

Politiques sanitaires, État et missions religieuses au Rwanda (1920-1940). Une conception autoritaire de la médecine coloniale?

ANNE CORNET*

La situation sanitaire dont hérita la Belgique au Ruanda-Urundi, lorsqu'elle s'en vit confier la tutelle par la Société des Nations après la Première Guerre mondiale, était préoccupante, malgré l'activité déployée précédemment par l'occupant allemand. Des famines récurrentes en affaiblissaient les populations.¹ La mortalité maternelle et infantile atteignait des taux alarmants. De nombreuses maladies endémiques y affectaient paysans et pasteurs.² Des épidémies meurtrières s'y succédaient. Enfin, les conditions de vie des populations étaient rudes et l'hygiène rudimentaire, dans un contexte de pauvreté quasi généralisé.

L'enjeu était de taille pour une puissance coloniale à l'expérience somme toute récente, sensible aux critiques, et soucieuse à l'extrême de son image de marque internationale. En effet, les territoires du Ruanda-Urundi faisaient l'objet d'une attention soutenue de la part des membres de la Commission Permanente des Mandats, et plus largement de ceux de la Société des Nations, ainsi que du colonisateur évincé. En outre, les fantômes des critiques du régime léopoldien n'étaient jamais bien loin.

En présence de tels défis, quelle stratégie fallait-il adopter? Pour déterminer les politiques et les méthodes applicables à ces nouveaux territoires à administrer, les autorités belges s'appuyèrent largement sur le modèle mis en place au Congo. L'orientation générale y était proche de celle de nombreux espaces colonisés: une médecine sociale de masse à destination

*Anne Cornet is doctor in de geschiedenis van de *Université Catholique de Louvain*, projectonderzoeker in dienst bij het SOMA (over "Vrouwen in de kolonie") en laureaat van de (Belgische) Koninklijke Academie voor Overzeese Wetenschappen.

Cet article fait suite à une partie de notre thèse de doctorat en histoire, soutenue à l'Université catholique de Louvain-la-Neuve en 2005, et intitulée *Action sanitaire et contrôle social (1920-1940). Femmes, missions et politiques de santé*. Il se base sur une abondante documentation archivistique officielle et missionnaire (ministère des Affaires étrangères, Bruxelles; Pères Blancs, Rome; Sœurs missionnaires de Notre-Dame d'Afrique, Rome; Church Missionary Society, Londres et Birmingham; Adventistes du 7e Jour, Silver Spring, Maryland; Société belge de missions protestantes au Congo, Bruxelles).

- 1 L'une des plus importantes et des plus médiatisées eut lieu durant l'entre-deux-guerres: A. Cornet, 'Famine noire et regards blancs: la famine Rwakayihura dans le Rwanda des années 1920', in R. Devisch, F. De Boeck et D. Jonckers (eds), *Alimentations, traditions et développement en Afrique intertropicale* (Paris 1995) 180-204; A. Cornet, *Histoire d'une famine: Rwanda, 1927-1930. Crise alimentaire entre tradition et modernité* (Louvain-la-Neuve 1996); D. Newbury, 'The 'Rwakayihura' Famine of 1928-1929. A Nexus of Colonial Rule in Rwanda', in: *Histoire sociale de l'Afrique de l'Est (xixe-xxe siècles). Actes du Colloque de Bujumbura (17-24 octobre 1989)* (Paris 1996) 269-286.
- 2 Voir notamment A. Meheus et al., *Santé et maladies au Ruanda-Urundi* (Bruxelles 1982).
- 3 P.G. Janssens, 'Le pian. Aperçu historique', in P.G. Janssens, M. Kivits et J. Vuytsteke (eds), *Médecine et hygiène en Afrique centrale de 1885 à nos jours* (Bruxelles 1992) II, 311-313. Le pian est une tréponématose non vénérienne spécifiquement tropicale, qui se développe en trois stades allant d'une simple lésion cutanée à des atteintes cartilagineuses et osseuses graves.

des populations africaines, via un réseau d'antennes sanitaires fixes et mobiles offrant des possibilités de traitement des affections les plus courantes. Quatre secteurs complémentaires formaient l'ossature de l'organisation des services sanitaires: le maillage hospitalier, la lutte contre les endémies et épidémies, le développement d'une politique d'hygiène publique, enfin la protection maternelle et infantile.

Plusieurs de ces secteurs étaient, partiellement ou totalement, pris en charge à la fois par les services sanitaires officiels et par des intervenants privés (missions religieuses, sociétés minières...). Les congrégations et sociétés religieuses catholiques et protestantes y jouaient un rôle très actif, reconnu, contrôlé et parfois financé par les autorités mandataires, surtout dans les domaines de la protection des mères et nourrissons et de la couverture sanitaire de base (dispensaires confessionnels autonomes). Des conventions liaient en outre plusieurs de ces sociétés aux hôpitaux publics (maintenance, encadrement du personnel africain, gestion de la pharmacie, assistance technique en salle d'opération ou de radiologie).

