

Comité de rédaction :

M. Dominique BARJOT (Université Paris-Sorbonne - Paris IV)
M. Jean Michel DEWAILLY (professeur honoraire des Universités)
Mme Mylène EYQUEM (Université de La Réunion)
M. Pierre-Éric FAGEOL (Université de La Réunion)
Mme Catherine FOURNET-GUERIN (Institut de Géographie Université Paris-Sorbonne)
M. Thierry GAILLAT, (Université de La Réunion)
M. Frédéric GARAN, (Université de La Réunion)
M. Sylvain GENEVOIS (Université de La Réunion)
M. Pierre GUIDI (IRD Ethiopie)
M. Eric JENNINGS (University of Toronto - Canada)
M. Jean-François KLEIN (Université Bretagne Sud)
Mme Marie Annick LAMY-GINER (Université de La Réunion)
M. Éric MORIER-GENOUD (Queen's University Belfast - Royaume-Uni)
M. Didier NATIVEL (Université Paris-Cité)
M. Claude PRUDHOMME (Université Lyon 2 - Lumière)
Mme Lucile RABEARIMANANA (Université d'Antananarivo - Madagascar)
M. Tovonirina RAKOTONDRAIBE (Université de Toamasina - Madagascar)
M. Lalasoa Jeannot RASOLOARISON (Université d'Antananarivo - Madagascar)
M. Thierry SIMON (Université de La Réunion)

Comité de Lecture :

Mme Marie BOULAIRES (Université de La Réunion)
M. Didier BENJAMIN (Professeur en CPGE - La Réunion)
M. Fabien BRIAL (Université de La Réunion)
Mme Virginie CHAILLOU-ATROUS (Université de Nantes)
Mme Clémia CORET (IFRA-Nairobi)
M. Fabrice FOLIO (Université de La Réunion)
M. Jean FREMIGACCI (Université Paris I - Panthéon-Sorbonne)
M. Jérôme FROGER (Université de La Réunion)
Mme Bénédicte GASTINEAU (Démographe IRD - Marseille)
M. Gilles GAUVIN (Université de La Réunion)
M. Christian GEMANAZ (Université de La Réunion)
Mme Céline LABRUNE-BADIANE (Université Assane Seck – Ziguinchor-Sénégal)
Mme Soraya LARIBI (Sorbonne Université)
M. Boris LESUEUR (Université des Antilles)
Mme Faranirina RAJAONAH (Université Paris VII - Diderot)
M. Richard RANARIVONY (Université d'Antananarivo - Madagascar)
M. Célestin RAZAFIMBELO (École Normale Supérieure - Antananarivo - Madagascar)
M. Samuel SANCHEZ (Université Paris I - Panthéon-Sorbonne)
M. Éric SAUNIER (Université du Havre)
M. Vincent SCHWEITZER (Académie Nancy-Metz)

Direction de Publication

Frédéric GARAN / Pierre-Éric FAGEOL

Secrétaire générale de rédaction

Myriam DORIATH (APHG-OI)

Contact : garan.frederic@yahoo.fr

Photos de couverture :

**Jour de vaccination au centre de santé d'Amboanjo (Madagascar)
pour les enfants de moins de cinq ans**

Article de Mme Elise Huysmans et Chiarella Mattern (Photo Elise Huysmans, juin 2018)

4^{ème} de couverture :

**Article de Mme Emeline de Boisvilliers
(source : Collection du docteur Monique Sibout).**

Sciences Humaines
Sud-Ouest de l'océan Indien

Numéro 26

TSINGY

Santé(s), soin(s) et médecine(s)
sur la longue durée dans le Sud-Ouest de l'océan Indien



Poste pharmacie de l'hôpital psychiatrique d'Anjanamasina
(Photo Raphael Gallien, 2019)

Le présent ouvrage est imprimé en 500 exemplaires.
Sa reproduction partielle ou totale est protégée par les droits d'auteurs
et ne peut être réalisée sans l'approbation de l'éditeur.
(1^{er} semestre 2023 Éditions ProMedia)

SOMMAIRE

- Éditorial 4

Dossier :

Santé(s), soin(s) et médecine(s) sur la longue durée dans le Sud-Ouest de l'océan Indien, sous la direction de Raphaël GALLIEN et Didier NATIVEL

