoir un papier (celui du recensement) et puis, leurs chefs les épuisent, ils sont poussés à bout, les cultures qu'on leur commande en vue de les préserver de la famine n'ont aucun profit pour eux... Au fond, je perçois que ce mouvement est une insurrection contre les chefs établis (...) mais allez donc invoquer des raisons dans un pareil tohu-bohu, et chez des païens démontés ! Ils reconnaissent que je suis venu pour les aider, mais en veulent décidément à la vaccination et à leurs chefs. Ceux-ci, avec quelques batutsi, se sont groupés sur une autre colline. D'ici on remarque leurs pagnes aux couleurs voyantes. Sont-ce ces étoffes que jalourent nos montagnards vêtus d'un lambeau de peau ? Le fait est que les meneurs font courir le bruit que les Batutsi les provoquent, leur veulent la guerre » (801).

Dans le diaire, le Père Belloy signale que les montagnards « courent au camp et dans les huttes adjacentes. Mme Steyaert qui s'est réfugiée dans une hutte est projetée, dans cette chasse aux batutsi (802). Les batutsi fuient éperdument dans les marais et se groupent sur la colline d'en face (...) les *bakiga* au pas de course crient la mort et on se passe la nouvelle (fausse) que les *karavi* les provoquent à la guerre.

797 Diaire PB Kaduha, 29 mars 1935, *op. cit.*

798 *Ba-zungu* signifie les Européens (P. SCHUMACHER, *Dictionnaire phonétique...*, *op. cit.*, p. 363). *Karavi* signifie selon le P. Belloy tout Tutsi influent. Cela provient peut-être du terme *-râva*, qui signifie politesse, distinction de manière (*Idem*, p. 278).

799 Le *kazi* est la corvée (*Idem*, p. 236).

800 Diaire PB Kaduha, 29 mars 1935, *op. cit.*

801 M. BELLOY, « Une grève chez les sauvages », *op. cit.*

802 Marie Vanden Bergh (°1908) avait épousé le Dr François Steyaert en août 1934. Elle vécut avec lui de manière itinérante durant la campagne antipianique de décembre 1934 à janvier 1936 dans le secteur de Nyanza-Sud. Elle suivit ensuite son époux dans divers postes du Ruanda et de l'Urundi.

Je cours avec eux pour les arrêter » (803). Pendant que la foule se lance à l'assaut des Tutsi sur la colline d'en face, « d'autres plus ardents dévalent la pente et attrapent deux sous-chefs qui aussitôt disparaissent sous le nombre des assaillants. On m'apprend qu'ils sont tués. Comme ce sont deux chrétiens, je me hâte vers eux » (804). Dans le diaire, le Père Blanc donne plus de détails : « J'entends dire que deux *karavi* sont tués (un sous-chef et un aide médical) : de fait, on s'acharne sur eux. Je commande qu'on les laisse et les aperçois assis et couverts de sang. J'ordonne de les transporter au camp médical (...) Le calme se refait » (805). « Monsieur le Docteur, madame et moi, nous pansons de mauvaises blessures de lance : le camp devient une véritable ambulance. Nous soignons ainsi une vingtaine de blessés : aucun n'a succombé » (806).

Le missionnaire trouve le sous-chef et l'infirmier en mauvais état : l'un a eu des coups de *muhero* à la tête, des contusions, un coup de lance dans le dos, un dans la nuque, une large plaie à la tête, une autre à l'arcade sourcillière, etc. (807) L'autre a reçu un coup de serpette sur le crâne, son oreille gauche est presque arrachée, il a un coup de lance dans le dos, une plaie à la cheville, un doigt presque arraché. Ce tableau dépeint à suffisance la violence de l'événement. Il est intéressant de constater que, bien que la vaccination fût imposée par l'administration belge, les populations en voulaient à ceux qui étaient chargés de les obliger à s'y soumettre, soit leurs propres notables. Significativement, les insurgés s'en prennent à un assistant médical africain et à un sous-chef, mais ne touchent ni au missionnaire, ni au médecin. Et s'ils bousculent la jeune épouse de ce dernier, c'est apparemment parce qu'elle se trouvait entre eux et les fuyards. Les violences ciblées sur les intermédiaires rwandais s'expliquent en partie par le fait que c'était surtout les auxiliaires africains qui étaient chargés des vaccinations et les sous-chefs qui contraignaient les populations à se rendre aux convocations. Nous avons décrit plus haut la méthode de travail dans ces camps : le médecin faisait le diagnostic et le suivi des cas les plus importants et laissait le reste aux assistants noirs. Le personnel sanitaire africain et les autorités locales de l'échelon le plus bas était donc aux premières loges quand il y avait des mécontents.

Le Père Belloy organise le repli du camp médical : « je défends aux batutsi de venir dans le pays révolté. Les *karavi* du docteur ont pris la fuite, quelques infirmiers aussi (Joseph et Sidoine). Nous avons décidé d'interrompre la vaccination et le recensement pour les calmer » (808). Cela ne suffit pas : « Les infirmiers sont dans les transes. Nous entendons que les insurgés reviendront la nuit incendier le camp parce qu'ils ont blessé le *Karavi* du docteur. Nous sommes inquiets ». Un sous-chef vint avertir le missionnaire et le médecin qu'il entendait dire qu'« aucun tutsi ne revient vivant de ce pays. » Les membres du camp, européens comme africains « fuient à la hâte laissant bagages et camp à l'abandon (...) le lendemain soir, le résident, l'administrateur de territoire et les commandants de la troupe arrivèrent avec cinquante soldats et deux mitrailleuses. » Pour le Père Blanc, la cause est entendue : « ces ignorants ont été poussés à la révolte par un vieux sorcier puissant, actuellement dans les fers » (809).

803 Diaire PB Kaduha, 29 mars 1935, *op. cit.*

804 M. BELLOY, « Une grève chez les sauvages », *op. cit.*

805 Diaire PB Kaduha, 29 mars 1935, *op. cit.*

806 M. BELLOY, « Une grève chez les sauvages », *op. cit.*

807 Diaire PB Kaduha, 29 mars 1934, *op. cit.* *Umuhoro* signifie serpe, serpette (P. SCHUMACHER, *Dictionnaire phonétique...*, *op. cit.*, p. 126).

808 Diaire PB Kaduha, 29 mars 1935, *op. cit.* Les citations suivantes sont extraites de ce diaire.

809 M. BELLOY, « Une grève chez les sauvages », *op. cit.*

L'administration rapporta les faits de manière laconique, comme un épisode sans grande importance : « 500 à 600 indigènes instigués par un vieux chef de clan s'étaient présentés armés devant le dispensaire du médecin, prétendant qu'ils étaient sains et bien portants et qu'ils ne voulaient pas se faire vacciner. Ils prétendaient que le vaccin était mauvais et que c'étaient les Watutsi qui leur imposaient cette vaccination dont ils ne voulaient pas. Une bagarre s'en est suivie et huit Watutsi furent blessés, peu grièvement heureusement. Une opération militaire fut ordonnée et les principaux meneurs arrêtés. Une enquête sur place fit découvrir qu'un sous-chef avait commis des exactions et avait désespéré ses administrés » (810).

Pour l'administration comme pour le missionnaire, les vaccinations n'étaient qu'un prétexte pour contester le pouvoir local. Mais la mission antipianique joua précisément un rôle dans la perception plus négative des chefs et sous-chefs, et plus généralement contre les notables, car l'administration territoriale et le service médical se reposaient sur les autorités locales pour convoquer et amener (parfois de force) les populations aux centres de vaccination et de dépistage. Ceci souligne que les actions sanitaires avaient un impact dans d'autres sphères que celle de la santé.

Ce type de mouvement contre les vaccinations fut également observé en Urundi en 1936. « Le camp de vaccination fut assailli par les gens de la colline (environ 300 hommes adultes), l'infirmier africain fut battu à coup de bâton, les assaillants ont cherché le médecin pour le tuer. Le sous-chef a reçu un coup de lance » (811). L'administrateur territorial se rendit immédiatement sur place en voiture avec le médecin et deux soldats armés et reçut une délégation de trente hommes armés. Le matériel de vaccination avait disparu. Motifs de la révolte : "les plaies aux bras provoquées chez beaucoup d'entre eux par la vaccination récente contre la variole (plaies peu graves au bras gauche et provenant incontestablement de la vaccination)" ».

Les assaillants prirent pour argument le fait que d'autres sous-chefferies ne s'étaient pas soumises à la vaccination. « Personne ne voulait se faire vacciner parce qu'ils en avaient assez des histoires de médecin, qui, après les avoir examinés tout nus, les a vaccinés (contre la variole) en leur occasionnant beaucoup de plaies et qu'ils ne voulaient plus recevoir des piqûres comme des vaches. » Les punitions furent exemplaires : l'administrateur territorial vint mater la révolte avec six soldats, le chef de la région et deux mille hommes armés de leur lance, arc et flèches. « Beaucoup d'insoumis vinrent se constituer prisonniers. Tous les hommes adultes et valides repris ont reçu huit coups de fouet de la part des autorités indigènes. Une cinquantaine ont été incarcérés car signalés comme fomenteurs d'insoumission. L'entretien du détachement a été à charge de la collectivité insoumise. Dix-huit vaches et cent cinquante têtes de petit bétail ramassés et mis en dépôt chez un sous-chef. Saisie de cent-dix-huit lances et vingt machettes. » Le témoin occidental conclut que ces rebelles matés « ont été la risée des indigènes des sous-chefferies environnantes », ce qui devait avoir valeur d'exemple et décourager d'autres mouvements de ce genre. Notons encore que la sanction était exécutée par les chefs locaux, qui agissaient sous la menace de perdre leur poste de commandement en cas de désobéissance.

810 RA politique Nyanza 1935 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 93 n°1G) ; RA Nyanza 1935 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 91 n°13).

811 Lettre de l'ATSoubry au Résident de l'Urundi, Muhinga, 7 septembre 1936 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°6). Les citations qui suivent sont également tirées de ce courrier.

Il faut dire que ces vaccins étaient parfois très virulents. Les doses préparées au laboratoire vétérinaire de Kisenyi « posséd[ai]ent une vitalité vigoureuse qui se traduis[ai]t chez l'homme par une réaction locale, parfois générale aussi, assez vive suivant la technique d'inoculation » (812). Plusieurs médecins signalèrent qu'ils avaient « constaté de trop énergiques réactions sur enfant noir (fièvre marquée, gonflement du ganglion de l'aisselle, plaie large et lente à guérir) » (813). Le directeur du laboratoire, l'inspecteur vétérinaire Pigneur ne s'émou guère de cette situation, sauf pour les enfants européens : « si le noir supporte encore assez aisément une solide vaccination, nous nous rangeons volontiers à l'avis que, pour l'enfant blanc, elles sont vite quelque peu déprimantes » (814).

Le dernier mouvement armé que nous ayons repéré dans les archives date de 1940 et prend sa source dans une nouvelle rumeur, si l'on en croit l'administrateur territorial de la région d'Astrida. « Une vieille femme de Kuwinkingi, ayant entendu l'auto du docteur Van Loo et plusieurs motos de missionnaires, et sachant que l'on venait de construire un camp à Tare où deux indigènes de Gikongoro avaient été transportés, a cru que ces camions venaient chercher tous les malades de Kuwinkingi ; la nouvelle alla s'amplifiant et les Bukiga arrivèrent au camp des malades en armes pour s'opposer au transfert éventuel. Les malades ne se trouvant pas malheureux ont refusé de quitter le camp pour retourner sur leurs collines » (815). Voici un nouveau cas de rumeur ancrée sur un fait sanitaire.

§ 2. Fuite, absentéisme et manque de fréquentation des dispensaires

Une façon de marquer son refus des méthodes sanitaires occidentales était de voter avec ses pieds : certains ne se présentaient pas aux convocations, d'autres quittaient carrément la zone où les dépistages et recensements médicaux étaient pratiqués (816). Ce type de refus s'accroissait lorsque les médecins et agents sanitaires européens commettaient des erreurs médicales ou se montraient désagréables avec les malades : la fréquentation de leurs dispensaires chutait. Lorsque les populations vivaient une expérience négative avec un agent de l'État, elles s'en plaignaient parfois auprès des missionnaires, européens ou africains. En 1940 par exemple, un abbé rwandais rapporta aux Pères Blancs la « grande indignation des indigènes contre M. le Dr Clees à cause des mauvais traitements qu'il leur inflige. Ce n'est pas un docteur qui nous est envoyé, mais c'est un meurtrier, disent-ils. L'indignation a été encore plus grande lorsqu'il a frappé brutalement un chrétien pour des enfants que celui-ci n'a jamais eus, et qu'il est maintenant gravement malade à la suite des coups » (817). Le comportement de rejet le plus courant était d'ignorer les convocations. Cet absentéisme justifia une demande d'engagement par le Service de l'Assistance Médicale aux Indigènes de

812 RA LV Kisenyi 1931 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 154 n°7).

813 RA LV Kisenyi 1927 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 154 n°3).

814 *Ibidem*.

815 Lettre de F. Corbisier au RR, Astrida, 16 janvier 1940 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°10).

816 Cette tactique de résistance a été observée en de nombreux endroits. Voir entre autres G.W. HARTWIG, « Smallpox in the Sudan », in *IJAHS*, XIV, n°1, 1981, p. 5-33, à propos des populations soudanaises qui résistaient passivement aux campagnes de vaccinations contre la variole, en s'évadant des zones de quarantaine, en ne se présentant pas aux séances de vaccination, etc.

817 Daire PB Kaduha 1er août 1940 (APB, Rome). Clees n'était pas médecin, mais agent sanitaire. Il est significatif que pour les Rwandais, la différence entre médecins et auxiliaires européens n'était pas évidente. On peut également se poser la question de la manière dont ils percevaient les infirmiers et assistants médicaux africains. Ceci mériterait une recherche plus approfondie.

« secrétaires indigènes chargés spécialement de la recherche des malades ne se présentant pas aux dispensaires » (818).

Quand l'opposition farouche à l'ancienne méthode de lutte contre le pian disparut grâce à l'assouplissement des obligations imposées aux femmes, tous les Rwandais ne se montrèrent pas pour autant enthousiastes envers le recensement médical, d'autant que les consignes de respecter la pudeur des femmes étaient apparemment appliquées de manière variable. Près de la mission de Mibirizi par exemple, les missionnaires observaient en février 1934 que « la population est encore mal disposée. malgré la défense de déshabiller les femmes, on le fait encore par ci par là pour différentes raisons » (819). Ils avaient déjà signalé que, malgré l'annonce du changement de méthode, « les femmes ne veulent pas se présenter. A Kamembe, on avait publié que les femmes ne se déshabillent pas, et on a voulu le faire quand même. Donc méfiance. Ensuite la réputation d'un certain M. Tout le monde se méfie de lui et on dit qu'il tue les gens. La rumeur publique est un fait. M. Hanse demande de traduire quelques décisions en kinyarwanda et de les publier. On peut réussir par des sanctions. Le P. Supérieur avertit les chrétiens sur l'utilité de la campagne et leur a défendu de propager les sottises répandues par les payens » (820). On voit ici encore le rôle de médiateurs joué par les missionnaires, et en particulier les Pères blancs, qui pourtant n'étaient pas aussi impliqués dans le travail sanitaire que les autres. Par contre, leur rôle politique était important, et leur influence sans doute non négligeable sur les réticents. Elle n'était pourtant pas suffisante.

Chaque année, quelques Rwandais se firent condamner pour manquement aux séances d'injection, infraction prévue et punie par l'ordonnance du 10 octobre 1931 (821). Cependant, les fonctionnaires territoriaux estimaient ce phénomène peu important, surtout lorsque la campagne fut modifiée et bénéficia de plusieurs années de pratique. En 1937, par exemple, l'administrateur de Ruhengeri écrivait que « d'une manière générale, rares sont les manquants » (822).