Par contre, l'hygiène publique et la lutte contre les épidémies étaient l'apanage de l'État. Dans cet article, nous nous pencherons sur deux campagnes sanitaires d'envergure déployées par les autorités politiques, administratives et médicales au Rwanda à la charnière des années 1920-1930. Ces missions spéciales, axées prioritairement sur la lutte contre la principale endémie de la région (le pian), ont orienté de manière décisive les politiques et pratiques sanitaires coloniales mandataires belges. Elles ont fait l'objet de débats animés et ont suscité de fortes tensions au sein de l'administration coloniale, ainsi qu'entre l'État et les populations. Elles sont donc un outil précieux d'analyse de la pratique sanitaire mandataire avant la Seconde Guerre mondiale.

Pourquoi les autorités sanitaires et administratives ciblaient-elles en priorité le pian? Quels étaient les outils disponibles pour lancer ces campagnes sanitaires spéciales? Qui les mit au point, selon quelle inspiration, et avec quels objectifs? De quelle manière furent-elles ressenties par les populations? Enfin, que peut-on comprendre des articulations et tensions du monde colonial à travers elles?

Le pian, une maladie prioritaire³

Pourquoi les missions spéciales des années 1929-1932 et 1933-1939 ciblaient-elles le pian au détriment de maladies qui faisaient pourtant l'objet de toutes les attentions dans d'autres espaces colonisés (la trypanosomiase humaine par exemple)? La réponse est multiforme. En premier lieu, le choix d'une maladie certes invalidante, mais non mortelle, s'expliquait par son caractère pandémique dans le pays. En effet, tous les témoignages de l'entre-deux-guerres concordaient à propos de l'omniprésence du pian au Rwanda. En 1924, le premier médecin provincial des territoires sous mandat belge annonçait que 90% de la population en était atteinte. Les missionnaires eux aussi rapportaient des taux d'infection alarmants, de 60 à 90% selon les régions. Le pian était donc *la* maladie caractéristique du pays, bien plus que dans les contrées voisines.

Par ailleurs, la priorité accordée à la lutte contre cette tréponématose reflétait le souci des autorités de préserver ce qu'elles considéraient comme un réservoir de main-d'œuvre précieux pour la colonie voisine. L'affection handicapait des milliers de personnes chaque année. Or le Ruanda-Urundi avait peu de ressources naturelles valorisables, et sa densité démographique élevée était considérée comme son principal avantage aux yeux des milieux coloniaux de la métropole. Des groupes d'études liés de près ou de loin à l'Union Minière du Haut-Katanga se penchaient d'ailleurs avec attention sur la population des territoires des Grands Lacs dans cette perspective.

Enfin, le pian était susceptible de servir d'outil de propagande à la fois sanitaire et politique à destination des populations locales. Dans un contexte d'introduction d'une médecine importée, il fallait en effet « attirer la masse et gagner la confiance des noirs ». ⁴ Il s'agissait donc de marquer les esprits « par des guérisons apparentes mais rapides » pour des affections qui tenaient en échec ceux que Rwangabo appelle les « tradipraticiens ». ⁵ Les médecins espéraient de la sorte susciter la confiance en la médecine occidentale moderne, ouvrir la voie à l'ensemble des activités liées à l'hygiène publique, ainsi qu'au traitement de maladies plus complexes, et écarter les guérisseurs locaux. Pour les autorités sanitaires au Rwanda, le pian semblait répondre idéalement à ces objectifs. Il était une « arme parfaite de pénétration pacifique », susceptible de laisser aux populations « un souvenir de sympathie et de reconnaissance » en raison de la rapidité et de la puissance des cures (régression après quelques injections), de la facilité de ses modalités, et des faibles inconvénients occasionnés pour les patients atteints (le traitement, ambulatoire, permettait de poursuivre les activités quotidiennes). ⁶

Le pian, une maladie toujours à l'étude durant l'entre-deux-guerres

Jusqu'au ^{xx}e siècle, un débat passionné divisa les spécialistes de la recherche médicale autour des différences entre la syphilis et le pian. La campagne spéciale mise en place au Ruanda-Urundi fut menée dans ce contexte de questionnements et d'incertitudes scientifiques, notamment dans les milieux médicaux et universitaires belges. ⁷ En effet, aucun test de laboratoire ne permettait encore de discerner les deux pathologies, et les chercheurs et praticiens ignoraient par exemple si le pian pouvait, comme la syphilis, produire des lésions au cerveau et aux cordes vocales.

La manière de lutter contre le pian posait elle aussi question. A priori, plusieurs approches étaient envisageables: immuniser les populations, isoler les individus contaminés du reste de la communauté, augmenter les standards d'hygiène dans les villages, ou encore s'efforcer de rendre non contagieuse la plus grande partie possible de la population. La première solution s'avérait impossible faute de vaccin. L'isolement des malades semblait irréalisable en raison de la multitude de personnes atteintes. L'amélioration de l'hygiène publique et familiale était hors de prix pour les populations et les administrations coloniales. Dès lors, la plupart des autorités coloniales retinrent la dernière solution, notamment au Rwanda.