- Raphaël GALLIEN, *Introduction - L'histoire et l'anthropologie de la santé dans l'océan Indien occidental : un état des lieux* 7
- Raphaël GALLIEN, « *Tsindrian'ny avelon Ranavalona* ». *Le ramanenjana, un présent antérieur (Imerina, XIX^e siècle)*, 17
- Olivia LEGRIP-RANDRIAMBELO, *Quand le diable se mêle de santé. Interprétations religieuses des maux à Madagascar* 31
- Dominique BOIS, *Épidémies et quarantaines dans l'océan Indien occidental, des îles entre vulnérabilité et isolement* 45
- Delphine BURGUET & Nathalie LADEN, *Lutter contre les épidémies à Madagascar. Étude historique et anthropologique sur la médicalisation de l'école* 63
- Emeline de BOISVILLIERS, *Évolutions et mutations de la périnatalité à la Réunion (1946-1980)* 85
- Elise HUYSMANS & Chiarella MATTERN, « *On n'a pas le matériel* » : *la honte de la pauvreté et le pluralisme médical en milieu rural malgache* 99
- Dolorès POURRETTE, *Partir pour se soigner. Les mobilités thérapeutiques dans l'océan Indien* ... 111

Varia :

- Mody KANTÉ, *Les débuts chaotiques de l'enseignement supérieur au Sénégal (années 1940-1950)* 121

Recensions :

- Anna WINTERBOTTOM & Facil TESFAYE (dir.), *Histories Of Medicine And Healing In The Indian Ocean World (Two Volumes)*, Palgrave, 2016. (Raphaël GALLIEN) 141
- Jeanne-Emmanuelle MONNIER & Céline RAMSAMY-GIANCONE, *Soigner, prier, s'adapter. La Réunion face au choléra de 1859*, Saint-Denis, PUJO, 2021, (Didier NATIVEL) 143
- Laurence POURCHEZ, *Naître et grandir. Normes du Sud, du Nord, d'hier et d'aujourd'hui*, Éditions des Archives contemporaines, 2020. (Pierrine DIDIER) 144
- Boualem KADRI, Marie DELAPLACE, Alain A. GRENIER et Yann ROCHE (dir.), *Vocabulaire du discours touristique*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2022. (Jean-Michel DEWAILLY) 150

ÉDITO

Après les deux numéros sur l'enseignement et la formation en situation coloniale, qui laissaient une large place à l'ouverture sur d'autre espaces que le Sud-Ouest de l'océan Indien, nous accueillons un nouveau numéro centré sur Madagascar (ainsi que sur La Réunion). En cette période post-Covid, Raphaël Gallien et Didier Nativel ont coordonné un dossier, dans la lignée des travaux pionniers de Faranirina Rajaonah sur la peste à Madagascar¹, qui permet de faire un point sur les recherches actuelles dans les domaines de l'histoire et de l'anthropologie de la santé dans l'océan Indien occidental.

En complément à ce beau dossier, Mody Kanté nous permet à la fois de faire le lien avec les numéros précédents, et d'ouvrir sur le Sénégal en présentant les débuts de l'enseignement supérieur, et en particulier de « l'enseignement médical universitaire ».

Pour l'avenir, les projets sont nombreux : un numéro sur « l'engagisme » (Virginie Chaillou, Éric Guerassimoff et Jean-François Klein) ; un autre sur « la franc-maçonnerie » (Éric Saunier). Nous préparons également un numéro sur l'archéologie à La Réunion (Virginie Motte-DAC Océan Indien) et un autre sur la cartographie dans le Sud-Ouest de l'océan Indien (Christian Germanaz et Pierre-Éric Fageol).

Malgré ce calendrier déjà bien rempli, toutes les propositions d'articles sont les bienvenues, pour alimenter les dossiers thématiques, les varia ou la rubrique d'analyse de documents (ainsi que des comptes-rendus de publications).

Nous profitons enfin de cet édito pour annoncer deux colloques qui se tiendront au mois de septembre.