Apparemment les chefs locaux ne recherchaient pas assez assidûment les absents aux yeux des autorités mandataires, et certains furent sanctionnés. Peut-être faut-il y voir une opposition larvée à l'emprise occidentale sur leur société. En effet, le recensement médical était également utilisé par les administrateurs territoriaux pour le recensement de population, servant notamment au contrôle des impôts, des mouvements de population et à l'établissement de statistiques. Nous l'avons vu dans le chapitre 2. Les chefs et sous-chefs rwandais avaient visiblement compris l'usage que l'on pouvait faire des données du recensement sanitaire. Les Pères Blancs de Kigali rapportent par exemple que le chef « Mbambasi montre au Résident six garçons de quatorze à seize ans et lui demande s'ils sont sujets à l'impôt, puisque le blanc de la campagne antipianique les déclare "mâles adultes valides" (MAV). De fait, beaucoup d'enfants de cet âge sont astreints à l'impôt » (823). L'hypothèse d'une « colonisation » du corps et par le corps, d'un quadrillage politique facilité par l'action médicale et sanitaire, pourtant justifiée par ses acteurs uniquement par des

818 Lettre de l'AT Schmidt au MDR, Kigali, 23 mai 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 535 n°3).

819 Diaire PB Mibirizi, 8 février 1934 (APB, Rome).

820 Diaire PB Mibirizi, 12 janvier 1934 (APB, Rome).

821 Par exemple seize condamnés dans le territoire d'Astrida en 1935 et trois en 1936 (RA Astrida 1935 et 1936, AA, Bruxelles, dossier RA/RU 64 n°8 et 9).

822 RA Ruhengeri 1937 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 96 n°12).

823 Diaire PB Kigali, 12 août 1935 (APB, Rome).

arguments humanitaires, semble se vérifier partiellement dans le cadre de la campagne antipianique, tant du côté des autorités mandataires que rwandaises.

Les témoins européens constataient par contre un absentéisme de plus en plus grand au fil des séances d'injections, lié davantage aux modalités d'administration des cures (les malades devaient parfois en subir plus de cinq) et à l'inconfort des séances qu'au principe même de se faire soigner ou au type de traitement utilisé (« il y a beaucoup de murmures chez ces malades qui doivent faire deux jours de marche pour aller, rester un jour chez l'agent sanitaire et faire deux jours de marche pour retour chez eux, soit perdre cinq jours chaque semaine. Déjà deux femmes Bahima qui devaient suivre la cure sont en fuite en Uganda (...) il est fort à craindre qu'il y ait des fuites plus nombreuses ») (824).

Faisant un pas de plus dans le refus, certains n'hésitaient pas à quitter leur colline et à se cacher, soit chez des connaissances, soit à l'étranger. Ces fuites étaient expliquées par les autorités mandataires comme des mouvements de panique, notamment quand les populations se retrouvaient confinées de force sur des collines mises en quarantaine pour cause d'épidémie (« les indigènes de ces collines ainsi que ceux des environs commencent à manifester des craintes légitimes. Il est à redouter que, sous l'emprise d'une panique soudaine, certains d'entre eux ne franchissent clandestinement le cordon pour chercher refuge ailleurs et ne répandent ainsi l'épidémie ») (825). Ces mouvements de panique et de refus s'observaient également chez les personnes atteintes légèrement d'une maladie épidémique, qui « s'opposent par la fuite à leur internement dans les camps, affirmant qu'ils n'ont nulle maladie » (826). Lors du lancement de la campagne antipianique en 1933, les populations marquèrent leur répulsion pour l'examen gynécologique et envers l'obligation se soumettre systématiquement à l'examen médical complet (« au Buberuka (...) les bahutu ont déclaré vouloir s'enfuir le jour de l'arrivée du médecin ») (827).

Enfin, certains expliquaient l'exode vers les territoires britanniques par « les soins médicaux contraints (missions contre les endémies et maladie du sommeil en particulier) », ce que réfutait le médecin provincial des territoires sous mandat, arguant que « ce courant de population serait dû (...) à l'attrait du gain et à l'avantage du change » et que « ce facteur [médical] est moins important que la question *argent* et le travail forcé aux routes » (828). On voit que les deux services (médical et territorial) se renvoyaient régulièrement la balle.

§ 3. Désobéissance des autorités locales et des populations

Une manière d'évaluer le degré de rejet des politiques, mesures et traitements médicaux imposés par les autorités mandataires auprès des populations rwandaises consiste à relever les cas d'insubordination et de désobéissance punis par le pouvoir judiciaire ou par les autorités politiques (par des relèvements de postes de chefs ou sous-chefs).

824 Lettre de l'AT de Gabiro Verhulst au RR, Nyakatare, 15 décembre 1933 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°4).

825 Lettre de l'AT de Kibungu Sandrart au Dr Van Laere, camp de Gakenke, en route, 19 septembre 1936 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°6).

826 Lettre de l'AT Rubbens au RR, Nyanza, 1er février 1940 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°10).

827 Lettre de l'AT Schmidt au RR, Kigali, 11 décembre 1933, *op. cit.*

828 Note pour le médecin Trolle, concernant sa conversation avec le médecin s'Heeren, sans date (AA, Bruxelles, dossier Hyg 4409 n°360).

Les sanctions pouvaient traiter de cas individuels ou de responsabilité collective. Durant la seconde moitié des années 1930, des chefs et sous-chefs furent condamnés à des amendes disciplinaires « pour négligence dans l'aide à apporter à la campagne pian » (829). L'argument avancé était souvent celui de la négligence, qui était « réprimée (...) disciplinairement » (830). Plus encore, les autorités mandataires attribuaient volontiers la responsabilité des absences et comportements de fuite de la population aux autorités locales (« quand cela se produit [ces absences] sont à imputer plutôt aux sous-chefs ») (831), qui se retrouvaient souvent les seuls sanctionnés. Les chefs étaient également tenus pour responsables des mouvements de leurs populations à l'extérieur des cordons sanitaires si leurs collines étaient frappées de quarantaine pour cause d'épidémie.

Par ailleurs, des sanctions pouvaient toucher des individus n'ayant pas respecté la législation concernant les « infractions spéciales », parmi lesquelles la lutte contre les maladies endémiques et épidémiques, les épreuves superstitieuses et barbares, l'hygiène publique dans les agglomérations, ou encore les injections antiplaniques. De manière générale, ces infractions étaient assez peu nombreuses au regard de celles concernant la culture du café, les obligations de cultures vivrières, etc. Malheureusement, les données chiffrées sont peu complètes, éparpillées, parfois données par territoire, parfois pour tout le pays, le plus souvent pour l'ensemble des territoires sous mandat (832). Il est difficile de faire les comptes. Dans certains cas, on se contentait de signaler que « quelques indigènes ont été punis » (833). Dans d'autres, les administrateurs donnaient des chiffres précis, mais pour certaines années seulement. Les totaux fournis pour le Ruanda-Urundi dans son ensemble sont intéressants dans le cadre de la campagne antiplanique, car en 1934, le lancement de la mission pian ne concerna que le Ruanda : or on assista à une explosion des condamnations pour non-respect des mesures de lutte contre les maladies endémiques et épidémiques, parmi lesquelles le pian était repris.

Dans d'autres circonstances, les populations contournaient les cordons sanitaires ou les interdictions de commercer durant les épidémies. Lors de l'épidémie de typhus de 1940, une partie des populations semble ne pas avoir respecté les consignes de blocus, notamment lorsqu'il s'agissait d'effectuer des transactions commerciales avec les zones contaminées : des paysans venus de Nyanza se rendirent dans le secteur *Minétain* des mines contaminées de la Nyongwe pour y vendre des tonnes de vivres (834). Ceci infirme le quadrillage strict des populations : déplacer des tonnes de vivres sans se faire repérer semble indiquer un contrôle assez lâche.

B. DES SUCCES PONCTUELS AUX ADHESIONS ENTHOUSIASTES

Lorsque les populations manifestaient une certaine docilité, voire de l'intérêt pour les traitements médicaux occidentaux, deux raisons étaient avancées par les témoins européens : d'une part l'efficacité avérée des traitements, surtout contre le pian et les maladies vénériennes ; d'autre part la contrainte assortie de risques de sanctions exercée par l'administration. Ces sanctions pouvaient s'appliquer directement aux récalcitrants, mais le plus souvent elles s'exerçaient par le truchement des autorités locales. Les populations ne voyaient pas la contrainte des Européens, mais devaient

829 RA Ruhengeri 1934 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 96 n°9).

830 RA Ruhengeri 1936 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 96 n°11).

831 RA Ruhengeri 1937, *op. cit.*

832 Voir le tableau n°34 dans le volume documentaire.

833 RA Ruhengeri 1936, *op. cit.*

834 Lettre de l'AT Corbisier au RR, Astrida, 8 février 1940 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°10).

se plier aux exigences de leurs chefs et sous-chefs locaux, eux-mêmes placés sous une épée de Damoclès : s'ils n'obtenaient pas l'adhésion, ou du moins la docilité de leurs administrés, ils risquaient des amendes, voire leur destitution du pouvoir politique local. Supériorité de la médecine occidentale, pressions morales, financières et politiques, voilà donc les deux clés avancées par les sources européennes lorsqu'elles choisissent de mettre l'accent sur le succès de l'action médicale mandataire auprès des populations colonisées au Ruanda.

Un certain nombre de témoins occidentaux n'appartenant pas au monde médical ou sanitaire manifestaient une confiance absolue dans la médecine occidentale, surtout durant les premières années du mandat belge (entre 1920 et la première grande famine de leur administration en 1926) et étaient convaincus de l'adhésion des populations. Une analyse sémantique l'illustrerait d'abondance. En voici quelques exemples : « En général, le natif a beaucoup de confiance dans nos remèdes européens et dans le corps médical » (835), « l'expérience a révélé à l'indigène toute l'efficacité des remèdes européens. Le sultan lui-même lui témoigne une grande confiance et ne manque jamais d'en réclamer lorsque l'occasion se présente » (836), « tous les Noirs savent (...) que les médecins européens possèdent un remède souverain qui guérit » (837). Certains administrateurs se plaisaient à enregistrer les signes du recul de la médecine autochtone (« les victimes de [maladies vénériennes], qui ont éprouvé toute l'inefficacité des soi-disant remèdes indigènes, n'hésitent plus à venir se faire soigner ») (838). Les médecins aussi mettaient au crédit de leurs succès médicaux la confiance progressive manifestée par les populations à leur égard (un exemple datant de 1931 : « le fait d'avoir pu soigner avantageusement le sous-chef d'une pneumonie lobaire grave en somme et à symptômes marqués n'a pu que renforcer la confiance chez ces indigènes vis à vis des méthodes médicales européennes appliquées ») (839).

Les sources insistaient sur le fait que les Rwandais se montrèrent rapidement demandeurs de médicaments et traitements occidentaux. Il est impossible d'évaluer la véracité de ce discours qui était élaboré pour convaincre les autorités métropolitaines du succès de l'administration auprès des colonisés. Dans les années 1920, la fréquentation augmenta surtout parmi les affamés lors des famines de 1925-1926 et 1928-1929 : « le passage du médecin chef des territoires occupés a vite été connu des indigènes qui en grand nombre se sont empressés de venir demander des soins. D'autres sont venus du Congo Belge, mais arrivés après son départ » (840) ; « la disette a été cause d'une augmentation très grande des malades qui viennent aux missions et à Rukira demander l'aide médicale » (841). Les effets patents de certains médicaments occidentaux très efficaces contre le pian et plusieurs maladies vénériennes attirèrent aussi les patients (« les résultats obtenus par l'emploi du 914 pour traitement du pian ont définitivement consacré sa réputation auprès des indigènes ») (842).

835 RA Ruanda politique 1921 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 61 n°7A). Il est d'ailleurs significatif que ce type de commentaire se retrouve dans un rapport... politique.

836 RA Nyanza 1924 (Lenaerts) (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 91 n°3).

837 RA Rukira 1926 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 75bis n°2).

838 RA Nyanza 1924, *op. cit.*

839 Lettre du Dr Ferrier à l'AT de Kigali, Kigali, 26 juillet 1931 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°14).

840 RA Kisenyi 1925 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 87 n°13).

841 RA Rukira 1928 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 75bis n°3).

842 RA Nyanza 1926 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 91 n°5).

§ 1. Cures miraculeuses

Certains traitements connurent en effet rapidement un succès important auprès des populations : il s'agissait essentiellement des cures fulgurantes et qui paraissaient définitives contre les maladies vénériennes ou contre le pian. Les fonctionnaires territoriaux étaient les premiers à relever le succès des cures antivénériennes. L'administrateur chargé des relations avec la cour de Nyanza en 1920 y voyait une arme de pénétration politique dans les milieux royaux : « les plus grands chefs du Ruanda qui y résident ou y passent furent grandement impressionnés par les résultats qu'ont donnés les injections de 606 que vous avez inoculées. (...) Non seulement c'est une œuvre d'humanité mais c'est une œuvre qui contribuera à renforcer notre action politique en donnant à tous grands et petits Watutsi et Wahutu ou Batwa des preuves manifestes et palpables de l'intérêt que nous leur portons. P.S. Musinga émerveillé des résultats obtenus veut demander au Résident d'intervenir auprès du ministre pour obtenir de grandes quantités de ce médicament » (843). L'accent mis sur les maladies vénériennes est d'autant plus intéressant qu'elles étaient considérées à l'époque par les autorités sanitaires comme peu nombreuses au Ruanda, hormis dans les milieux proches de la cour où « la vie de prostituée que mènent beaucoup d'*abaja* (servantes) et la présence d'une population mâle flottante a amené une recrudescence de [ces] maladies » (844). La lutte contre ces maladies et ses résultats rapides étaient considérés comme d'intérêt politique plus que sanitaire, comme un moyen de se concilier les autorités rwandaises.

Quelques années plus tard, l'administrateur territorial répétait qu'« émerveillés par les qualités curatives du néosalvarsan (914 ou 606), les indigènes cherchent par tous les moyens à obtenir des piqûres et c'est en foule qu'ils se présentent au passage du médecin dans l'espoir de profiter des précieux médicaments » (845), ou encore « grâce au traitement énergique du 914, l'on arrive tout au moins à "blanchir" les sujets atteints et à enrayer dans la mesure du possible la propagation des maladies dites "secrètes". Les malades n'hésitent plus à venir se faire soigner, et lorsqu'un médecin est signalé, l'on assiste à un véritable "rush" pour obtenir la bienfaisante piqûre » (846). L'engouement des populations d'Afrique centrale pour les injections fut observé en de nombreux endroits (847).

Nancy Hunt observe le même engouement pour les cures antipianiques dans la région de Yakusu, où était implanté la *Baptist Missionary Society* : les gens se pressaient en foule pour se payer une injection de salvarsan au début des années 1920 (848). Elle signale que les populations accouraient avec autant de rapidité pour ces cures antipianiques qu'elles mettaient d'énergie à fuir les ponctions lombaires et les traitements de tryparsamide qui faisaient partie de l'arsenal de détection et de traitement de la maladie du sommeil : le caractère douloureux ou non du traitement et son efficacité étaient déterminants dans le succès ou l'échec des campagnes contre une maladie.

843 Lettre de l'AT Defaws au Dr Latinne, Nyanza, le 28 février 1920 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°11).