Plusieurs médicaments permettaient de traiter les malades pour les rendre non contagieux (arsenicaux, sels de bismuth, mercure, émétique et iodure de potasse). Certaines de ces formules (entre autres les sels de bismuth) avaient une réelle valeur thérapeutique, mais

4 *Rapport annuel du Service de l'Hygiène du Ruanda-Urundi (SHRU) 1928* (Archives Africaines, Ministère des Affaires étrangères, Bruxelles). La citation suivante est également extraite de ce rapport.

5 P.-Cl. Rwangabo, *La médecine traditionnelle au Rwanda* (Paris 1993).

6 *Rapport annuel du SHRU* (n. 4). Les staffs britanniques d'Afrique orientale raisonnaient de la même manière durant les années 1920. M.H. Dawson, 'The 1920s anti-yaws campaigns and colonial medical policy in Kenya', *International Journal of African Historical Studies* 20:3 (1987) 420-421; J. Iliffe, *East African Doctors. A History of the Modern Profession* (Cambridge, 1998) 28.

7 Voir entre autres G. Mattlet, 'Syphilis et pian', *Bruxelles-Médical* 46 (1923); A. Dubois, 'À propos de syphilis et de pian', *Revue médicale de Louvain* 22 (1925) 349-350; L. Van Hoof, 'Le pian et la syphilis seraient-ils une seule et même affection?', *Bruxelles-médical* 25 (1931) 733-735; R. Van Nitsen, 'Pian et syphilis. Caractères différentiels', *Bruxelles-médical* 31 (1933) 852-859; A. Dubois, 'Le pian. Caractères différentiels et analogies entre le chancre pianique et le chancre syphilitique', *Revue médicale de Louvain* 11 (1940) 161-168. Des chercheurs britanniques publièrent également des articles sur cette problématique durant l'entre-deux-guerres dans des revues scientifiques de la métropole ou d'Afrique de l'Est.

pouvaient provoquer de sévères complications, voire des décès. Durant l'entre-deux-guerres, de nombreux praticiens les avaient complètement abandonnés pour cette raison.⁸

Il existait également diverses méthodes de lutte contre le pian. Selon les régions, les médecins opéraient à partir de centres fixes ou travaillaient de manière itinérante. La plupart des services sanitaires n'imposaient pas le dépistage et le traitement de la maladie. Le plus souvent, les pianiques étaient soignés au hasard des consultations. Quelques territoires colonisés mirent en place des campagnes plus systématiques, visant à traiter simultanément un maximum de malades, afin d'éradiquer les sources de contamination. En effet, toute personne affectée était contagieuse et entretenait le cycle de la diffusion du pian, y compris chez les anciens patients. Certains pouvoirs coloniaux recouraient même à la manière forte, sanctionnant les patients qui se soustrayaient aux cures.

Le programme s'Heeren: une première tentative d'organisation médicale (1929)

Était-il possible d'éradiquer le pian au Rwanda? Les autorités coloniales belges n'en étaient pas tout à fait certaines, mais une expérience-pilote menée dans la province orientale du Congo belge s'était avérée prometteuse: si l'on traitait simultanément tous les cas contagieux, il semblait que l'on pouvait espérer enrayer l'extension de la maladie.⁹ C'est sur cette base que deux missions spéciales furent lancées au Rwanda durant les années 1930.

La première fut conçue de manière technicienne. Se basant sur des estimations très générales, le médecin provincial s'Heeren attribua un objectif chiffré (5.400 patients) à chacun des postes médicaux de l'État, épaulés par quelques intervenants privés (dont l'Union minière du Haut-Katanga et la Church Missionary Society).¹⁰ Le personnel sanitaire fut chargé, depuis des antennes fixes, de traiter tous les Rwandais potentiellement atteints du pian, en se déplaçant deux ou trois jours par semaine vers les dispensaires régionaux. Ce système s'inspirait de l'organisation mise en place dans le Bas-Congo autour du projet du FORÉAMI. Le *Fonds Reine Elisabeth pour l'Assistance Médicale aux Indigènes* du Congo belge avait pour objectif d'assainir complètement une zone déterminée en y organisant une assistance médicale intensive et totale, basée sur le recensement, le dépistage et le traitement méthodiques et systématiques d'une région choisie en fonction de l'état sanitaire des populations et de la situation démographique.