D'abord, les 7, 8 et 9 septembre à l'université de La Réunion, le colloque « **Représentations populaires de l'océan Indien à l'ère des Indépendances (années 1950-années 1970)** », dans le cadre du projet Popkult60 [équipe interdisciplinaire composée de chercheurs du Luxembourg Centre for Contemporary and Digital History (C²DH), de l'Institute for History (IHIST) de l'Université du Luxembourg ainsi que de l'Historisches Institut (Lehrstuhl für europäische Zeitgeschichte et Lehrstuhl für Mediengeschichte) de l'Université de la Sarre et du Bereich Interkulturelle Wirtschaftskommunikation de l'Université Friedrich-Schiller Jena], en partenariat avec l'OSOI (Observatoire des Sociétés de l'Océan Indien – Université de La Réunion).

Ensuite, les 14 et 15 septembre à Metz, le colloque « **Exils impériaux** » [Université de Lorraine (CRULH), INSPE de La Réunion et Société française d'histoire des Outre-mer (SFHOM)] qui se propose d'aborder la pratique de l'exil des chefs politiques et militaires au sein des espaces soumis à la colonisation en Afrique, en Asie et autres territoires, aux XIXe et XXe siècles. Le Sud-Ouest de l'océan Indien y tiendra une place importante, tant que pour ses exilés, que pour le fait que Madagascar ou La Réunion ont été des terres d'exils.

Frédéric Garan
Directeur de Publication

¹ Faranirina Rajaonah-Esoavelomandroso, « De la Peste maladie à la “peste politique”. Interprétation par les Merina du phénomène d'endémie pestifère sur les Hautes Terres Centrales (1921-1936) », *Omaly sy Anio (Hier et Aujourd'hui)*, volume 11, 1980, pp. 49-110 ; « Résistance à la médecine en situation coloniale : la peste à Madagascar », *Annales. Économie, Sociétés, Civilisations*, 36/2, 1981, pp. 168-190.

Dossier :

*Santé(s), soin(s) et médecine(s)
sur la longue durée dans le Sud-Ouest de
l'océan Indien*

**sous la direction de
Raphaël Gallien et Didier Nativel**

Responsables scientifiques du numéro

Raphaël GALLIEN
Didier NATIVEL

Centre d'études en sciences sociales sur les mondes africains,
américains et asiatiques (CESSMA - UMR 245), Université Paris Cité

Comité d'expertise

Nancy R. HUNT, historienne, University of Florida
Laurence POURCHEZ, anthropologue, INALCO (CESSMA)
Dolorès POURETTE, anthropologue, Université Paris Cité (CEPED)
Faranirina RAJAONAH, historienne, Université Paris Cité (CESSMA)
François TAGLIONI, géographe, Université de La Réunion (PRODIG)

L'HISTOIRE ET L'ANTHROPOLOGIE DE LA SANTÉ DANS L'Océan Indien occidental : un état des lieux

Voilà plusieurs années qu'une publication n'avait pas réuni historien·ne·s et anthropologues autour des enjeux de santé dans l'océan Indien occidental. Et ce, en dépit de premiers travaux sur ces questions pourtant anciens. Dès les années 1980, l'histoire des maladies et des médecines articulée aux expériences politiques et sociales qui les accompagnent connaît ses premiers développements scientifiques. Influencé par le renouveau théorique initié par des recherches anglophones qui souhaitaient dépasser une histoire de la médecine coloniale au profit d'une histoire sociale et politique de la maladie durant la colonisation, l'historien congolais Elikia M'Bokolo plaiddait alors pour la nécessité d'une histoire de l'Afrique qui « ne se contenterait pas de faire l'histoire des maladies, mais se préoccuperaient aussi de situer la place de ces maladies dans l'histoire » du continent¹. Ces historien·ne·s en viennent ainsi à s'interroger sur le rôle de la médecine dans la mise en place et le déploiement des politiques coloniales, face à un savoir qui, très rapidement, s'est articulé à un paradigme ethnographique plus large au service des entreprises de dominations européennes². La maladie devient alors un objet à part entière pour comprendre comment s'est élaborée, tant dans les pratiques que dans les discours, la domination raciale nécessaire aux projets coloniaux³. Progressivement, les historien·ne·s se sont faits de plus en plus attentifs aux multiples registres de soin dans le quotidien des populations, face à des articulations qui, loin d'une dualité abstraite entre colonisateurs et colonisés, conduisent à de complexes enchevêtrements selon les acteurs, les temporalités et les géographies⁴. En dépassant l'image d'une Afrique qui constituerait le simple réceptacle d'expériences médicales européennes préalables, les historien·ne·s invitent ainsi à repenser ces questions dans une dialectique de

¹ Elikia M'BOKOEO, « Histoire des maladies, histoire et maladie : l'Afrique », *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris-Montreux, Éditions des Archives Contemporaines, 1984, p. 156.