844 RA Nyanza 1924, *op. cit.*

845 *Ibidem.*

846 RA Nyanza 1925 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 91 n°4).

847 Voir notamment pour le Kenya, M.H. DAWSON, « The 1920s anti-yaws campaigns... », *op. cit.* : « Africans saw the injection as a panacea, and demanded the treatment for all types of afflictions ». Selon Dawson, le phénomène fut observé au Nigeria durant les années 1930, ainsi qu'au Ghana.

848 N.R. HUNT, *A Colonial Lexicon...*, *op. cit.*, p. 85, 96-97.

Après que les méthodes de dépistage du pian eurent été modifiées au début de l'année 1934, les populations rwandaises s'y soumièrent plus volontiers, d'autant que les traitements médicamenteux s'avéraient tout à la fois efficaces et spectaculaires. Ceci fut souligné avec force exemples par les acteurs sanitaires européens, qui se plaisaient à signaler que « les indigènes, malades ou non, et principalement les pianiques, affectionnent particulièrement les injections, qu'ils considèrent comme une panacée. Sans doute, préfèrent-ils les intraveineuses aux intramusculaires, mais ils demandent et reçoivent les unes et les autres avec satisfaction » (849). Les Sœurs Blanches observaient que « les injections de différentes sortes attirent surtout les indigènes qui affluent au dispensaire. Pian, mauvaises plaies, malaria et autres fièvres malignes guérissent presque toutes » (850). « Les injections de toutes sortes, et par dessus tout les injections intraveineuses, sont l'objet de leur convoitise. Ils les croient capables de guérir n'importe quelle maladie. Dans le cas du pian, le dermatol et le novarsenobenzol ont justifié cette appréciation et produit des guérisons vraiment merveilleuses. De jour en jour, on a vu des plaies énormes se fermer et des malades impotents depuis plusieurs années guérir comme par enchantement » (851).

De rares régions, telle celle de Ruhengeri, n'avaient manifesté aucune hostilité envers l'ancienne méthode (« le recensement et l'examen des malades atteints de pian n'a soulevé aucune difficulté de la part des administrés (...) Les populations en territoire de Ruhengeri s'y sont soumises de plein gré, cette manière de faire n'a provoqué aucune difficulté jusqu'au moment de sa suppression ») (852). Par la suite, la campagne antipianique se déroula partout sans incidents, l'administration se plaisant à relever qu'« aucune difficulté ne se présenta parmi la population pour subir la visite médicale », que le « Service d'Assistance Médicale Indigène n'a pas eu de problème auprès de la population », ou encore que « les relations avec l'administration (y compris service médical) sont très satisfaisantes » (853).

Les missionnaires constatèrent comme les fonctionnaires que les populations acceptaient progressivement plus volontiers le recensement médical. Les Pères Blancs de Nyundo, par exemple, écrivaient quelques semaines après le changement de méthode que « la mission antipianique se continue doucement sans aucun incident ; les bagoyi l'ont acceptée et ne murmurent pas ; ils l'ont fait au commencement avant de savoir ce dont il s'agissait » (854). Les administrateurs territoriaux des diverses régions du Ruanda se montrèrent quant à eux unanimes à reconnaître que l'attitude des populations envers la campagne antipianique changea dès que l'examen systématique des femmes et jeunes filles fut abandonné. « L'indigène se présentera volontairement à la visite médicale depuis qu'il a eu connaissance des dernières instructions la concernant » ; « l'examen tel qu'il était pratiqué (déshabillage des jeunes filles et des femmes) a dû être interdit par l'autorité supérieure et ce pour ne pas froisser la pudeur des indigènes » ; « les indigènes mis en confiance par les méthodes pratiquées par le personnel de cette

849 Lettre confidentielle du GRU Jungers au GG Tilkens à Léopoldville, Usumbura, 15 mai 1934, *op. cit.* Voir notamment la fréquentation des dispensaires et hôpitaux autour du traitement antipianique (illustrations n°193 et 194).

850 RA SMNDA Issavi 1928 au VA (APB, Rome, dossier D221/1).

851 RA SMNDA Kabgaye au VA, sans date [1925 ou 1926], *op. cit.*

852 RA Ruhengeri 1934, *op. cit.*

853 RA Astrida 1935 et 1936 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 64 n°8 et 9) ; RA Shangugu 1937 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 101 n°3).

854 Diaire PB Nyundo, 18 février 1934 (APB, Rome). Les *bagoyi* sont les habitants du Bugoyi (nord-ouest du Ruanda, à la frontière avec le Kivu).

mission, se sont présentés sans aucune difficulté et ont ainsi facilité la tâche d'assainissement entreprise par le service médical » (855).

Un grand volet de succès sanitaire et médical fut lié à la lutte contre les épidémies. Au départ, on ne vaccinait que dans des régions contaminées et les réactions étaient plutôt positives. Lorsqu'une maladie dangereuse menaçait une région, les populations se montraient désireuses de bénéficier des vaccinations existantes. Dès 1924, les milieux de la cour de Nyanza « reconnaissent aussi toute la valeur préventive du vaccin antivariolique et se montrent très disposés à en faire usage » (856). Au milieu des années 1930, de sévères épidémies de méningite cérébrospinale se déclarèrent, amenant les populations menacées à réclamer une aide médicale. Nous en donnerons deux exemples datant de 1936 : « les populations des collines atteintes ou limitrophes manifestent des craintes légitimes et donnent des signes visibles de panique. Elles sollicitent ardemment et d'urgence des secours médicaux. Il serait hautement désirable qu'un représentant du service médical puisse immédiatement résider sur place pour entreprendre la lutte contre le fléau et ramener ainsi la confiance et le calme dans les esprits », « les gens de Murwa ont le moral fortement atteint et réclament des soins et la vaccination » (857). Par contre, si l'on s'efforçait de vacciner toute la population, même celle qui était éloignée d'un foyer d'infection, l'accueil était nettement moins favorable, comme nous avons eu l'occasion de l'illustrer précédemment.

§ 2. Adhésion par pragmatisme

Certains fonctionnaires relevèrent plutôt le pragmatisme des populations qui se soumettaient aux traitements médicaux ou aux obligations concernant l'hygiène publique sous la pression des sanctions. Dans le domaine purement médical, ils observaient également une certaine coopération, ou du moins une certaine docilité, à l'égard des obligations de traitement pour le pian, la maladie du sommeil ou encore le typhus.

Les administrateurs percevaient un certain nombre de comportements qu'ils estimaient révélateurs de la négligence ou du fatalisme des populations locales, et de leur peu d'adhésion réelle aux pratiques sanitaires occidentales. En 1920, par exemple, le chef de poste de Gatsibu, dans le nord-est, déclarait que les Rwandais « se font peu de peine quand ils sont malades ou portent des blessures pour se guérir », regrettant de ne pas voir se présenter au départ les malades à qui il avait proposé un transport vers l'hôpital de Kigali (858). Cinq ans plus tard, un autre administrateur constatait une compréhension limitée du fonctionnement de la médecine occidentale : « les gens qui (...) sont atteints [de pian ou de syphilis] ne se font généralement soigner que quand l'affection prend un caractère de particulière gravité, principalement quand la maladie se manifeste extérieurement par de nombreux ulcères. Mais dès ces traces disparues, ils se croient guéris et ne veulent pas comprendre qu'ils devraient continuer à se faire traiter » (859).

855 RA Astrida 1933 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 64 n°6) ; RA Ruhengeri 1934 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 96 n°9) ; Lettre de l'AT Feremans au RR, 31 décembre 1935 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 101 n°1).

856 RA Nyanza 1924, *op. cit.*

857 Lettre de l'AT Sandrart au RR, Kibungu, 3 octobre 1936 ; Lettre du RR Simon au GRU, Kigali, 5 octobre 1936 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°6)

858 Lettre de l'AgT Erdekens au RR, Gatsibu, 19 septembre 1920 (AA, Bruxelles, dossier RWA 536 n°7).

859 RA Lubengera 1925 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 80 n°4).

Après les modifications apportées aux modalités de la mission antipianique en 1934, les témoins occidentaux constatèrent que les populations adoptaient une attitude d'acceptation contrainte. Ici aussi, le vocabulaire est révélateur. « Au début de la mission antipianique, les hommes se sont quelque peu opposés à l'examen gynécologique des femmes, mais ils se sont soumis avec la même rapidité qu'avec laquelle ils s'étaient d'abord soustraits » (860), ce qui n'augure en rien une réelle adoption des techniques médicales occidentales par les paysans. En 1936, trois ans après le lancement de l'opération, un autre fonctionnaire constata une évolution : « généralement, les indigènes acceptent, sans conviction mais sans protestation, cette nouvelle obligation que nous leur avons créée », ajoutant un an plus tard : « sans que l'on puisse dire que les indigènes soient enthousiastes, ils se rendent cependant tous à ce recensement et se font soigner ; d'une manière générale, rares sont les manquants » (861).

Alors, adhésion forcée, nouvelle forme de fatalisme succédant au précédent selon les témoins de l'époque, ou conviction progressive de l'utilité de ces traitements ? Impossible de trancher sur base des seules sources européennes qui ne font que commenter et interpréter des comportements pour lesquels elles n'ont pas collecté d'explications supplémentaires auprès des principaux intéressés. Plusieurs observateurs européens doutaient que les populations étaient vraiment convaincues de l'intérêt des thérapeutiques occidentales modernes : l'un d'eux écrivait en 1937 qu'« intérieurement, l'indigène reste aussi attaché aux anciennes pratiques, coutumes et genre de vie (croyances superstitieuses, etc.) » (862).

La lutte contre l'épidémie de typhus exanthématique à l'aube de la Seconde Guerre mondiale fut une nouvelle occasion de guetter les réactions des populations soumises à certaines contraintes sanitaires par le service médical et territorial. Ici encore, la soumission fut de règle, à défaut d'enthousiasme ou de franche compréhension. Lors du dépistage des malades atteints de typhus et à la lutte contre les poux, les administrateurs relevèrent qu'ils ne rencontraient « pas d'obstacle de la part de la population », que les personnes soumises à ces obligations « s'y sont prêt[e]s sans la moindre objection », ou encore que « la population se soumet facilement aux mesures sanitaires prises » et qu'il n'est donc « pas (...) utile (...) de recourir à l'assistance de la Force Publique » (863). Le fait d'avoir songé à faire intervenir les forces policières révèle combien les autorités médicales craignaient le rejet brutal de leurs mesures et se méfiaient des populations.

À propos de la lutte contre le typhus, nous disposons d'une petite anecdote qui révèle combien les populations se sentaient sous contrôle : les Sœurs Blanches racontèrent qu'« une épidémie de typhus régnant depuis quelques jours sur les collines avoisinantes, ordre a été donné à tous les indigènes de se raser la tête afin de diminuer la propagation de la vermine qui répand le fléau. Hier, à la vue de l'avion [qui survole lentement et à basse altitude la mission], quelques Noirs ont supposé que c'était le médecin qui se promenait au-dessus des huttes pour voir si tout le monde avait exécuté l'ordre reçu » (864). Cet épisode, au-delà du pittoresque, en dit long sur l'emprise ressentie par les populations.

860 RA Kigali 1933 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 85 n°1E).

861 RA Ruhengeri 1936 et 1937, *op. cit.*

862 RA Kisenyi 1937, *op. cit.*

863 RA Ruhengeri 1934, *op. cit.* ; Lettre de l'AT de Kigali Dessaint Mugambasi, 7 février 1940. Note adressée au RR. Mesures de précaution prises par la société SOMUKI ; Lettre de l'AT d'Astrida Corbisier au RR, Astrida, 9 janvier 1940 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°10).

864 Diaire SMNDA Issavi, 14 janvier 1940 (ASMNDA, Rome).

Outre les contraintes explicitement liées au suivi médical et sanitaire, d'autres mesures s'avéraient également pesantes pour les populations, car elles leur étaient imposées pour motif de santé publique, sans y toucher de près toutefois. La lourdeur des tâches annexes à la campagne antipaludique notamment entraîna le mécontentement des hommes valides recrutés pour construire et entretenir les camps itinérants. « Il est aisé de comprendre jusqu'à quel point pourrait croître ce mécontentement si, au surplus, l'effort accompli s'avérait parfaitement inutile. Il faut bien que nous reconnaissons que ce mécontentement s'avérerait pleinement justifié, et c'est pourquoi je me permets d'intervenir et d'insister tout particulièrement sur la nécessité absolue qu'il y a à occuper dans un bref délai le camp médical construit à Gakenke ainsi qu'il l'avait été décidé primitivement. Dans le cas contraire, je ne pourrais plus vous assurer de la participation bénévole des indigènes aux constructions médicales qui devraient y être entreprises dans l'avenir » (865). En réalité, la participation était gratuite, mais contrainte, et non bénévole.

C. PERSISTANCE DES PRATIQUES MEDICALES AUTOCHTONES (866)

Il nous reste à relever le fait que les populations n'abandonnèrent ni immédiatement, ni totalement les traditions et les remèdes locaux. Nous présenterons cette question sous divers angles : d'abord les observations faites par les témoins européens, ensuite les attitudes que les autorités administratives et les missionnaires adoptèrent à l'égard de la médecine rwandaise. Notons cependant que nous n'avons pas beaucoup investigué sur cette question. Nous considérons cette section comme une ouverture vers un travail de recherche qui reste à faire. Il existe en effet des publications de référence sur la médecine rwandaise, mais sans réelle recherche sur la manière dont elle a survécu durant la colonisation (867). Cet aspect de la question reste à approfondir.

§ 1. Les observations des témoins occidentaux

Ce premier paragraphe s'intéresse aux pratiques, attitudes et connaissances des Rwandais dans le domaine de la santé, telles que les Européens les observèrent. En premier lieu, nous ferons le relevé, sur base des sources occidentales (avec toutes leurs limites) des pratiques et remèdes locaux. Ensuite, nous consacrerons un paragraphe à l'attitude des Rwandais à l'égard de la maladie et de la mort. Nous terminerons par un résumé de ce que les Occidentaux avaient observé à propos de la connaissance des maladies acquise par les Rwandais.

À force de côtoyer les populations rwandaises et de les soigner, les missionnaires perçurent un peu mieux les pratiques médicales locales. Le plus souvent cependant, ils ne firent guère preuve de curiosité à leur égard, se contentant généralement de les critiquer, sans les observer dans le détail, et sans les répertorier systématiquement. Les Sœurs Blanches par exemple ne se firent que rarement ethnologues, en consignait systématiquement leurs observations dans ce domaine.

865 Lettre de l'AT Hegh au médépro, Kibungu, 23 avril 1936 (AA, Bruxelles, dossier RWA 535 n°3). Les citations de ce paragraphe sont tirées de ce courrier.

866 Voir entre autres J. ILIFFE, *East African Doctors...*, op. cit., p. 9-12, 29, 55-57, 77 ; P.C. RWANGABO et L. PUYVELDE, « Pharmacopée et plantes médicinales rwandaises », in A. MEHEUS et al., *Santé et maladies au Rwanda*, Bruxelles, 1982, p. 141-155.

867 Voir notamment Pierre-Claver RWANGABO, *La médecine traditionnelle au Rwanda*, op. cit. L'auteur se concentre sur la situation de cette médecine après la colonisation, sans se référer aux quarante ans du mandat.

Nous avons cependant repéré quelques articles sur les croyances locales, sur les pratiques d'éducation et de soins des enfants, sur les attitudes devant la mort, sur les codes de conduite (exemple en cas de vol). C'est une religieuse originaire d'Allemagne qui manifesta la curiosité la plus grande pour les diverses traditions et croyances du pays. Marie-Pia publia plusieurs articles sur des légendes, confréries, cultes divers (868). Une autre religieuse, Marie-Saint-Patrice, nous a laissé deux articles intéressants sur les pratiques traditionnelles d'éducation et de soins donnés aux petits, ainsi que sur l'influence des activités proposées par les missionnaires dans ce domaine (869). Nous reviendrons longuement sur ces questions dans la troisième partie de ce travail.