La campagne anti-pianique au Rwanda devait compter 11 médecins et 12 agents sanitaires occidentaux, assistés de 36 injecteurs microscopistes africains. Ces effectifs ne furent jamais atteints, le déficit étant aggravé par le fait que l'opération spéciale « Pian » se superposait à l'activité des postes fixes et à la campagne contre la maladie du sommeil. En effet, la Mission de 1929-1933 ne fut pas créée comme une entité indépendante, mais fut intégrée dans le *Service d'Assistance Médicale Indigène* (SAMI), élaboré en 1930 par le médecin en chef de la Colonie Trolli.¹¹ Si le traitement du pian était prioritaire, les médecins et agents sanitaires n'en devaient pas moins assurer le suivi des malades qui se présentaient avec d'autres affections. La

8 Voir entre autres R. Van Nitsen, 'Le traitement et la prophylaxie du pian au Congo belge', *Bruxelles-médical* 9:30 (26 mai 1929) 861-865.

9 R. Mouchet, 'Notes sur les dispensaires ruraux de la Province orientale', *Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale*, 6:2 (1926).

10 Louis s'Heeren (1880-1948) était médecin militaire, diplômé de l'Université de Bruxelles. Il travailla au Congo dès 1908 et fut affecté au Ruanda-Urundi comme responsable des services sanitaires de 1930 à 1932.

11 Giovanni Trolli, diplômé de l'Université de Sienna, commença sa longue carrière africaine dès l'État indépendant du Congo. Il exerça de nombreuses fonctions dans plusieurs régions du Congo, notamment durant la Première Guerre mondiale. Il fut médecin en chef de la Colonie de 1925 à 1932. Son apport majeur fut d'initier une nouvelle organisation sanitaire intensive dans des zones d'essai limitées.

première campagne ne modifia donc pas fondamentalement l'organisation existante. Le traitement des pianiques s'ajoutait aux tâches habituelles des médecins et agents sanitaires. Ces derniers disposaient tout au plus d'un budget spécifique pour les achats de médicaments.

La méthode prônée s'avéra peu praticable et trop onéreuse dans un contexte de crise économique aiguë. Le recours aux véhicules automobiles était en effet exorbitant. En outre, cette organisation semi itinérante était aisée dans les régions bien équipées en infrastructures routières, mais presque impossible à assurer dans les coins plus reculés. Dès lors, les populations étaient contraintes de se déplacer vers des postes sanitaires parfois construits dans des zones d'altitude différentes de celle de leurs lieux de vie, contractant de fortes fièvres. Autrement dit, le mode de fonctionnement à partir de postes fixes convenait mieux à des régions comme celle du Bas-Congo, colonisée depuis près de quarante ans et très densément peuplée, qu'à un territoire nouvellement investi, caractérisé par un habitat dispersé sur des collines d'altitude.

Il apparut donc rapidement que la campagne Pian première mouture ne serait pas une réussite. Pour le nouveau médecin provincial Fernand Guérin, la faute en incombait au caractère très incomplet du réseau routier: il réclama des investissements supplémentaires dans ce domaine.¹² Il se heurta au gouverneur provincial du Ruanda-Urundi Eugène Jungers qui, pour sa part, imputait l'échec de la campagne à un service sanitaire à ses yeux inefficace et désorganisé.¹³ Le gouverneur incriminait non seulement le personnel sanitaire, mais également les choix de traitements médicamenteux des patients (pourtant décidés sur des bases budgétaires à Bruxelles) et leurs modalités d'application sur le terrain.

Au Rwanda, les médecins et agents sanitaires soignaient la maladie à l'aide de sels arsénicaux et de sels bismuthiques. Les autorités du ministère optaient pour les uns ou pour les autres selon des critères exclusivement budgétaires. Or la formule la plus souvent retenue (les sels bismuthiques, huit fois moins coûteux que les arsenicaux) était beaucoup plus dangereuse. Elle provoquait des gingivites, des stomatites, des néphrites, des intoxications, des troubles intestinaux, un ralentissement du rythme cardiaque, des asthénies musculaires et nerveuses, voire des comas. Plus grave encore, la toxicité du médicament était cumulative: d'une injection à l'autre, elle se renforçait.

Le recours au bismuth comportait donc des risques de complications, bien connus à la fin des années 1920. Il existait un danger de surdoses lorsque les patients se présentaient dans plusieurs centres successivement. Le fractionnement du travail médical en permanences hebdomadaires imposait un travail à la chaîne difficilement contrôlable et ne permettait pas la surveillance des patients qui avaient mal supporté les injections. Une difficulté découlait également de la préparation des dosages sur le terrain. Enfin, les jeunes médecins et agents sanitaires étaient livrés à eux-mêmes et parfois à leur inexpérience. La première campagne déboucha sur une série d'accidents mortels en Urundi entre septembre 1931 et juillet 1933 (113 décès).¹⁴ Les responsables des services médicaux maintinrent leur arsenal médicamenteux, afin de soigner un plus grand nombre de patients dans une enveloppe budgétaire fermée. Il en fut de même au Kenya quand les budgets du service médical furent diminués, mais pas en Uganda, où la maladie semblait moins répandue, et où le salvarsan fut privilégié.¹⁵

12 Fernand Guérin (1891-1965) exerça sa profession au Congo et au Ruanda-Urundi entre 1924 et 1951. Il fut médecin provincial des territoires sous mandat de 1932 à 1935.