² Emmanuelle SIBEUD et Anne PIRIOU, *L'africanisme en questions*, Paris : EHESS, 1997 ; Emmanuelle SIBEUD, *Une science impériale pour l'Afrique ? La construction des savoirs africanistes en France 1878-1930*, Paris, EHESS, 2002.

³ John LEIFFE, *East African Doctors: A History of the Modern Profession*, Cambridge, Cambridge University Press, 1991 ; Megan VAUGHAN, *Curing their ills: Colonial power and African illness*, Oxford-Cambridge : Polity Press, 1991. Pour un retour récent et en français sur ces questions : Delphine PEIRETTI-COURTIS, *Corps noirs et médecins blancs. La fabrique du préjugé racial, XIX^e-XX^e siècles*, Paris, ea Découverte, 2021.

⁴ Nancy HUNT, *A Colonial Lexicon: Of Birth Ritual, Medicalization, and Mobility in the Congo*, Durham, Duke University Press, 1999.

façonnements mutuels⁵. Progressivement, le terme de « santé » s'impose en remplacement des termes « maladie » ou « médecine » pour souligner la nécessité d'une compréhension plus complète du sujet, en résitant sa souffrance dans un environnement social, politique ou anthropologique plus large. C'est ainsi « ne jamais dissocier la maladie de l'ensemble de la vie et de la pensée de ceux qu'elle atteint »⁶ et mieux insister sur le fait que le malade est autant construit par son mal qu'il le construit lui-même⁷. Face à la maladie, l'enjeu n'est donc plus « de repérer l'écart entre les grandes ambitions, les belles images, les désirs d'ordre et de raison et la « réalité » forcément contrariée, imparfaite, haïssable même. Il s'agit plutôt de savoir comment le constat d'échec fonde des pratiques, des critiques, des affects, des subjectivités »⁸. De la même manière, l'anthropologie française réelabore progressivement la maladie comme un « fait social total »⁹, avec pour souci de questionner les rapports de pouvoir qui marquent sa construction et son appréhension, face à « l'arène »¹⁰ que constituent les différents enjeux de santé. Ces chercheurs se veulent ainsi de plus en plus sensibles aux jalonnements sociaux et affectifs qui viennent « donner corps » à la personne malade, à l'institutionnalisation des troubles, ainsi qu'à son entourage¹¹.

Aussi riches que soient ces pistes de recherche, force est de constater que peu de travaux historiques ont jusqu'à présent été consacrés à ces questions dans l'océan Indien occidental. Et ce, en dépit de la rencontre désormais ancienne entre différents modèles de soin dans la région. Si déjà aux XVII^e et XVIII^e siècles de premières installations missionnaires ayant pour partie une vocation médicale s'installent dans les régions côtières de la Grande Île, l'influence de la médecine occidentale s'accentue surtout à l'orée du XIX^e siècle. Que l'on songe par exemple au rejet des *ombiasy* de la part de Radama I^{er} à la veille de sa mort, en 1828 ; ou encore à la quête d'un traitement « biomédical »¹² face au cancer du nez du prince Rainimanonja, frère de Rainijohary, époux de la reine Ranavalona I^{ère}, cette dernière nourrissant pourtant officiellement un fort ressentiment à l'égard de la présence occidentale. Au début des années 1860, plusieurs médecins britanniques gagnent la confiance de son successeur, Radama II, et mettent en place les premiers dispensaires dans la capitale du pays, Antananarivo. C'est le médecin et missionnaire Andrew Davidson qui, le premier, inaugure en 1862 une première structure de santé, rapidement transformée en hôpital. Certes, l'objectif de conversion religieuse est indissociable d'une volonté de soin, l'âme n'étant pas distinguée du corps. Mais quoiqu'il en retourne, la médecine dans ses représentations occidentales gagne progressivement la population et en premier lieu les élites politiques du pays. En 1891 ouvre l'hôpital que les Antananariviens connaissent aujourd'hui sous

⁵ Warwick ANDERSON, « Immunities of Empire: Race, disease and the new tropical medicine, 1900-1920 », *Bulletin of the History of Medicine*, 1998/70 (1), pp. 94-118.