Chez les protestants belges, le relevé des pratiques de médecine autochtone n'avait rien de systématique. On trouve quelques descriptions de remèdes, des bribes de terminologie rwandaise des maladies, mais de manière ponctuelle et partielle. Certains commentaires nous donnent une idée des connaissances médicales des populations. De temps à autre également, les missionnaires signalent les habitudes vestimentaires et d'hygiène des populations. Le plus souvent, ces commentaires et observations sont faits par les infirmières pour déplorer l'ignorance et les erreurs des populations dans le domaine de la santé et de l'hygiène. Une exception notoire fut le missionnaire Arthur Lestrade, qui passa au service de l'État en 1930. Cet agent sanitaire fit de nombreuses recherches sur les traditions rwandaises, dont une importante sur la médecine autochtone (870).

Dans les autres sociétés missionnaires, nous n'avons pas trouvé de trace de recherches spécifiques sur la médecine rwandaise traditionnelle. Par exemple, les remèdes et médicaments locaux repérés par les missionnaires anglicans sont peu nombreux. Il nous est impossible de savoir s'ils en repèrent peu, ou s'ils n'estimaient pas intéressant de les décrire dans les documents destinés à leur société ou aux revues de propagande. Ceci n'exclut pas que l'un ou l'autre médecin ou infirmière ait collecté des informations de manière plus systématique. Des recherches supplémentaires devraient être menées dans ce domaine. Cependant, comme le signale Henri Derroitte, « il n'est pas certain que les missionnaires aient pu dépasser beaucoup le stade de l'inventaire pour intégrer largement ces données à leur propre médecine. Il est en effet peu probable que les informateurs des missionnaires, les premiers convertis, se soient montrés empressés de divulguer des connaissances ancestrales liées au monde de la guérison. (...) ils ne tenaient pas à se couper du reste de la population. De plus, pour ces gens, le recours aux pratiques médicales traditionnelles aurait été comme un retour en arrière. Ils jugeaient la médecine occidentale comme un progrès fondamental (...) on ne trouve une trace d'un recours plus fréquent à la pharmacopée africaine qu'à partir de l'entre-deux-guerres et spécialement lors du deuxième conflit mondial. Du fait des difficultés dans l'approvisionnement de médicaments européens, les missionnaires ont utilisé certaines plantes locales dans les dispensaires » (871).

868 MARIE-PIA, « Au Ruanda. Quelques unes des croyances religieuses », in *CSMNDA*, XXXI, n°168, avril 1930, p. 78-83 ; XXXI, n°169, mai 1930, p. 107-113 ; MARIE-PIA « Au pays des Bagoye », in *CSMNDA*, XXXV, n°216, septembre 1934, p. 499-503. Marie-Pia, née Katharina Kühn (1875-1962) fut envoyée trois ans en Urundi, puis entama sa longue vie au Ruanda : Nyundo (1914-1944).

869 MARIE-SAINT PATRICE, « Enfants noirs au Rouanda », in *CSMNDA*, XXVIII, n°139, novembre 1927, p. 241-255 et n°140, décembre 1927, p. 268-278.

870 A. LESTRADE, *La médecine indigène au Rwanda*, op. cit.

871 H. DERROITTE, « Les missionnaires et la thérapeutique traditionnelle », in J. PIROTTE et H. DERROITTE (eds), *Églises et santé dans le Tiers Monde...*, op. cit., p. 103-104.

a) Pratiques locales

Les témoins occidentaux observèrent *grosso modo* des pratiques de trois types : les amulettes et charmes de protection, les remèdes traditionnels, enfin les interdits. Nous en donnerons un aperçu totalement lacunaire, à titre d'illustration. La description la plus complète que nous ayons trouvée des amulettes et charmes utilisés par les Rwandais pour se protéger de la maladie et de la mort est due à la plume de Renée Simul., future épouse d'Arthur Lestrade dont nous avons signalé l'intérêt pour les coutumes rwandaises. Cette jeune infirmière dépeignit les amulettes, colliers et maquillages de protection des enfants en bas-âge ; nous la réservons pour la troisième partie de ce travail consacrée à la protection maternelle et infantile (872).

Arthur Lestrade observa d'autres charmes et amulettes. Il signala entre autres l'existence de charmes contre la foudre. Il passa du temps avec « l'homme à la foudre », qui, « une fois pour me faire plaisir (...) voulut se débarrasser de ses amulettes, dont il est couvert comme les autres païens » (873). Il constata également que les Rwandais s'enveloppaient de branchettes d'un arbre appelé le Vivace pour écarter le danger des morsures de vipère *Atheris* (874). Ils portaient sur eux un os de l'Aulacode (rongeur) en cas de maladie du charbon, mais n'en consommaient pas la viande. Les thérapeutes faisaient passer une corne de vache sur le corps du malade pour chasser les humeurs qui l'avaient envahi. Les propriétaires de vaches qui vèlaient pour la première fois devaient manger un repas composé de viande de chèvre, de mouton, de raclures de peau, de champignons, le tout cuit dans du lait pour s'immuniser contre les maladies qu'ils pourraient contracter en consommant le lait de ces vaches. Certains animaux étaient considérés comme bénéfiques pour soigner ou écarter certaines maladies. Il citait le cas du daman, un petit mammifère ayant l'apparence d'une marmotte, dont une incisive enterrée dans un coin de la maison pouvait guérir les maux de dents selon le mage guérisseur.

Enfin, certains gestes pouvaient provoquer ou guérir des maladies. Par exemple, un bon moyen de se débarrasser d'une maladie était de la passer à autrui. Un blessé par lance espérait guérir de sa blessure si la lance était jetée dans la rivière, où elle perdait son principe maléfique. Si un homme se blessait avec une arme blanche ou avec sa houe ou sa cognée, il suspendait l'objet au-dessus de sa couche pour hâter la cicatrisation. Lorsqu'une maladie ne guérissait pas, les Rwandais se croyaient ensorcelés, ils pensaient par exemple qu'un esprit avait fait d'un ulcère son habitat et continuait à manger la chair, d'où l'expression d'une bête sauvage qui se promène dans telle ou telle partie du corps. Le découvreur de sortilège était alors appelé et donnait l'illusion de retirer toutes sortes de choses du corps malade en appliquant une petite corne ventouse.

Lestrade remarqua encore que les accoucheuses qui voulaient activer le travail chez une parturiente déliaient leur ceinture, laissaient tomber leurs vêtements, décrochaient tout ce qui pendait à l'intérieur, rabattaient les paravents. Catherine Rollet et Marie-France Morel ont observé ce type de comportement dans de nombreuses sociétés traditionnelles. Par analogie avec la délivrance espérée, il faut

872 Voir la troisième partie, chapitre 3.

873 A. LESTRADE, « Développement de l'œuvre à Rubengera », in *BM*, II, n°39, août 1929, p. 369.

874 A. LESTRADE, *À la rencontre du Rwanda*, Bruxelles, 1978, p. 26. Les informations qui suivent sont tirées de cette publication, aux pages 25, 42, 55, 59, 69, 61, 100-102, 131.

dénouer symboliquement tous les liens sur les vêtements, les cheveux et ouvrir les serrures (875).

À côté de ces amulettes de protection, la pharmacopée rwandaise comptait de nombreux remèdes. Ce n'est cependant qu'accidentellement, si l'on peut dire, que les infirmières nous donnent des informations à leur propos. Elles semblent ne pas y avoir accordé beaucoup d'attention. Les Rwandais employaient des remèdes faits à base de plantes, mais également des saignées, pointes de feu, cautérisations, incisions et scarifications, voire l'ablation d'une partie du corps.

Sur les plaies, ils appliquaient « des remèdes indigènes faits le plus souvent de bouse de vache, de terre, etc. », de « feuilles, herbes, etc. » (876) Les emplâtres et pansements de boue ou de bouse de vache étaient fréquemment cités par les missionnaires. À ce propos, les Anglicans par exemple n'avaient pas un avis unanime : certains reconnaissaient que la boue fraîche sur les plaies avait pour vertu d'empêcher les mouches de dévorer le malade et de retarder la propagation de l'infection; tout en estimant que cette pratique était inconfortable pour le malade, car la terre sèche sur la chair à vif (« this is the native idea of a healing dressing. It certainly does prevent the flies from eating the child alive and also hinders the spread of infection, but imagine what a comfortable dressing sun-baked mud makes on raw flesh ! ») (877). Pour d'autres, dont le personnel africain des hôpitaux, ces emplâtres de boue et de bouse de vache sur les ulcères entraînaient l'aggravation des ulcères (878). Les missionnaires anglicans repérèrent d'autres types de pansements, à base de feuilles par exemple, destinés à protéger les ulcères et morsures contre les mouches et la poussière, avec des succès mitigés. Les Sœurs Blanches constatèrent elles aussi que l'utilisation d'herbes broyées dans les plaies pour stopper les hémorragies semblait fréquente. Les religieuses n'émirent pas ouvertement de critiques à ce sujet, sachant bien que la plupart des paysans ne disposaient pas de tissus et bandages. Cependant, elles constatèrent à plusieurs reprises une infection voire une gangrène des plaies ainsi traitées. Elles observaient également des sutures improvisées : « on apporte un très grave blessé, percé près du cœur. En nettoyant la plaie, la Sœur s'aperçoit que la blessure a été cousue avec une ficelle. C'est avec peine qu'elle parvient à l'enlever » (879). Les Pères Blancs signalaient que certaines régions du pays étaient réputées pour les remèdes qu'on y fabriquait. « Le Bousozo (région d'un petit roi) fournit à Mousinga du miel, des hampes de lance, et particulièrement des remèdes (?) cueillis sur les arbres de ses forêts : remèdes qu'on dit capables de guérir les plaies et les maladies, mais surtout de protéger contre les sortilèges » (880).

Les douleurs étaient soignées par des incisions, saignées et ablations. Géraldine Gérard observa que « le médecin indigène avait pratiqué trois incisions à la base du crâne et était occupé à le saigner copieusement afin de le guérir de ses douloureux maux de tête » (881). Les Sœurs Blanches remarquèrent l'utilisation d'entailles et de pointes de feu pour faire baisser la fièvre des enfants. Elles n'eurent de cesse que de

875 C. ROLLET et M.F. MOREL, *Des bébés et des hommes...*, op. cit., p. 47.

876 G. GERARD, « Activité de Melle G. Gérard à Iremera », in *BM*, II, n°19, février 1933, p. 292 ; L. DEBOUNY, « Au dispensaire d'Iremera », in *BM*, II, n°1, février 1930, p. 7.

877 H.S. JACKSON, « The needs of the Church at Gahini », in *RN*, n°26, octobre 1928, p. 21.

878 Y. KINUKA, « To the Friends of Ruanda », in *RN*, n°51, janvier 1935, p. 23-24.

879 Historique de la mission de Zaza (ASMNDA, Rome, dossier B5085/5 n°2).

880 VAR, *Rapport annuel pro manuscripto 1923-1924*, op. cit., p. 387. Ce commentaire concerne les environs de la mission de Mibirizi.

881 G. GERARD, « Dispensaire d'Iremera », in *BM*, II, n°28, août 1934, p. 5.

faire abandonner ces techniques par les mères rwandaises. Nous y reviendrons. Simone Mercier repéra que dans certains cas, on effectuait une ablation d'une oreille par exemple, « car, disent-ils, une bête y habite maintenant et il faut qu'ils l'enlèvent » (882).

À côté de ces observations occasionnelles, Arthur Lestrade collecta de nombreuses informations sur l'utilisation de certaines plantes et produits de la vache pour soigner des maladies précises (883). Nous n'en fournirons que quelques exemples. Le *Datura stramoine* était utilisé comme remède contre la folie et comme poison d'épreuve. Les produits de la vache (viande, lait, beurre et lait battu, sang, urine, bouse) étaient utilisés non seulement dans l'alimentation mais également pour la thérapeutique. Par exemple, l'eczéma à l'oreille était soigné en frottant la rate d'une vache sur la zone atteinte et en la jetant ensuite en prononçant une formule précise. Le sang était utilisé en cuisson avec des feuilles de *coléus* aromatique pour faire une potion antihelminthique. Les enfants en bas âge recevaient laxatifs et vermifuges.

Les produits de l'élevage étaient particulièrement prisés. Le lait était la première substance à prendre quand on se croyait empoisonné, avant d'absorber un contrepoison. « Les habitants (...) restent convaincus de l'existence d'une liaison mystique entre la vache et son lait d'une part, et le propriétaire d'autre part » (884). Le beurre est utilisé en pharmacopée. Le babeurre est utilisé dans certaines régions contre les morsures de la vipère *Atheris*, et dans d'autres pour soigner l'athrepsie (dénutrition et dépérissement des nouveau-nés à la suite de diverses affections, notamment les diarrhées chroniques). L'urine de vache, additionnée de quelques gouttes d'euphorbe, était puissamment purgative et vermifuge. Les personnes souffrant de céphalée ou de coryza prisait de l'urine de vache mélangée à du tabac. Les jeunes Tutsi en prenaient en guise de purge pour se nettoyer les sangs.

Les thérapeutes recouraient également aux incisions et saignées, par lesquelles les humeurs mauvaises étaient censées quitter le corps. Pour détruire les débris dans une plaie causée par une lance, on introduisait dans la plaie une petite lame chauffée à blanc. Ensuite, on imprégnait la plaie de beurre rance fondu d'au moins deux ans et on fomentait longuement autour de la plaie avec un tesson de céramique chauffé sur lequel on mettait des feuilles froissées de plantes vulnérinaires. Comme moyen préventif des parasites et comme mesure d'hygiène générale dans un pays où l'eau demande des déplacements harassants, femmes, hommes ou enfants se rasaient la tête. De même, après l'extraction des tiques aux pieds, les gens enduisaient leurs orteils d'un peu de graisse (885).

La thérapeutique rwandaise s'assortissait encore de nombreux interdits, alimentaires ou autres. Certains animaux ou plantes étaient tabous car on leur attribuait l'apparition de maladies. Ces tabous portaient notamment sur diverses espèces de poissons ou de gibier que les Rwandais jugeaient impropres à la consommation. Arthur Lestrade relate le fait que des Twa avaient accepté avec grande réticence de capturer un animal inconnu des Pères Blancs de Rwaza [en fait une variété de caméléon], et l'avaient amené « dans une lourde botte d'herbes solidement liées, suspendue à une longue perche posée sur leurs épaules (...) la croyance populaire

882 S. MERCIER, « Au dispensaire de Kirinda », in *BM*, II, n°45, janvier 1938, p. 12.

883 A. LESTRADE, *À la rencontre du Rwanda*, op. cit.

884 *Idem*, p.53.

885 G. GERARD, « Deux figures du dispensaire d'Iremera », in *BM*, II, n°21, juin 1933, p. 321.

veut que le contact des bêtes de ce genre communique une maladie de peau apparentée à la lèpre maculeuse » (886).