13 Eugène Jungers fit une brillante carrière coloniale qui le mena au poste de gouverneur général de 1946 à 1951.

14 Comparution du Dr X. devant le conseiller juridique Taquet, 15 novembre 1933 (Archives Africaines, ministère des Affaires étrangères, Bruxelles). Il semble que des incidents similaires se soient également produits au Kenya.

Cf. Dawson, 'The 1920s anti-yaws campaigns' (n. 6) 427.

15 Dawson, 'The 1920s anti-yaws campaigns' (n. 6); Iliffe, *East African Doctors* (n. 6) 40-41.

Les accidents survenus en Urundi fournirent au gouverneur provincial des arguments de poids pour imposer un nouveau programme de lutte contre le pian, marqué par un changement radical de méthode. En principe, il devait se contenter de relayer les décisions du médecin en chef de la colonie: il court-circuita ce schéma de décision en imposant de son propre chef une nouvelle politique sanitaire. Ceci engendra des relations houleuses avec le service médical mandataire. L'animosité entre le gouverneur du Ruanda-Urundi et le médecin provincial n'était pas neuve, mais elle trouva dans la lutte contre l'endémie pianique un nouveau terrain où s'exprimer. Les conflits entre autorités médicales et administratives naissaient entre autres autour de la répartition du travail et des budgets, chacune cherchant à reporter la charge de travail et de dépenses sur l'autre. Or la construction des routes relevait des services administratifs et territoriaux, alors qu'un changement de méthode risquait d'alourdir la mission des médecins et agents sanitaires. Les tensions étaient également liées au statut subordonné des médecins aux autorités administratives, une situation qui rebutait des hommes ayant opté pour une profession libérale.

Dès le printemps 1933, le gouverneur avait suggéré de modifier l'organisation de la campagne Pian, provoquant le mécontentement du responsable du service de l'hygiène du Ruanda-Urundi. Jungers trouva une justification à son interventionnisme dans une critique circonstanciée, exprimée par le médecin de district du Rwanda Numa Henneaux, et qu'avait choisi d'ignorer le médecin provincial.¹⁶ Pour Henneaux, la méthode de travail appliquée était lourde, incohérente et inefficace. Il constatait que les médecins se rendaient une matinée par semaine en un endroit, y inscrivaient des centaines de noms dans leurs registres, distribuaient une fiche à chaque malade, avant de rentrer chez eux. Ils ne revenaient qu'une semaine plus tard, et se trouvaient dès lors dans l'incapacité de réaliser un « travail sérieux, appliqué et méthodique », de surveiller les infirmiers qui faisaient les injections, et d'examiner sérieusement chaque malade. Le médecin de district trouvait illogique et inefficace « 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? ».¹⁷

Ce constat sévère renforça la position du gouverneur, déjà passablement irrité du relatif confort dont bénéficiaient les équipes médicales sédentaires par rapport à la vie de bâton de chaise menée par ses agents territoriaux. Puisque le mode d'organisation ne faisait pas l'unanimité sur le terrain, que ses dysfonctionnements étaient critiqués par le médecin de district du Rwanda en personne, le gouverneur se sentit autorisé à remanier complètement en automne 1933 l'organisation non seulement de la campagne antipianique, mais également de l'ensemble du réseau sanitaire et médical du pays. Ceci provoqua une crise grave avec le service médical tant au Ruanda-Urundi qu'à Léopoldville.

La réforme radicale de l'organisation sanitaire, initiée par le gouverneur du Ruanda-Urundi sans concertation avec les autorités médicales du pays, reflétait les nombreuses tensions qui caractérisaient les relations entre les pôles administratifs et sanitaires. Celles-ci résultaient du fait que les relations hiérarchiques entre ces deux secteurs n'étaient pas clairement définies. Les médecins n'appréciaient pas le contrôle de l'administration. Cette dernière s'exaspérait des velléités d'indépendance du service sanitaire, qui négligeait de lui

16 Numa Henneaux était médecin militaire diplômé de l'Université d'état de Gand. On lui confia la direction du service médical du Rwanda de 1931 à 1937.

17 Lettre du Médecin de district du Rwanda Henneaux au médecin provincial, Kigali, 2 juillet 1932 (Archives Africaines, Ministère des Affaires étrangères, Bruxelles).

transmettre informations et décisions. Le gouverneur Jungers ne se contenta pas de dicter une nouvelle méthode, il imposa également un homme, le Dr Vittorio Prati.¹⁸ Ce dernier, désigné comme responsable de la nouvelle campagne, donna son nom au programme de lutte à partir de 1933.