Des interdits alimentaires existaient également en lien avec des maladies. Par exemple, une femme dont un parent était mort de tuberculose pulmonaire ne pouvait plus manger de foie, car « les anciens rwandais situent le siège de la T.P. dans le foie » (887). Il fallait consommer le beurre d'un mort dans les deux mois sous peine d'attraper une maladie de la peau apparentée aux macules de la lèpre. Selon les Anglicans, les Rwandais croyaient que toucher l'intérieur d'un léopard guérissait des ulcères (888). Ces exemples donnent un aperçu de ce que les missionnaires et agents de l'État intéressés par les pratiques thérapeutiques rwandaises pouvaient observer. Nous n'en avons pas fait une étude systématique : ce serait un travail en soi.

b) Attitude des Rwandais face à la maladie et à la mort

Les rares commentaires des missionnaires sur le comportement des populations à l'égard des malades et des mourants permettent de mettre en évidence trois éléments. Tout d'abord, l'incompréhension entre les sensibilités occidentales et rwandaises : les missionnaires marquaient leur surprise devant l'apparente indifférence des populations face aux mourants, surtout les enfants. Ils décrivaient des scènes où la famille, et même la mère, tournaient le dos pour ne pas les voir, et les abandonnaient au personnel de l'hôpital (889). Ils soulignaient aussi le fatalisme de mères qui croyaient leurs enfants condamnés à mourir, alors que l'acharnement du personnel missionnaire parvenait à les sauver. Les infirmières protestantes semblent avoir été les seules (à ce stade de nos dépouillements) à percevoir que le manque d'expression de chagrin ou de deuil n'était pas la marque d'une indifférence, mais un code de conduite propre aux populations rwandaises. Elles observaient que les Rwandais se comportaient différemment selon qu'il s'agissait d'un décès d'enfant ou d'adulte. « Loin de conserver le souvenir d'un enfant mort, les Banyarunda s'efforcent de l'oublier ; tous ont perdu un ou plusieurs enfants et ils en sont très affligés, mais n'en parlent presque jamais et ne portent pas le deuil, contrairement à ce qu'ils font quand il s'agit d'un autre membre de la famille. Remuer avec eux un passé pénible n'est pas facile » (890).

Ensuite, les missionnaires repèrent le fait que les populations étaient conscientes de la contagiosité de certaines maladies. Les malades atteints de tumeurs ou d'ulcères se cachaient comme des « outcasts », tandis que les personnes de l'entourage familial ou social écartaient non seulement les malades, mais également les membres de leur famille (891). Les missionnaires de la société protestante belge par exemple observèrent des attitudes de rejet envers les malades contagieux ou trop invalides (pianiques, aveugles, épuisés par la famine). Arthur Lestrade constatait que « les Ruandais se rendant compte du caractère contagieux de la

886 A. LESTRADE, *À la rencontre du Rwanda*, op. cit., p. 24.

887 *Idem*, p. 48.

888 L. BARHAM, « Details of the pastoral work by the Rev. E.L. Barham », in *RN*, n°47, janvier 1934, p. 17.

889 L.G. WILKINSON, « From Mrs. Wilkinson », in *RN*, n°32, avril 1930, p. 23. Sur ces questions, voir notamment G. VAN'T SPUCKER, *Les usages funéraires et la mission de l'Église ...*, op. cit..

890 R. LESTRADE-SIMUL, « Enquête... », op. cit., p. 133-134.

891 J.E. CHURCH, « Dr. J.E. Church tells of verses added to the Eleventh Chapter of Hebrews at Gahini », in *RN*, n°40, avril 1932, p. 19.

maladie [le pian surtout], tiendront le malade plus ou moins à l'écart » (892). Les missionnaires étaient conscients que sous « le fatalisme indigène [qui] les soutient encore un peu », se cachait non seulement « la douleur physique qui accable les indigènes : ils souffrent aussi moralement de leur état, surtout s'ils sont défigurés, car on ne leur témoignera guère de sympathie.

Les observateurs européens constataient que les populations connaissaient les symptômes d'un certain nombre de maladies, mais pas toujours les remèdes. « Dans leur ignorance obstinée [les gens disent] qu'on ne soigne pas » les plaies du pian tertiaire. Et l'infirmière de commenter : « Combien de pauvres enfants victimes de cette ignorance, sont estropiés pour le reste de leurs jours, simplement faute de soins ! » (893) Les Rwandais connaissaient « fort bien » les dangers de la la cérébro-spinale (894). Par contre, les risques engendrés par le charbon humain, connu et décrit comme « une vieille maladie qui existe depuis toujours », étaient minimisés par certains éleveurs, comme nous l'avons mentionné par ailleurs. Enfin, ils constatèrent que les populations étaient très conscientes de l'issue fatale de certaines maladies, telle la tuberculose. Se sachant condamné, un *junior hospital boy* de Gahini manifesta « his utter despair » de façon si aiguë que les missionnaires craignirent que celui-ci « would hasten his end if nothing else » (895). Nous pourrions ajouter que ce désespoir semblait accentué par l'échec de la médecine occidentale à le sauver, puisqu'il renonça à l'abstinence prônée par les Anglicans, se remettant à boire de la bière et à fumer du tabac.

Les missionnaires relevaient à l'occasion, parfois même avec une pointe de moquerie, la manière dont les populations décrivaient leurs maladies. « The out-patients are often amusing ; often when they are asked what is wrong, they say "an illness". When asked « what illness ? », they say in a surprised way "do I know ?", which is hardly helpful ; others go into a minute of very intensive description of their ailments » (896). « Natives' descriptions of their ailments are always most entertaining: another man told me he had a lion roaring in his stomach and he had actually heard it (...) one gentleman told me that the top of his head was eating him to such an extend that it ran down both sides of his face into his jaws » (897). « One man told me he had a wild beast inside which was eating his heart, and one woman informed me quite seriously that she had not had a child for a hundred years » (898). Une infirmière protestante belge était apitoyée par le fait que « nos indigènes comprennent peu la maladie ! Les plus avancés d'entre eux persistent dans leur conviction que c'est un serpent ou un "inyamaswa" – une bête, qui à l'intérieur est la cause de tous leurs maux, et devant la description de ce dont ils souffrent, et malgré les gestes animés qu'ils ajoutent à leurs paroles, nous demeurons souvent perplexes pour donner un nom à leur maladie » (899).

-
- 892 A. LESTRADE, « Une visite au dispensaire de Rubengera », in *BM*, I, n°36, février 1929, p. 350-351. La citation suivante est également extraite de ce passage.
- 893 G. GERARD, « Au dispensaire d'Iremera », in *BM*, II, n°26, mars 1934, p. 15.
- 894 Lettre du Dr Mathieu au RR, Kigali, 22 août 1935 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°6).
- 895 D. LANHAM, « Miss Lanham writes of happenings in Kigeme Hospital », in *RN*, n°73, août 1940, p. 9.
- 896 L.G. WILKINSON, « Letter from Mrs. L.C. Wilkinson » in *RN*, n°32, juillet 1930, p. 22.
- 897 C.B. VERITY, « The Rev. C.B. Verity's visit to Kigeme », in *RN*, n°42, octobre 1932, p. 29. Ce malade souffrait de quatre dents pourries.
- 898 M. FORDER, « Miss Forder tries conclusions with the Revival practitioner » in *RN*, n°65, août 1938, p. 29.
- 899 S. MERCIER, « Au dispensaire de Kirinda », in *BM*, II, n°45, janvier 1938, p. 12. *Nyamaswa* signifie bête sauvage (P. SCHUMACHER, *Dictionnaire phonétique...*, op. cit., p. 262).

c) Noms des maladies

Dès le milieu des années 1920, les fonctionnaires et le personnel médical du Ruanda-Urundi repérèrent une série de noms de maladies en swahili ou en kinyarwanda. Le résident du Ruanda signala en 1926 que le service médical enverrait aux fonctionnaires le nom en langue locale des maladies auxquelles ils étaient confrontés, mais nous n'en avons pas trouvé la trace (900). En 1929, un fonctionnaire territorial fit la liste de quelques grandes maladies, en signalant le nom rwandais, sans être toujours très sûr de l'adéquation entre les deux (901).

En tout, les archives administratives ne nous ont permis de repérer que les termes suivants : « Mfura », c'est-à-dire une « sorte de grippe » (902) ; « ubushita », la variole (903) ; « ibihara » « que je suppose être la varicelle » (904) ; « mugiga » (905) ou « Mukiga » ou « umugiga », la méningite cérébrospinale ; « gisore », grippe espagnole ; « kapfura : fièvre typhoïde, supposition » (faux : il s'agit d'une forme de malaria) (906) ; « amachinya », dysenterie (907) ; « umusaze », simple d'esprit (908) ; « ikishome » en swahili, « umusenga » en kinyarwanda, c'est-à-dire pneumonie ; « ibirashyi », « ikirashi », ou encore « idirashi », charbon humain (909).

Les fonctionnaires signalaient que les gens ne connaissaient pas toujours le nom de certaines affections qui les touchaient, ou encore qu'ils donnaient un nom à une maladie en fonction de sa mortalité importante (« les indigènes appellent la maladie *Mutikuzi* [*Gutikura* = frapper] » (910), tout comme ils baptisaient les disettes et famines selon leurs caractéristiques, ou leur lieu d'émergence, sans savoir exactement de quoi il retournait. Ils se plaignaient du fait qu'« il est fort difficile d'obtenir des indigènes des renseignements précis sur les symptômes » (911).

Les infirmières protestantes belges apprenaient progressivement le vocabulaire rwandais désignant les maladies. Il leur fallait un certain temps d'adaptation pour que « les termes usités au dispensaire pour les maladies courantes [deviennent]

-
- 900 Lettre du GRU Ryckmans au RR, Usumbura, 13 avril 1926 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°9).
- 901 Liste des épidémies en territoire de Gatsibu depuis 1900 à 1929, par l'AT de Gatsibu Stoffin, en route, 22 juillet 1929 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°14).
- 902 Selon P. Schumacher, *mupfura* signifie « se moucher », p. 270.
- 903 Le dictionnaire du P. Schumacher, paru en 1954, confirme cette traduction (P. SCHUMACHER, *Dictionnaire phonétique...*, op. cit., p. 137 et 307).
- 904 Liste des épidémies en territoire de Gatsibu depuis 1900 à 1929, par l'AT de Gatsibu Stoffin, op. cit. P. Schumacher signale que *ibihara* signifie « pustule » (p. 202).
- 905 P. SCHUMACHER, *Dictionnaire phonétique...*, op. cit., p. 188.
- 906 Liste des épidémies en territoire de Gatsibu depuis 1900 à 1929, op. cit. En 1954, le P. Schumacher signale que le terme typhoïde se traduit par « tifoyidi ou tifusi » (p. 136). Le *kapfura* intrigue longtemps missionnaires et médecins de la Colonie. En fait, il s'agissait d'une forme de malaria.
- 907 P. Schumacher signale comme traduction « amachinya » ou « kazutu et myambi » (P. SCHUMACHER, *Dictionnaire phonétique...*, op. cit., p. 54 et 167).
- 908 « Umusazi » signifie fou, aliéné, extravagant (P. SCHUMACHER, *Dictionnaire phonétique...*, op. cit., p. 296).
- 909 Selon Schumacher, la maladie du charbon s'appelle *igitaka* (P. SCHUMACHER, *Dictionnaire phonétique...*, op. cit., p. 325).
- 910 Lettre de l'AT de Lubengera Buisseret au RR, Kibuye, 11 août 1931 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°12). Le fonctionnaire signale effectivement une très grande mortalité entraînée par une maladie à caractère épidémique, caractérisée par des diarrhées violentes accompagnées de vomissements et de fièvres.
- 911 Lettre de Sandrart au Dr Collet à Birenga, Rukira, 20 juin 1931 (AA, Bruxelles, dossier RWA 533 n°14).

familiers » (912). Mais si ces femmes ont fait l'effort de les apprendre, elles n'en rapportent rien dans leurs écrits. Cette connaissance n'avait donc qu'un objectif pratique. Il ne s'agissait pas d'une recherche scientifique, d'une réelle collecte de données, avec questionnement sur les connaissances médicales sous-jacentes à ce vocabulaire. Nous n'avons trouvé de mention que du « kapgura », « espèce d'angine, accompagnée de fièvre, maux de nuque et des reins, que la quinine arrive seule à guérir » (913) (une maladie que d'autres missionnaires appelaient « kapfura ») ; de l'« amaseke », une « sorte de malaria provoquant une fièvre violente accompagnée de maux de tête et de la nuque insupportables ; le malade maigrit rapidement ; seules des doses massives de quinine obtiennent un effet appréciable » (914), de parasites intestinaux, désignés par le vocable « inzoka », que l'infirmière traduit par le terme générique, et très peu précis de « vers » (915), ou encore des « ibisebe », ou plaies du pian tertiaire. Ce terme montre que les populations étaient conscientes des trois stades de la maladie, stades qu'ils mettaient tous en corrélation.

§ 2. Attitude de l'administration et des missions face aux pratiques locales

Ce paragraphe scrutera les attitudes adoptées par l'administration, le service de l'hygiène et les missions à l'égard de la persistance des pratiques rwandaises. Il abordera brièvement la politique générale en ce domaine, le recours occasionnel par des Occidentaux ou leurs auxiliaires aux pratiques anciennes et la répression ou la réprobation de ce que les Européens appelaient les "pratiques barbares et superstitieuses".

a) Politique générale

La question de l'attitude adoptée par les services sanitaires officiels envers la pratique dite traditionnelle de la médecine est difficile à résoudre sur base des sources que nous avons étudiées. Dans les territoires limitrophes, les fonctionnaires médicaux britanniques d'Afrique orientale perçurent rapidement qu'ils ne pouvaient imposer de changements brutaux aux populations locales, s'ils souhaitaient obtenir une réelle amélioration et favoriser leur politique de promotion d'une autre hygiène publique. Selon Ann Beck, la position officielle était que « when a native custom interfered with medical or sanitary regulations, education must precede any attempts to overcome native resistance » (916).

Cette théorie fut mise à mal entre autres lors de la controverse à propos de l'excision au Kenya. La pratique de l'excision, bien que considérée comme contestable d'un point de vue strictement médical, n'était pas interdite ni contrée par les médecins coloniaux. La *Church of Scotland Missions* mit le feu aux poudres en s'opposant vivement à cette pratique, essentiellement parce qu'elle s'accompagnait d'un rituel étranger à l'attitude chrétienne. Certains représentants des autorités coloniales firent pression sur les conseils locaux pour qu'ils combattent cette pratique dans certaines régions, mais d'autres signalèrent que ce serait une lourde erreur d'imposer l'interdiction de l'excision par la force. L'un d'eux estimait en 1922

912 G. GERARD, « Activité médicale à Iremera », in *BM*, II, n°15, juin 1932, p. 232.

913 S. HUART-MORSAINT, « Activité du dispensaire de Kirinda », in *BM*, II, n°29, octobre 1934, p. 9.

914 *Ibidem*.

915 R. SIMUL, « Mères et bébés du Ruanda », in *BM*, I, n°9, février 1924, p. 82.

916 A. BECK, *A History of the British Medical Administration of East Africa...*, op. cit., p.92. Les informations qui suivent sont également tirées de cette étude aux pages 92-104 sur la controverse de l'excision, et aux pages 138-142, 204-205 sur la manière d'appréhender la médecine autochtone.

que le rôle de la législation dans ce domaine était « to follow propaganda and education » et non de les précéder (917). Un règlement interdit néanmoins l'excision en 1925. Lors de cette controverse, le département médical d'Afrique de l'Est resta à l'arrière plan. Les médecins consultés sur cette pratique se contentèrent de signaler qu'elle avait été pratiquée durant toute la période coloniale précédente, et que « there was no reason to be more alarmed about this custom than about other health hazards in the reserves. » La position du département médical rejoignait celle du département des affaires indigènes et de l'éducation : il fallait compter sur les lumières progressives apportées par une éducation étalée sur une longue période. La CMS elle aussi se plaça en retrait et n'exclut pas de la chrétienté les femmes excisées. Nous en avons déjà touché un mot dans le chapitre consacré à cette société missionnaire (918).

Dans les autres secteurs de la médecine également, les autorités médicales britanniques se trouvaient confrontées au problème d'introduire des mesures contraires aux coutumes, croyances et préjugés, ainsi qu'à la pratique de la sorcellerie. Selon Ann Beck, « they did not want to destroy the pattern of native society », cependant « modern medicine could not be grafted onto a way of living in which men cared more for communicating with spirits than with scientists to get answers to questions about cause and effect in the natural world. Interference in native life through curative medicine, sanitation, and education, must lead to a partial destruction of native society. » La différence entre les méthodes occidentales et africaines dans le domaine de la santé était essentiellement de l'ordre de la conception : le médecin occidental procédait par analyse, là où le tradipraticien africain visait à soulager la souffrance par une recherche non planifiée : il était convaincu que la médecine était efficace via la magie.

Ces conflits de conceptions ne débouchaient pas sur des sanctions juridiques. Selon Ann Beck, « the remedy about witchcraft or belief in magic was not legislation as such. Under the existing witchcraft ordinances, a witch doctor who intended to provide beneficial medicine was rarely prosecuted unless his activities caused social disorder. Usually, a witch doctor did not practise black magic » (919). Les administrateurs territoriaux chargés d'appliquer les sanctions évaluaient les perturbations politiques et sociales avant d'intervenir : le facteur médical n'intervenait pas dans cette décision, même s'il y avait eu mort d'homme pour faute de prescription. Les médecins quant à eux n'évaluaient ces pratiques autochtones qu'en terme de freins à la propagation de nouvelles conceptions de l'hygiène publique.

Les sources sont discrètes sur la position adoptée par le service de l'hygiène et les services administratifs et politiques des territoires sous mandat belge à l'égard de la médecine des tradipraticiens. Sur le plan théorique, en 1925, un décret complétant certaines dispositions du Code pénal consacrait sa section *ter* aux « des épreuves superstitieuses et des pratiques barbares » (920). En 1935, plusieurs personnes furent condamnées pour ce type de pratiques (921). Ce décret ne concernait pas la médecine dite traditionnelle en tant que telle.

917 Cité par *Idem*, p. 101.

918 Première partie, chapitre 4.

919 *Idem*, p.139.

920 *RAC* 1929, p. 126-127.

921 Voir notamment RA Kisenyi 1935 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 87 n°21).

Dans la pratique, les autorités mandataires semblent avoir laissé les guérisseurs rwandais exercer leur art de guérir tant qu'ils restaient dans la pratique ancienne. Ceci est très semblable à ce qui se passait encore à la même époque en Europe. Selon Catherine Rollet et Marie-France Morel, en France les classes populaires et paysannes continuèrent de se soigner elles-mêmes, de recourir au curé, aux guérisseurs, aux herboristes, etc. jusqu'à l'ouverture des assurances sociales en 1928 (922). Par contre, la législation sur l'art de guérir limitait fortement la pratique de la médecine moderne pour les Africains.

Du côté des missionnaires, le recours aux médications traditionnelles suscitait la critique. Les missionnaires britanniques estimaient généralement ces préparations peu efficaces, voire dangereuses. Theodora Skipper, par exemple, déclarait sans ambage que « the native medicine is quite unstandardised and is often very poisonous », et avançait pour preuve la mort d'un bébé due à un remède local (923). Le recours simultané aux remèdes traditionnels et à la médecine occidentale irritait les missionnaires, qui estimaient qu'« ignorance and heathendom are great barriers to health », et que, trop souvent, « the patients (...) have had native interference », en ajoutant des « native medicines » aux soins fournis par l'hôpital (924).

Le recours en parallèle, ou successivement, à plusieurs types de traitements (biomédecine et médecine traditionnelle par exemple) est certainement un phénomène qui devrait être analysé plus en profondeur dans notre champ d'étude. Des travaux ayant opté pour cet angle d'attaque à propos d'autres régions d'Afrique apportent un éclairage prometteur. Robert Debusmann, par exemple, a observé au Cameroun allemand les stratégies mises en place par les populations vis-à-vis de l'offre médicale : selon les cas, fuite, évasion, absentéisme, mais aussi pluralisme médical de plusieurs types : 1) *therapy managing group* (malades venant avec des membres de leur famille, qui intervenaient dans le choix de l'établissement, dans le suivi des conseils du médecin). 2) consultations sélectives : les Camerounais allaient chez le médecin européen pour certains types de maladies (cas chirurgicaux et affections extérieures par exemple), les affections d'origine peu claires étaient traitées par d'autres instances thérapeutiques. Parfois les patients stoppaient le traitement dans les institutions occidentales, il s'avérait désagréable ou peu prometteur. Debusmann propose une grille d'analyse du pluralisme médical. Celui-ci peut être segmentaire, une complémentarité entre plusieurs options thérapeutiques étant observée (chaque thérapeute étant considéré comme compétent pour certains types d'affections). il pouvait être successif, le patient quittant un thérapeute en cas d'échec, pour en essayer un autre. Enfin, ce pluralisme pouvait être parallèle, le patient tentant de guérir une affection en suivant plusieurs types de thérapeutiques en même temps (925).

Des indices glanés dans les sources missionnaires à propos du Ruanda nous poussent à penser que souvent les populations venaient dans les dispensaires occidentaux en désespoir de cause. Florence Bretelle-Establie a constaté la même chose au Yunnan : « les chinois consultaient d'abord les médecins traditionnels chinois et ne venaient consulter le médecin occidental que si les premiers

922 C. ROLLET et M.-F. MOREL, *Des bébés et des hommes...*, op. cit., p. 270.

923 T.M. SKIPPER, « Miss Skipper talks about the work among the women at Gahini », in *RN*, n°54, octobre 1935, p. 22.

924 N.M. JAMES, « Dr. Norman James writes of medical work at Shyira », in *RN*, n°51, janvier 1935, p. 44 ; D. LANHAM, « Miss Doris Lanham's first letter », in *RN*, n°64, avril 1938, p. 35.

925 R. DEBUSMANN, « Médicalisation et pluralisme au Cameroun allemand : autorité médicale et stratégies profanes », in *RFHOM*, XC, n°338-339, 2003, p. 225-246.

traitements n'avaient pas réussi à soulager la maladie. Certaines maladies, soignées avec succès par des thérapeutes chinois, ne figuraient donc pas, ou dans des proportions minimales, dans la nosographie de l'hôpital » (926). Ceci mériterait d'être approfondi pour le Rwanda également.

b) Recours occasionnel

Il arriva pourtant que, dans des situations exceptionnelles, les pratiques locales ne soient pas écartées totalement, mais au contraire appliquées par les missionnaires incapables de trouver d'autres remèdes à des maladies qui leur étaient inconnues. Ce fut particulièrement le cas pour le *kapfura*, une des formes de la malaria. Les missionnaires catholiques ne connaissaient pas cette forme de la maladie et crurent être en présence d'une affection nouvelle, aussi furent-ils davantage enclins à tester – avec un succès assez prononcé – les méthodes employées par les populations. Nous avons plusieurs traces de l'adoption par les Sœurs Blanches et les Pères Blancs des techniques de soins rwandaises pour soigner le *kapfura*. « Le seul remède qui agisse lorsqu'il est employé à temps, (...) est celui usité par les indigènes. Il consiste à racler le fond de la gorge pour enlever les peaux diphtériques et les couennes qui se reforment avec une violence extraordinaire et obligent à recommencer l'opération deux à trois fois par jour » (927). Les religieuses signalaient également avoir employé les pointes de feu sur une religieuse rwandaise grièvement atteinte de cette maladie (928).

Les infirmières complétaient à l'occasion leur pharmacie par la culture de plantes médicinales. En 1931, par exemple, les religieuses n'ayant « aucun moyen d'approvisionner le dispensaire » se rabattirent sur les simples : « la camomille, la menthe et la fleur d'oranger que nous pouvons cultiver sont devenues les remèdes universels » (929). Elles utilisaient également ce qu'elles appelaient des remèdes de bonne femme (par exemple un mélange de farine et d'eau pour guérir les dysenteries accompagnées de fièvre) (930). Plus rarement, certaines infirmières évoquaient le recours à des plantes indigènes, du moins au début des années 1920 (« depuis longtemps, nous nous tirions d'affaire avec des herbes et des racines médicales du pays ») (931). Il arriva aussi que la population conseille directement aux religieuses tel ou tel remède (932). Ce recours à des pratiques locales eut parfois lieu avec l'aval des religieuses. La copiste de Nyundo raconte ainsi le cas d'une femme chrétienne devenue folle furieuse, et que les Sœurs Blanches avaient dû attacher. Le mari de cette chrétienne, converti lui aussi, fit appel à un homme qui avait « la réputation de guérir de la folie. » Il prescrivit de « boire trois litres du jus d'un arbre qui porte à vomir et une bonne dose de poudre dans le nez », ce que les religieuses laissèrent administrer à la patiente (933). Durant la seconde Guerre mondiale, elles y recoururent de manière beaucoup plus fréquente (934).

926 FI. BRETTELLE-ESTABLET, « Diplomatie et politique coloniale... », *op. cit.*, p. 61.

927 RA SMNDA Kabgaye, 1928-1929 (ASMNDA, Rome, dossier B5110/3 n°4). Cette information est reprise dans MARIE-SAINT PATRICE, « Poste de Kabgaye (Rwanda). Aperçu sur les œuvres », in CSMNDA, n°16, octobre-décembre 1928, p. 43.

928 Diaire PB Rwanza, 19 et 26 juillet 1926 (APB, Rome).

929 Exemple du diaire SMNDA Rwaza, 7 mai 1932 (ASMNDA, Rome).

930 Diaire du Noviciat SMNDA Issavi, 10 mars 1940, ASMNDA, Rome.

931 Exemple dans le diaire SMNDA Rwaza, 15 janvier 1920 (ASMNDA, Rome).

932 Exemple dans le Diaire SMNDA Zaza, 5 décembre 1935 (ASMNDA, Rome).

933 Diaire SMNDA Nyundo, 1er et 2 juin 1927 (ASMNDA, Rome).

934 Selon les informations que nous a fournies Sœur Marie-Louise Thiry, entretien du 20 mars 2001 à Saint-Marc.

Nous ignorons comment les religieuses furent informées de certains remèdes indigènes. Posaient-elles des questions directement aux gens proches de la mission ? Recevaient-elles spontanément des informations à ce sujet ? Faisaient-elles ces enquêtes systématiquement, ou uniquement lorsque leur science était prise en défaut, ou leur pharmacie vide ? Par ailleurs, bien que les religieuses aient relevé parfois le fait que les gens considéraient les maladies comme les conséquences de malédictions ou d'actes hostiles, elles ne firent guère de commentaires sur cet aspect des choses.

c) Répression des pratiques "barbares" et de la sorcellerie

Si les autorités mandataires toléraient la pratique de la médecine dite traditionnelle par les guérisseurs, elles s'opposaient par contre à l'action de ceux qu'elles appelaient des sorciers. Ce fut notamment le cas à la fin des années 1930 à propos du mouvement *Biheko*, décrit comme « la secte des Nyabingi », des sorciers qui « sont quotidiennement consultés par une multitude de gens cherchant guérison à leurs maux physiques. [Car] intérieurement, l'indigène reste aussi attaché aux anciennes pratiques, coutumes et genre de vie (croyances superstitieuses, etc.) », aussi bien pour les hommes que le bétail (935). La recherche étymologique des termes *nyabingi* et *biheko* renvoie au port des amulettes (936). Les fonctionnaires territoriaux signalaient les *biheko* comme « exerçant une grosse influence sur la population du fait de la crédulité de celle-ci et accomplissant un métier rémunérateur en effectuant de supposées guérisons physiques et psychologiques » et annonçaient qu'ils « furent découverts et poursuivis devant les tribunaux européens du chef d'escroqueries. Des peines exemplaires leur furent appliquées » (937). Des *biheko* furent notamment condamnés en 1939 et 1940 dans le territoire de Kisenyi. De temps à autre, un Rwandais était arrêté pour sorcellerie. Par exemple, en 1935, « au Bumbogo est venu un fameux médecin. Il fait cracher des lézards, des vers et guérit toutes les maladies possibles. Tout le monde accourt à lui. Il joue avec des escroqueries à n'en pas finir. M. Dryvers, averti de l'individu, l'arrête et le met en prison pour six mois » (938).

La lutte contre les sorciers était également au cœur du combat missionnaire, tant sur le plan spirituel que sanitaire. Les missionnaires étaient certains que les Rwandais continuaient à recourir à la superstition et à la sorcellerie, ainsi qu'aux sacrifices d'animaux. La revue *Ruanda Notes* publia la lettre d'un chef venant de se convertir et confessant ses pratiques anciennes (« I have sorrow because I used to do witchcraft and do sacrifice hens and sheep and other things to consult the unseen ») (939). Pour mettre en échec ces pratiques, Ada Forder n'hésita pas à demander qu'un sorcier l'envoûte publiquement, afin de le confondre ensuite en lui faisant avouer son impuissance et de déclarer que « the charms were worthless » (940). Elle tempéra sa victoire en signalant que, par la suite, ce sorcier refusa néanmoins de se séparer de ses charmes pour les envoyer en Grande-Bretagne.

Les Sœurs Blanches se montrèrent elles aussi très critiques envers des pratiques qu'elles considéraient non comme des erreurs sous l'angle médical, mais comme

935 RA Kisenyi 1937, *op. cit.* ; RA Ruhengeri 1937, *op. cit.*

936 P. SCHUMACHER, *Dictionnaire phonétique...*, *op. cit.*, p. 204 et 158.

937 RA Kisenyi 1939 (AA, Bruxelles, dossier RA/RU 87 n°25).

938 Diaire PB Muramba, 2 février 1935 (APB, Rome).

939 KARAKEZI, « Letter from Karakezi, chief of Gahini Hill », in *RN*, n°36, avril 1931, p. 6.

940 M. FORDER, « Miss Forder tries conclusions with the Revival practitioner » in *RN*, n°65, août 1938, p. 29.

des superstitions et sorcelleries. Elles se sentaient investies de la mission de couper les populations de ces "pratiques sataniques", de ces "diableries" comme elles les appelaient. Le sorcier était leur ennemi, ainsi que les amulettes et que certaines pratiques locales, qui, selon elles, détournaient les Rwandais de la voie du salut et du christianisme. Pour mener ce combat, les missionnaires catholiques (Pères Blancs et Sœurs Blanches) choisirent parfois de construire les lieux de culte chrétien sur des anciens emplacements utilisés pour des sacrifices et rites rwandais (941). Chaque fois qu'elles étaient en situation de le faire, les religieuses retiraient et détruisaient les amulettes portées par les patients qui se présentaient chez elles, provoquant parfois les craintes de ces derniers : « Oh Mama, ne fais pas cela, ne sais-tu pas que ce sont des choses qui nous protègent de la maladie ? » (942) Les religieuses étaient confondues par le fait que les gens se montraient selon elles crédules envers les sorciers, les croyant capables de faire tomber la pluie, de guérir des maladies considérées comme incurables (lèpre, tuberculose), de mettre fin aux épidémies, ou encore de punir leurs ennemis en leur envoyant sécheresse, insectes, maladies, etc.

Certains cas semblent avoir davantage frappé les religieuses, surtout quand les patients étaient des chrétiens désespérés de guérir un jour, et qui retournaient à des pratiques anciennes (943). Elles ne pouvaient que constater que « les croyances païennes et superstitieuses n'ont pas encore disparu, même chez nos chrétiens » (944). Elles racontèrent le cas de plusieurs chrétiens retournés chez les sorciers. « Un catéchiste qui avait sa fille malade, la conduisit chez le sorcier. Ce dernier lui appliquant une corne pour lui tirer du sang, fit croire aux parents qu'il avait retiré une planchette, des os, etc. Ils en sont convaincus » (945) ; « une des filles chrétiennes de la mission, malade de la lèpre, et ne pratiquant plus depuis quelques années, a essayé de trouver sa guérison auprès des sorciers. Elle a accepté de devenir la femme du plus grand sorcier des environs dans l'espoir de guérir un jour » (946).