Le programme Prati (1933), une conception autoritaire de la santé publique

Entamée à la fin de l'année 1933, la seconde mission Pian s'inspirait d'expériences de terrain alternatives, telle celle du Dr René Mouchet au Kivu.¹⁹ Le système mis en place était également proche d'expériences tentées tant en Afrique française par Jamot qu'en Afrique britannique (Kenya notamment). La nouvelle version de la campagne s'inspirait également du Foréami, en termes d'objectifs et d'organisation. Elle ne bénéficia cependant jamais de l'ampleur des moyens de ce dernier, tant sur le plan des ressources matérielles qu'humaines. La différence d'effectifs se situait dans un rapport de 1 à 12 pour le personnel occidental et de 1 à 45 pour le personnel africain ! Malgré cela, l'ensemble de la population rwandaise (environ 1.500.000 personnes) fut examinée à trois reprises entre 1933 et 1938.

Contrairement au programme s'Heeren, celui de Prati était axé sur le principe de l'itinérance et du ciblage exclusif du pian. L'objectif de la campagne consistait à repérer tous les malades d'une région, à blanchir totalement celle-ci, avant d'en attaquer une nouvelle. Il impliquait que les médecins et agents sanitaires s'installent dans les camps et évitent les voyages quotidiens. Le contexte de crise économique mondiale n'était peut-être pas étranger à ce choix plus économique. Concrètement, la mission travaillait par secteurs, sur la base d'un recensement sanitaire exhaustif de la population. Celle-ci devait impérativement se soumettre au traitement médical. Le personnel territorial occidental, la Force Publique et les chefs autochtones étaient tenus en toute circonstance de prêter leur assistance au personnel du Service de l'hygiène. Le gouverneur exigea le recrutement d'hommes « jeunes et célibataires » comme agents sanitaires, afin de garantir une plus grande souplesse dans les déplacements et une meilleure acceptation des conditions de logement sous tente.²⁰

La mission prenait la forme d'un hôpital volant. Les fonctionnaires territoriaux étaient chargés de convoquer et de rassembler les populations dans des camps réalisés dans ce but par tous les hommes adultes valides, soumis aux travaux imposés. Le personnel sanitaire de la campagne spéciale commençait par recenser la population. Chaque Rwandais atteint de lésions, ou ayant des antécédents de pian, était ensuite immédiatement soigné. Il recevait une médaille ou une plaque métallique portant un numéro d'ordre, correspondant à un numéro du registre, dans lequel l'anamnèse du malade et le traitement subi étaient consignés. Un premier traitement visait à faire disparaître toutes les lésions contagieuses et donc à stériliser le réservoir de virus. Quand l'ensemble des pianiques avait reçu ce premier traitement, la mission se déplaçait vers un second secteur. Elle revenait au premier secteur au bout d'un trimestre, afin de détecter les malades qui avaient échappé au premier recensement, et de poursuivre le traitement des autres. Le processus était répété une troisième fois,

18 Vittorio Prati était diplômé de l'Université de Padoue. Il connaissait très bien les méthodes du Foréami pour les avoir pratiquées au Kwango, puis comme responsable de missions spéciales de lutte contre la maladie du sommeil au Kasai, au Sankuru et au Ruanda-Urundi.

19 René Mouchet fit une carrière coloniale multiple dans les secteurs public et privé, ainsi que lors de la campagne de l'Est africain. Il fut à l'origine des premiers dispensaires ruraux de la province orientale du Congo, prélude du futur Foréami. Il exerça des fonctions dirigeantes dans la hiérarchie sanitaire du Congo et termina sa carrière comme médecin en chef de la Colonie.

20 Note du médecin en chef de la Colonie Mouchet au GG, faisant suite à une lettre du gouverneur du Ruanda-Urundi, Léopoldville, 5 décembre 1933 (Archives Africaines, Ministère des Affaires étrangères, Bruxelles).

pour mener les traitements à leur terme et éradiquer définitivement toute récurrence. 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.

À la différence de la première campagne encore, celle de Prati était clairement conçue sur un mode coercitif. Aucun Rwandais n'était censé échapper à l'examen médical intégral; aucun patient ne pouvait éviter le traitement curatif. Les chefs étaient responsables de la présence de leurs sujets, sous peine d'amendes disciplinaires, voire de révocation politique. Toute personne qui se dérobaît au recensement, et plus encore au traitement, était punissable d'une peine de prison et d'une amende. La dénonciation des patients qui se dérobaient était obligatoire. Le système reposait sur la collaboration active des autorités administratives et politiques.

Le caractère contraignant du recensement médical et du traitement de l'ensemble des personnes atteintes est l'originalité majeure des programmes rwandais, en comparaison des campagnes mises en place en Afrique de l'Est britannique durant les années 1920. Au Kenya par exemple, les médecins recherchaient les malades, mais ne pouvaient les soumettre de force au dépistage et au traitement. 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.²¹

Les réactions des populations: un rejet des méthodes sanitaires autoritaires

Le projet sanitaire né dans les territoires sous mandat belge était donc tout à la fois ambitieux et autoritaire. Il suscita des questions au sein de la Société des Nations, des craintes et des réticences dans les milieux missionnaires, le scepticisme de certains fonctionnaires (notamment les administrateurs territoriaux), les remarques et critiques d'une partie du personnel sanitaire et, *last but not least*, de très vives réactions des populations.

En effet, les obligations multiples liées à la campagne antipianique furent perçues par les populations rwandaises comme des violations insupportables de leurs codes socioculturels. Le principal point d'achoppement concerna l'examen gynécologique des femmes, un phénomène également observé par Arnold en Inde au 19^e siècle, par Bretelle-Establet en Chine au début du 20^e siècle, ou encore par Hunt au Congo belge.²²

L'exacerbation des oppositions survint lors du passage de la première à la seconde campagne. Le lancement du dépistage obligatoire pour tous déclencha une véritable levée de boucliers, au propre comme au figuré. Les hommes manifestèrent violemment leur refus de l'auscultation des femmes, surtout au sein des classes paysannes. Ceci était partiellement dû à une erreur d'appréciation du colonisateur, liée à sa vision hiérarchisée et ethnicisée des populations. Les autorités administratives et missionnaires avaient en effet axé leurs efforts d'explication préalables sur les notables et sur les Tutsi, comptant que l'emprise de ces derniers sur les paysans leur permettrait de les convaincre du bien-fondé du recensement médical. Or ils assistèrent au contraire dès les premiers jours de la seconde campagne à de

21 Dawson, 'The 1920s anti-yaws campaigns and colonial medical policy in Kenya' (n. 6) 433-435. Cet auteur signale que le taux de pian tertiaire explosa vingt ans plus tard et que l'immunité fournie par le pian contre la syphilis disparut: cette dernière se propagea de manière importante au Kenya.

22 D. Arnold, *Colonizing the Body. State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India* (Berkeley/Los Angeles/London 1984); Fl. Bretelle-Establet, 'Diplomatie et politique coloniale. La médecine française au Yunnan de 1898 à 1931 d'après les sources coloniales françaises et des études chinoises', *Revue Française d'Histoire d'Outre Mer* 84 (1997) 29-61; N.R. Hunt, *A Colonial Lexicon of Birth Ritual, Medicalization, and Mobility in the Congo* (Durham-Londres 1999).

véritables rébellions armées en diverses régions du pays. L'opposition à la campagne prit également d'autres formes (suicides isolées de femmes, absentéisme et exode vers d'autres espaces colonisés).

La méthode choisie mettait en jeu la confrontation culturelle entre deux conceptions: celle de la médecine scientifique occidentale et celle d'une société aux codes de pudeur stricts. Les Rwandais voyaient avant tout dans le médecin un individu de sexe masculin. Pour les Occidentaux, le médecin était un professionnel de la santé faisant abstraction de sa personne.

À la répugnance pour l'examen gynécologique se superposaient des rumeurs terrifiantes: « les hommes seraient châtrés, et les femmes mutilées ». ²³ Le rôle de la rumeur dans la résistance aux mesures sanitaires forcées n'est pas un phénomène propre au Rwanda colonial: Nancy Hunt et David Arnold, pour ne citer qu'eux, l'ont observée tant en Afrique centrale que dans la péninsule indienne. ²⁴ 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, doublée de la crainte devant l'émergence de nouvelles technologies. Nancy Hunt explique quant à elle les liens existant entre une pratique médicale exotique pour les populations et la crainte d'être dévoré par l'appréhension de perdre le contrôle de la fécondité et de la natalité. Au Rwanda, il semble bien que la campagne antipianique provoqua une peur exacerbée d'une atteinte à la fécondité et à la reproduction tant biologique que sociale.

La profonde répulsion des populations vis-à-vis de l'examen gynécologique fut relayée à l'envi par les acteurs de terrain. Un lobbying discret de certains administrateurs territoriaux, de missionnaires et d'agents sanitaires se fit jour pour obtenir un amendement des méthodes de recensement et de dépistage qui tiendrait davantage compte des réticences des populations (propositions de méthodes alternatives, critiques du personnel médical, insistance sur le rejet des populations...). La première réponse des autorités fut négative: des réactions de rejet similaires avaient été jugulées au sein des populations sénégalaises musulmanes de Léopoldville; il était donc possible d'imposer la méthode telle quelle. Le représentant de l'église catholique, Mgr Léon Classe, entra alors en lice. ²⁵ Il exerça des pressions de plus en plus fortes sur les autorités administratives, obtenant d'abord l'adhésion du médecin responsable de la campagne, puis celle du gouverneur. Son argumentation reposait sur la vigueur des réactions populaires et les risques de répercussion sur la scène internationale en termes d'image de mauvaise gestion coloniale qui en découleraient tant à la Société des nations qu'en Allemagne.