Les missionnaires se réjouissaient du recul des superstitions et recours aux sorciers. « Les médecins-sorciers voient leur clientèle diminuer en même temps que leur prestige autrefois si grand. Nous pouvons remarquer la chose chez un sorcier qui habite non loin d'ici. Autrefois, il pouvait vivre dans une grande aisance et avoir de nombreuses épouses grâce aux revenus que lui procuraient ses médecines et ses incantations. Maintenant, sa richesse diminue, et avec elle, le nombre de ses femmes » (947). ce n'était pourtant pas un combat gagné : à la fin de l'entre-deux-guerres, les infirmières se résignaient « aux conditions de travail, qui découlent de la mentalité de l'indigène, de la foi qu'il a encore dans les médecines noires, du manque d'hygiène, de la fatalité qu'il montre devant la maladie et la mort » (948). Elles se désolaient du « recours aux fétiches et [de] l'aveuglement souvent homicide des vieilles superstitions en matière de soins aux malades et aux accouchées et nourrissons » (949).

941 Diaire SMNDA Issavi, 4 février 1925 (ASMNDA, Rome).

942 Diaire SMNDA Kabgaye, 3 décembre 1924 (ASMNDA, Rome). Il ne s'agit là que d'un exemple, parmi de nombreux autres relevés dans les sources.

943 Exemple : MARIE-VERONIQUE, « Ma première excursion dans le Rouanda », in *CSMNDA*, XXVI, n°105, janvier 1925, p. 219.

944 Diaire SMNDA Issavi, 2 septembre 1936 (ASMNDA, Rome).

945 *Ibidem*.

946 Diaire SMNDA Nyundo, 3 avril 1930 (ASMNDA, Rome).

947 A. LESTRADE, « Progrès religieux à Rubengera », in *BM*, II, n°4, août 1930, p. 51-52.

948 S. MERCIER, « Dispensaire de Rubengera », in *BM*, II, n°53, mai-juin 1939, p. 14.

949 « Rapport aux synodes de juin 1939 », in *BM*, II, n°53, mai-juin 1939, p. 8.

CONCLUSION

Il paraît évident, au travers des sources consultées, que les populations ressentirent l'action sanitaire mise en place par l'État comme un quadrillage contraignant. Selon les circonstances, elles considérèrent ces contraintes comme insupportables ou comme un moindre mal (lors d'épidémies meurtrières par exemple). Les témoignages occidentaux permettent de percevoir en partie la manière dont ces populations rwandaises vécurent le quadrillage et le maillage sanitaires, et les stratégies qu'elles adoptèrent pour y faire face. Face à ces pressions d'un genre nouveau, elles adoptèrent en effet deux types d'attitudes : la rébellion ou la soumission. Mais en réalité, leurs stratégies d'adaptation étaient plus larges et plus complexes que ces deux pôles le laissent penser *a priori*.

Dans des situations nouvelles, la gamme de réactions possibles est à la fois importante et limitée. Elle s'échelonne du rejet violent à l'adhésion enthousiaste, en passant par la contestation, la reconstruction des faits (rumeurs), la fuite et l'absentéisme, la méfiance, la docilité, la passivité, la consommation sélective, etc. David Arnold a écrit que « western medical measures threatened many deeply-held beliefs, many long-established social practices. Not surprisingly, they were often greeted with wild rumours, profound suspicion, evasion and resistance. There was violence and rioting as homes and property destroyed, people were searched, and medical suspects were carted off, like convicts to hospitals, segregation camps and lazarets (...) in some cases, compromise was preferred to confrontation, even if it means sacrificing medical objectives and allowing indigenous spokesmen and medical practitioners some part in the conduct of public health campaigns » (950).

On trouve tout cela au Ruanda durant l'entre-deux-guerres : des manifestations violentes, allant jusqu'au combat physique, des groupes de contestations venant récriminer auprès des acteurs de terrain (administrateurs ou missionnaires), des tentatives d'intimidation armées, des rumeurs qui enflent, la fuite, l'exode, l'absentéisme, ou au contraire l'excès de zèle (les gens appelant les médecins et administrateurs à tout propos pour des cas bénins, alourdissant considérablement leur travail par des déplacements inutiles), une docilité apparente contrebalancée par la persistance des thérapeutiques traditionnelles, le *zapping* médical, mais aussi la demande pressante de cures considérées comme miraculeuses, enfin, du côté des autorités coloniales, des changements de méthodes pour éviter les confrontations.

Les anecdotes apportent un éclairage intéressant sur le sentiment de quadrillage : les populations manifestèrent leur sentiment d'être surveillées en permanence à l'occasion de l'irruption d'objets matériels : un avion qui passait était perçu comme l'outil utilisé par le médecin pour vérifier que les populations avaient appliqué les mesures imposées, une carte d'injection devenait un papier d'identité qu'il fallait montrer à l'administrateur venu percevoir l'impôt ou recruter de la main-d'œuvre, etc. Ces petits éléments pittoresques sont des indices du degré de contrainte vécu par les populations (mais pas forcément exercé à leur encontre).

Si ces réactions étaient diverses, elles pouvaient cohabiter au sein d'une même région, et s'observer parfois chez les mêmes acteurs selon les circonstances. Quelques éléments ressortent plus particulièrement. En premier lieu, les contraintes furent jugées insupportables particulièrement quand elles touchaient à la problématique de genre : la société rwandaise avait élaboré un schéma du rôle et de

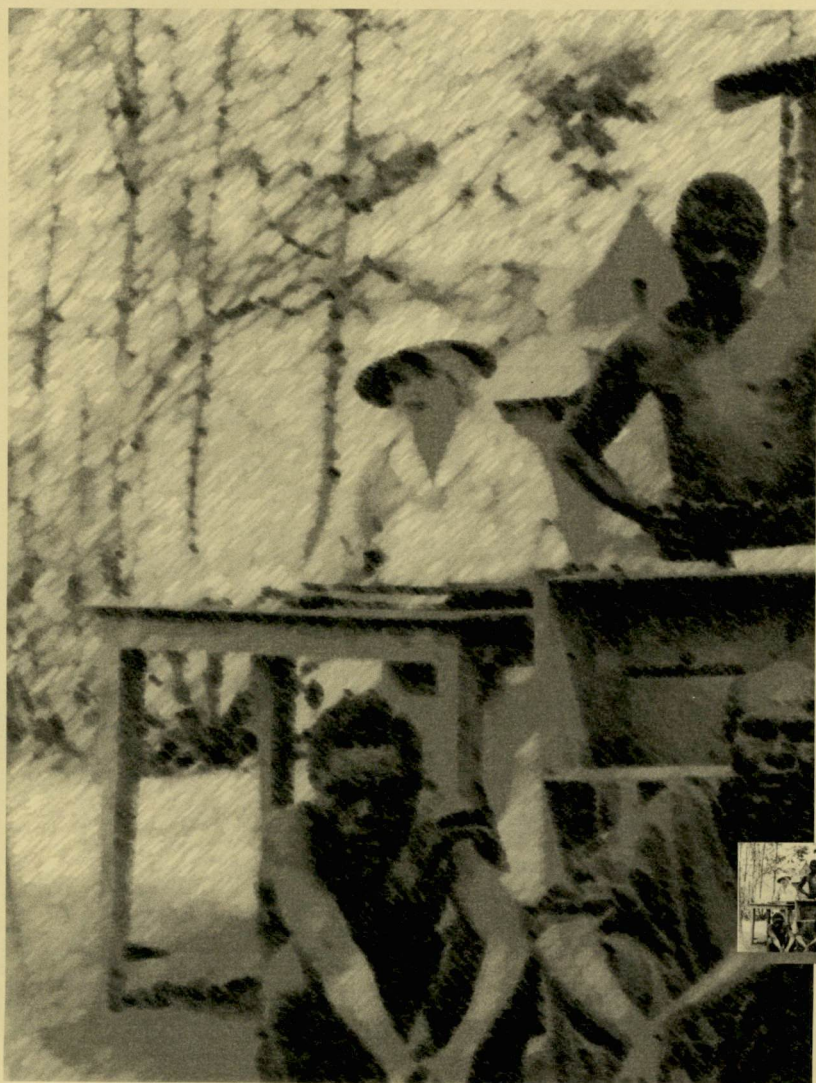
950 D. ARNOLD, « Introduction: disease, medicine and empire », *op. cit.*, p. 20.

la place des hommes et des femmes. La campagne antipianique vint heurter de front ce schéma et entraîna un bouleversement énorme de la société et des individus, créant des angoisses exprimées par la violence physique et verbale : la rumeur que l'on allait châtrer les hommes et mutiler les femmes montre bien que le ressort profond touchait à la conception du masculin-féminin dans la société en général et que l'examen médical était ressenti comme plus complexe qu'un simple dépistage d'une maladie endémique invalidante mais non mortelle. On peut noter que le ressort des autorités sanitaires touchait effectivement à la fécondité et à la démographie, puisqu'une de leurs motivations était d'endiguer la chute démographique crainte en Occident et en colonie. Comme David Arnold le signale dans un autre contexte, suite aux réactions des populations, un compromis fut trouvé au Ruanda en sacrifiant un des principes de la méthode élaborée par les autorités mandataires dans la lutte contre le pian.

Deuxièmement, lorsque les populations ressentaient un quadrillage insupportable, elles reportaient généralement leur colère contre les acteurs intermédiaires africains, les infirmiers et les autorités locales collaborant de manière forcée à ce quadrillage. Les sources témoignent des plaintes exprimées par des groupes de population à l'encontre d'infirmiers indécis, de chefs locaux trop exigeants. Des liens étaient faits entre quadrillage sanitaire et quadrillage économique et social : les paysans contestaient autant l'ordre social rwandais recomposé sous la colonisation que l'action sanitaire imposée. Ces éléments nous poussent à croire que le quadrillage sanitaire engendra d'autres types d'emprises, ou du moins que les populations le ressentirent ainsi. Il faudrait poursuivre l'analyse plus avant, en faisant des enquêtes de terrain, avant de conclure de manière assertive que l'action sanitaire renforça d'autres niveaux de pouvoir.

On ne peut néanmoins limiter l'action sanitaire mise en place durant l'entre-deux-guerres à un exercice abusif de pouvoir : d'une part le rôle de l'État était de veiller à la santé publique générale, par la contrainte si nécessaire, de l'autre, dans de nombreux cas, les Rwandais se montrèrent amateurs de ces alternatives thérapeutiques. Ils consommèrent, voire réclamèrent les traitements efficaces, gardant en réserve ou utilisant en parallèle les guérisseurs rwandais et leurs traitements physiques et psychiques pour d'autres maladies. Ces stratégies témoignent que les populations colonisées n'étaient pas des victimes passives, mais des acteurs utilisant toutes les ressources de leur humanité pour faire face à des situations inconnues, parfois désagréables, parfois insupportables, mais parfois aussi considérées comme favorables ou utiles. L'étude du recours simultané ou successif aux traitements de la biomédecine occidentale et de la thérapeutique rwandaise mériterait d'être approfondie pour répondre de manière nuancée à nos interrogations de départ.

Conclusion de la deuxième partie



Le bilan que l'on peut dresser de l'intervention des autorités mandataires belges dans le domaine sanitaire entre les deux guerres peut être articulé autour des trois axes qui ont servi de trame à cette partie analytique de notre travail : l'action sanitaire proprement dite, les effets induits en terme d'emprise sur la société rwandaise, les réactions de la population.

Pour apprécier l'action sanitaire mise en place, il faudrait tenir compte à la fois des résultats obtenus et de la manière dont ils le furent. Rappelons que nous n'avons pas cherché à établir un bilan nosologique de l'efficacité de l'action sanitaire sur le plan médical strict. En d'autres termes, ce n'est pas ici que le lecteur pourra mesurer le recul de certaines endémies ou l'évolution démographique. Ceci étant, nous pouvons néanmoins signaler quatre éléments d'évaluation. Premièrement, un réseau relativement dense d'intervention sanitaire, comportant établissements hospitaliers et sanitaires et personnel soignant a été mis en place sur l'ensemble du territoire. Ensuite, des efforts importants ont été déployés pour combattre – à défaut d'éradiquer – les maladies présentes à l'état endémique ou épidémique (pian, malaria, maladie du sommeil...) sur l'ensemble du territoire ou dans des régions relativement importantes. Troisièmement, un ensemble relativement dense de dispositions législatives et réglementaires ont été adoptées, constituant, en dépit de leur caractère incomplet et insuffisamment coordonné, l'embryon d'une politique sanitaire adaptée au pays. Enfin, la mise en application, dans des secteurs multiples, de mesures souvent coercitives contribua à améliorer l'hygiène publique, au minimum autour des agglomérations.

L'appréciation de la manière dont ces éléments furent mis en place est plus mitigée. Premièrement, l'inexpérience de la puissance administrante en la matière, combinée aux divergences parfois profondes entre puissance administrante et autorités sanitaires (voire à l'intérieur de chacune de ces sphères), a souvent conduit à des incohérences et des revirements dans la politique sanitaire sur le terrain (951). La plus nette de ces volte-face fut l'abandon d'une politique sanitaire menée au départ d'un réseau d'établissements hospitaliers et son remplacement par des campagnes itinérantes de recensement et de soins. La division du travail et des compétences entre acteurs administratifs et acteurs médicaux fut source de complications, de retards, etc. et témoignait sans doute d'un conflit d'autorité et d'un rapport de force entre autorités détentrices du pouvoir politique et administratif et celles détentrices du savoir et du pouvoir médical. Cependant, cette répartition des responsabilités entre deux types d'acteurs les obligeait à faire intervenir dans la décision la multiplicité des données à prendre en compte pour éviter des effets induits négatifs. Laisser la décision aux seules autorités médicales, c'était courir le risque d'une approche strictement médicalisée du problème sans tenir compte des effets sur la vie courante des gens, sur l'économie des régions concernées, etc. À l'inverse, laisser la prééminence ou le monopole des décisions aux autorités administratives, c'était courir le risque de ne pas bien prendre en compte les dangers des épidémies et des endémies. En principe donc, cette division des compétences pouvait être favorable aux populations, tout en évitant le risque d'une politique trop autoritaire.

951 L'importance des clivages idéologiques et confessionnels apporterait peut-être un éclairage intéressant à ce propos.

Le problème était dans la manière (les procédures, critères, etc.) dont ces conflits de compétence étaient gérés et résolus. Sur le terrain, ces conflits engendrèrent beaucoup d'hésitations et de pertes de temps.

Deuxièmement, en raison notamment – mais non exclusivement – de l'insuffisance chronique de moyens financiers mis à la disposition de l'administration locale par l'État belge, des pans entiers de l'action sanitaire ont dû être concédés au secteur privé, et notamment aux sociétés missionnaires, dont la qualité du travail sanitaire était diversement appréciée par les autorités médicales officielles. La multiplicité des acteurs accroissait les possibilités de traitements pour les Rwandais, mais elle entraîna une offre peu homogène, discontinue, aux priorités diverses et aux moyens d'action disparates.

Troisièmement, la dépendance objective de l'administration mandataire belge vis-à-vis des autorités de Léopoldville n'a guère favorisé la mise en place au Ruanda d'une politique sanitaire pensée au départ des réalités du pays. On assiste davantage à la transposition-adaptation au Ruanda de mesures législatives et réglementaires ou de politiques sanitaires initialement prévues par et pour la colonie belge du Congo. Il ne s'agissait pourtant pas d'un simple calque : des variantes stratégiques furent adoptées, notamment la mise en avant de la lutte contre le pian plutôt que contre la maladie du sommeil, la lèpre ou la tuberculose.

Enfin, la pratique sanitaire sur le terrain traduit parfaitement les conceptions de la Belgique en matière d'administration coloniale. L'un des symptômes les plus marquants est le caractère embryonnaire des efforts consentis pendant la période considérée pour faire émerger une élite sanitaire autochtone (médecins, infirmiers de haut niveau) susceptible de compléter, et à terme de remplacer, le personnel médical et sanitaire expatrié, à l'inverse de ce que l'on peut observer en Uganda par exemple. Par contre, la machine sanitaire mise en place cherchait à offrir à l'ensemble de la population une couverture médicale de base, plutôt qu'à réserver à une élite une infrastructure de pointe. En effet, si le premier souci des Belges au Ruanda-Urundi avait été de faire fonctionner quelques antennes hospitalières d'importance permettant de traiter les agents européens et leur personnel africain, une attitude typique d'un nouveau colonisateur, les médecins dirigeants du service de l'hygiène dans les territoires sous mandat souhaitèrent ensuite obtenir une adhésion rapide de la plus grande masse possible des populations à leur action en marquant les esprits. Dans ce but, ils privilégièrent la lutte contre certaines maladies, parce qu'elles pouvaient être traitées facilement et à faible coût. De même, les traitements étaient choisis pour leurs résultats rapides et spectaculaires. Les options prises en terme de constructions cherchaient à répondre aux mêmes objectifs : ne pas faire fuir les patients rwandais par un dépaysement trop important. Enfin, la stratégie générale visait à toucher un maximum de gens en leur offrant un service sanitaire de base, mais dans un maximum d'endroits. On retrouve ici le « cachet » colonial belge, celui d'une colonisation pour les masses, sans ambition démesurée, à l'inverse de la colonisation britannique cherchant l'excellence, quitte à ne l'offrir qu'à des élites restreintes. Le revers de la médaille était que les cadres africains de la santé moderne étaient presque inexistants.

Si nous observons les effets induits en terme d'emprise sur la société rwandaise, plusieurs éléments ressortent également. Rappelons que cette partie consacrée aux rapports entre action sanitaire et contrôle social a scruté les sphères officielles et missionnaires. Si l'on se penche dans un premier temps sur la question des emprises par les acteurs sanitaires de l'État, on constate une gradation des influences exercées via l'action sanitaire. Au stade le plus léger, nous pouvons placer l'action curative

dans les hôpitaux et les dispensaires. Mise en place à partir de 1925 dans une logique de réseau sans contraintes imposées aux populations, il s'agit là d'un simple maillage sanitaire. À un stade plus contraignant, nous pouvons situer les attitudes adoptées envers les endémies et épidémies : on quitte le registre de l'offre à prendre ou à laisser pour entrer dans une pratique autoritaire de la médecine. Les autorités mandataires imposent des mesures qui ont un impact sur la vie quotidienne des gens et sur leur manière de se soigner. Les malades repérés sont contraints au traitement, à l'isolement, à la surveillance des médecins et agents sanitaires. Ceci se rapproche davantage d'un phénomène de quadrillage que d'un maillage. On peut placer dans le même lot les mesures d'hygiène publique, qui furent une autre manière d'exercer une emprise sanitaire grandissante dans le champ de la vie quotidienne, dans des cercles cependant circonscrits aux zones proches des lieux de vie occidentaux. La lutte contre les maladies considérées comme prioritaires, surtout le pian, nous amène cette fois à un quadrillage complet : une médecine autoritaire s'imposant à tous, malades comme bien portants. Ceci étant, une attitude autoritaire, assortie d'un quadrillage étroit pouvait, en certaines circonstances ou dans des domaines sensibles, se révéler justifiée. Les États ont la responsabilité de la sécurité publique, dans le domaine sanitaire ou alimentaire par exemple. C'est donc dans la mise en œuvre que se pose la question de la légitimité de ces mesures.

Avant de passer aux actions mises en place par les autres acteurs (missions, acteurs officiels non sanitaires, autorités locales rwandaises), il est important de montrer que même le niveau le moins contraignant de l'offre sanitaire et médicale était caractérisé par des éléments d'emprise non strictement sanitaire. Les personnes qui choisissaient librement de se faire soigner se retrouvaient alors soumises à des contraintes incontournables : celles de l'organisation concrète des formations hospitalières et dispensaires centraux. La division de l'espace et la spécialisation des tâches n'y répondaient en effet pas uniquement à des impératifs sanitaires. La séparation des malades en divers groupes lors des consultations, traitements et hospitalisations, est révélatrice de la vision coloniale de la société par les autorités médicales occidentales : un monde où Blancs et Noirs vivent en parallèle, mais pas ensemble, un monde où la société africaine était elle aussi perçue comme divisée en groupes sociaux et ethniques.

Ces divisions et différenciations sont également révélatrices d'une certaine emprise sur les populations locales. Malheureusement, les sources utilisées (aussi abondantes qu'elles soient) ne nous permettront pas de pousser la logique plus loin. Que signifiait pour un patient rwandais le fait d'être séparé de sa communauté familiale ou clanique ? Quel impact cela avait-il de séparer les hommes des femmes non seulement lors des consultations, mais également dans les espaces d'attente ? Ou de séparer les Tutsi des Hutu ? De séparer les malades atteints de maux physiques de ceux touchés par des maux psychiques ? Comment les populations vivaient-elles la séparation entre contagieux et non-contagieux ? Ou la séparation en fonction du type de maladie et du type de traitement, procédé certes rationnel, mais qui opérait une catégorisation et pouvait dès lors être ressenti comme une forme de ségrégation ?

L'examen des autres acteurs sanitaires (missions), ainsi que des acteurs non sanitaires (administrateurs territoriaux, autorités locales, etc.), éclaire sous un angle différent mais tout aussi pertinent les pratiques sanitaires coloniales. Un premier élément consiste à relever la grande diversité des acteurs, de leur mode de fonctionnement et de leurs objectifs. Malgré cette diversité, les activités déployées dans un objectif sanitaire bien réel convergeaient en même temps vers des emprises

par le système colonial dans son ensemble (État, missions, secteur privé) sur les populations locales.

Les sociétés missionnaires poursuivaient des objectifs différents de ceux de l'État. Certes, elles cherchaient à soulager les populations des maladies et des souffrances, mais elles visaient aussi, voire surtout à approcher les populations, à créer un climat de confiance et à favoriser la diffusion du message chrétien, sous diverses formes. Dans le cadre de ce travail, on peut se poser la question de savoir d'une part si les missions participèrent au processus de quadrillage sanitaire, et d'autre part si l'action sanitaire renforça ou affaiblit les sociétés missionnaires. Que les sociétés missionnaires aient participé au maillage sanitaire du Ruanda de l'entre-deux-guerres ne fait guère de doute. Il est par contre plus hasardeux de les associer au processus de quadrillage au sens où nous l'entendons : un processus systématique, contraignant et applicable à un groupe de personnes ou une région donnée. Les sources ne contiennent pas d'éléments probants permettant d'affirmer que les missions imposèrent sous la contrainte des traitements médicaux. La question reste ouverte pour la période de la campagne antipianique, car des infirmières et des médecins missionnaires furent subventionnés par l'État. On ne peut exclure que des patients y furent forcés de se faire soigner, mais une enquête plus approfondie devrait être menée sur le terrain pour y répondre de manière définitive. En ce qui concerne la seconde question, il semble clair que l'action sanitaire des missions, conçue comme une tactique d'approche des populations, permit d'accroître l'emprise morale et religieuse des sociétés missionnaires à l'égard des populations avoisinantes. C'est moins évident pour les régions éloignées de postes missionnaires.

Si l'on passe aux acteurs officiels non sanitaires, on constate une participation au quadrillage. En effet, une série de mesures contraignantes furent imposées aux populations dans le domaine proprement sanitaire d'abord, mais aussi dans des secteurs qui ne lui étaient qu'indirectement associés. Ces contraintes pouvaient affecter le pouvoir économique des populations, dans un contexte en principe temporaire (par exemple la participation aux constructions de bâtiments hospitaliers, avec les corollaires d'apport de main-d'œuvre et de matériaux ; la destruction de bétail malade ou de plantations contaminées lors d'épidémies de charbon ou de dysenterie). Les effets pouvaient également être politiques : renforcement de l'emprise des fonctionnaires territoriaux sur les autorités locales et de celles-ci sur leurs populations, pression policière et judiciaire accrue sur les populations et les autorités locales, inscription dans l'espace d'une ségrégation entre Européens et Africains sous prétexte sanitaire. Les mesures d'hygiène publique aboutirent en effet à une séparation des quartiers d'habitations et d'activités économiques européens, asiatiques et africains sous prétexte d'hygiène. Le principe de *colour bar*, celui d'un monde cloisonné et hiérarchisé, fut ancré dans le paysage et dans l'organisation sociale coloniale en se basant notamment sur une argumentation sanitaire (952).

Mais ces mesures édictées dans un objectif sanitaire pouvaient également déboucher sur une déstructuration progressive des solidarités et des rouages sociaux anciens. On peut en effet se poser la question de l'impact des délations forcées des

952 Nous rejoignons ici Jean-Luc Vellut lorsqu'il écrit à propos du Congo que « nulle part aussi clairement peut-être que dans le domaine médical, celui des soins, celui des savoirs, celui des conceptions mêmes de l'art de guérir, ne s'observe de division plus rigoureuse entre monde des colonisés et monde des colonisateurs » (J.-L. VELLUT, « La médecine européenne dans l'État indépendant du Congo », *op. cit.*, p. 61).

malades par leur voisinage, leur employeur, ou leurs autorités locales, et – à une moindre échelle – celle de l'effet des interdictions de la vie associative durant les épidémies, ou encore de la limitation de consommation de bière, etc. Si les effets sur la cohésion sociale restent encore à l'état d'hypothèse (des enquêtes de terrain devraient être réalisées), il semble que les contraintes sanitaires modifièrent lentement mais certainement le mode de vie ancien (modification de l'habitat, du vêtement, de la coiffure, de l'hygiène corporelle, etc.). On peut encore se poser la question de la légitimité des autorités locales rwandaises embrigadées dans le processus colonial, notamment sur le plan sanitaire. Elles pouvaient voir leur pouvoir renforcé, tout en se retrouvant affaiblies en terme de perception par les populations.

Toutes ces emprises étaient progressivement établies au nom de l'amélioration du bien-être des populations. Elles touchaient non seulement à l'hygiène et à la santé, mais également à l'économie, au pouvoir, à la définition des normes sociales, à la division entre coloniaux et colonisés, entre blancs et noirs. Il est intéressant de constater qu'un projet établi par des autorités médicales dans le but d'agir sur l'état nosologique et d'hygiène générale d'une population, et conçu dans une perspective sanitaire centralisée, induisait des effets secondaires souvent involontaires, mais lourds de conséquences sur les relations entre Rwandais et colonisateurs. La pression territoriale et politique des autorités mandataires fut renforcée. Les structures politiques locales et la classe des notables y gagnèrent également un pouvoir accru, tout en perdant peut-être une certaine légitimité : elles incarnaient aux yeux de la population tous les aspects impopulaires des mesures sanitaires, puisqu'elles étaient chargées de faire appliquer les contraintes.

Notons malgré tout que les acteurs sanitaires n'étaient pas toujours ignorants des conséquences non sanitaires de leur action et les utilisaient à l'occasion pour obtenir davantage de moyens dans leurs services : le médecin provincial Louis s'Heeren ne voyait-il pas en effet dès 1929 dans l'action médicale une « pénétration pacifique qui laissera à l'indigène un souvenir de sympathie et de reconnaissance » (953) ? Ceci laissait entendre que la couverture sanitaire pouvait s'avérer favorable à l'assise de l'action coloniale dans son ensemble. Dans ce sens, nous pouvons faire nôtre l'expression de Roy MacLeod, qui estime que « medicine served as an instrument of empire » (954).

Le dernier élément à évaluer est celui de l'analyse des réactions des populations. Il est plus délicat, car nous ne disposons que du point de vue occidental. Nous dépendons dès lors totalement des informations passées par le filtre des observateurs et acteurs occidentaux. Rappelons que la plupart des documents utilisés dans cette recherche étaient rédigés à destination d'une instance supérieure officielle ou religieuse ou à destination d'un public ou d'organismes susceptibles de soutenir matériellement les actions entreprises. La tentation était grande de fournir un tableau positif du travail entrepris, mâtiné de quelques lacunes criantes permettant de solliciter une aide substantielle, sans donner l'impression que la tâche était irréalisable.

Or que constatons-nous ? Malgré la nature de nos sources, on trouve d'abondants commentaires sur les très vives réticences des populations rwandaises face aux contraintes sanitaires exercées sous forme d'un quadrillage strict. La campagne

953 RA SHRU 1929 par le médépro s'Heeren, *op. cit.*

954 R. MACLEOD, « Preface », in R. MACLEOD et M. LEWIS (eds), *Disease, Medicine and Empire...*, *op. cit.*, p. x ; voir également S.H. BROWN, « A Tool of Empire... », *op. cit.*, p. 309.

antipianique et les campagnes de vaccination (en dehors d'un contexte d'épidémies) déclenchent des violences orientées à la fois vers les autorités mandataires, les autorités rwandaises, les acteurs sanitaires, voire dans certains cas vers le patient lui-même, par lui-même. Par contre, lorsque l'offre est libre, elle est généralement bien perçue (du moins est-ce ainsi que la présentent nos témoins). Sur base de cette information, les populations rwandaises sembleraient avoir bien perçu la différence entre le maillage sanitaire qui leur était proposé et le quadrillage qui leur était imposé. Seul le danger de devenir malade dans une zone atteinte par une épidémie poussait les populations à accepter, voire à réclamer le secours de mesures contraignantes (vaccination ou isolement des malades par exemple).

Nous avons vu dans cette seconde partie que l'action sanitaire mise en place par les métropoles en Afrique coloniale s'orienta un peu partout en priorité vers la lutte contre des maladies meurtrières et vers celles qu'il était possible de combattre avec des résultats rapides et visibles. Le lecteur aura constaté que le champ de la protection maternelle et infantile restait hors de ce cadre. La mortalité des enfants en bas âge et des mères était pourtant importante, au point de préoccuper les autorités politiques et administratives en métropole comme celles des territoires d'outremer. Pourtant les autorités sanitaires en Afrique coloniale n'agirent que très marginalement dans ce domaine, cédant ce pan entier de santé publique au monde missionnaire féminin et aux femmes européennes inactives dans la Colonie (les épouses de fonctionnaires coloniaux ne pouvaient avoir un emploi rémunéré dans le cadre officiel). Dans la troisième partie, nous envisagerons de plus près cette problématique du travail sanitaire par les femmes en direction spécifique des femmes et de leurs enfants. Ceci nous permettra peut-être d'envisager la question de l'emprise sous un autre angle : sans contrainte imposée de l'extérieur, une action sanitaire orientée vers la protection maternelle et infantile induisait-elle une contrainte non plus physique mais morale ? C'est ce que nous allons analyser à présent. Nous nous interrogerons également sur les lignes de partage entre hommes et femmes en colonie dans le domaine sanitaire.

Achévé d'imprimer sur les presses de l'imprimerie CIACO
(Louvain-la-Neuve, Belgique, tél +32.10.47.55.35)
Mars 2005