Le choix d'une campagne médicale coercitive sans précédent déboucha alors sur une victoire des populations et des acteurs de terrain: les méthodes d'application, peu adaptées aux réalités de terrain et aux mentalités des populations locales, furent remaniées. Désormais, les femmes ne furent plus astreintes à l'examen corporel complet. On se contenta de leur déclaration sur l'honneur. Cette victoire était plus apparente que réelle toutefois, puisque les femmes malades étaient obligées de subir l'examen et le traitement, et que le régime de dénonciation et les sanctions en cas de silence permettaient difficilement d'échapper aux mailles du filet.

²³ Selon l'administrateur territorial du territoire de Kigali au Résident du Ruanda, 11 décembre 1933 (Archives africaines, Ministère des Affaires étrangères, Bruxelles).

²⁴ Arnold, *Colonizing the Body* (n. 22); Hunt, *A Colonial Lexicon* (n. 22).

²⁵ Léon Classe, Père Blanc, fit partie des premiers missionnaires catholiques du Rwanda. Il représenta l'église catholique dans ce pays en tant que vicaire apostolique à partir de 1922. Son influence sur l'évangélisation et la politique dans ce pays fut déterminante. Voir entre autres P. Rutayisire, *La christianisation du Rwanda (1900-1945). Méthode missionnaire et politique selon Mgr Léon Classe* (Fribourg 1987).

Conclusion

Les campagnes spéciales de lutte contre le pian mises en place au Rwanda durant l'entre-deux-guerres déterminèrent la politique sanitaire mandataire belge dans ses orientations générales. La première fut initiée par les autorités médicales à Bruxelles et Léopoldville. La seconde fut imposée par les instances politiques et administratives du Ruanda-Urundi, en opposition ouverte avec les autorités sanitaires d'Afrique. Ces opérations s'inspirèrent néanmoins d'expériences de terrain, et furent organisées en fonction des observations et analyses de médecins travaillant dans la région des Grands Lacs. La campagne Prati fut marquée par des objectifs ambitieux d'éradication de la plus grande endémie du pays, et s'appuya sur un arsenal réglementaire et administratif très contraignant pour les populations. Elle imposa un quadrillage médical soutenu à l'échelle de tout le pays. L'ensemble de la population fut obligé de se soumettre au dépistage, puis, le cas échéant, au traitement.

Les autorités mandataires imposèrent de la sorte 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 pas. 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. Les relations sociales furent influencées par les obligations de délation et de contrainte physique.

Le caractère coercitif fut une spécificité de la campagne Pian du Ruanda-Urundi. Ailleurs, dans d'autres espaces coloniaux, les autorités cherchaient certes à recenser et à traiter un maximum de malades, mais elles ne se donnèrent pas les moyens d'en toucher la totalité, sans exception. Le choix de l'administration belge d'imposer d'un quadrillage appliqué à l'ensemble de la population 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.

L'emprise sanitaire sur les populations rwandaises durant l'entre-deux-guerres se fit 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 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 les divergences d'approches du problème à résoudre.

La campagne Prati, en raison même de son caractère autoritaire, nécessita des adaptations tenant compte des réticences des populations. En effet, les contraintes médicales furent jugées particulièrement insupportables quand elles touchaient à la problématique de genre. La mission Pian entraîna un bouleversement énorme de la société et des individus, créant des angoisses exprimées par une violence tant physique que verbale: la rumeur que l'on allait châtrer les hommes et mutiler les femmes démontre que l'examen médical n'était pas ressenti comme un simple dépistage. Le ressort des autorités sanitaires touchait effectivement à la fécondité, puisqu'une de leurs motivations était d'endiguer la chute démographique crainte en Occident et en colonie.

Suite aux réactions des populations, un compromis fut trouvé au Rwanda, en sacrifiant un des principes de la méthode élaborée par les autorités mandataires dans la lutte contre le pian, celui de l'obligation de l'examen corporel pour tous. Les populations colonisées n'étaient donc pas des victimes passives, mais des acteurs utilisant toutes leurs ressources pour

faire face à des situations inconnues. Ce compromis trouva également sa place au sein d'un jeu complexe de relations et de tensions au sein du monde colonial occidental, entre instances officielles politiques et administratives d'une part, et autorités médicales d'autre part. Il ne faut pas non plus oublier le rôle des inimitiés personnelles ou encore l'impact du statut de mandat de la Société des Nations de ce territoire, et donc le regard international permanent porté sur les méthodes, résultats et dysfonctionnements des autorités coloniales belges. Les campagnes antipianiques sont le reflet des multiples articulations qui traversaient la société coloniale dans son ensemble durant l'entre-deux-guerres.

SUMMARY

Medical policies, state and religious missions in Rwanda (1920-1940). An authoritative design of colonial medicine?

The Belgian health policy set up in mandated Rwanda after the First World War was mainly centred on some campaigns taking specifically yaws as a target. The struggle against this endemic disease (not fatal, but most disabling) was organized in a very systematic and authoritarian way.

This article looks into two of those yaws campaigns, questions their runnings and alterations, and finally brings to light the intra-colonial tensions between the health services and the administration on the one hand, between the colonizers and the African populations on the other hand.