⁶ Jean BENOIST, « Une anthropologie de la guérison », *Soigner ou guérir ?*, Paris, Érès, 2010, p. 78.

⁷ François eAPEANTINE, « Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie », in Denise JODEE ET (dir.), *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 1989, pp. 297-318.

⁸ Guillaume eACHENAE, *Le médecin qui voulut être roi. Sur les traces d'une utopie coloniale*, Paris, Seuil, 2017, p. 144.

⁹ Marcel MAUSS, *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, PUF, 2007.

¹⁰ Jean-Pierre OELVIER DE SARDAN, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, Karthala, 1995.

¹¹ Marc AUGE et Claudine HERZELCH, *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris-Montreux : Éditions des Archives contemporaines, 1984 ; Marc AUGE, « e'anthropologie de la maladie », e'Homme, 1986/26 (97), pp. 81-90 ; Didier FASSIN, « Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés*, 2000/24 (1), pp. 95-116 ; Bernard HOURS, *Systèmes et politiques de santé : de la santé publique à l'anthropologie*, Paris, France, Karthala, 2001.

¹² e'usage de ce terme, ici et tout au long de l'introduction, renvoie, plus qu'à une capacité de traitement, à une appréhension « rationnelle » de la maladie basée sur une lecture bio-organique du corps importée de l'Occident.

le nom de Centre Hospitalier de Soavinandriana et dans lequel trouvent refuge les Français lors de l'invasion de l'île en 1895. Toujours en 1891, les missions anglaises et norvégiennes qui dispensaient un enseignement médical s'associent afin de fonder une académie de médecine reconnue officiellement par la monarchie merina. En l'espace de quelques décennies, l'île connaît donc un véritable développement de la biomédecine. Et ce, bien avant que Madagascar ne devienne officiellement une colonie française et qu'une réelle politique de santé ne soit mise en place. À partir de 1896, le Général Joseph Gallieni, premier Gouverneur de l'île, fait de la lutte contre les épidémies et l'éducation à l'hygiène une priorité de la politique coloniale. L'objectif est notamment de stabiliser et d'améliorer une démographie fragile pourtant nécessaire à la « mise en valeur » de la colonie et à la démonstration des bienfaits de « l'œuvre civilisationnelle ». Ces questions de santé s'imposent comme essentielles dès les premiers mois de présence française sur l'île. S'appuyant sur les expériences missionnaires passées, Gallieni inaugure dès sa première année d'exercice une école de médecine sous autorité de l'administration coloniale. En 1899 se déploie l'Assistance Médicale Indigène (AMI), reprise dans nombre de possessions françaises en Afrique dans les années qui suivent. En 1900, un Institut Pasteur est inauguré, tandis que le corps des médecins indigènes de colonisation est créé. Dans les mêmes années, une première génération de médecins malgaches formés en Europe, notamment en France et en Angleterre, fait son retour sur l'île et développe une clinique jusqu'alors inédite, à l'articulation des représentations occidentales et malgaches face à la maladie. En 1912, le premier asile d'aliénés répondant à la loi du 30 juin 1838 dans les colonies françaises est inauguré. Si nous dressons ici à très grands traits, à partir de quelques repères linéaires, l'histoire de l'installation biomédicale à Madagascar, c'est pour mieux pointer un premier constat paradoxal : en dépit de la richesse et de la précocité de ces développements, peu de travaux se sont jusqu'ici penchés en détail sur cette histoire. Au-delà de Madagascar, un constat similaire peut être dressé pour les autres espaces de la région.

Des premiers travaux aux années 1990 : une historiographie avant tout centrée sur les épidémies

Outre les récits plus ou moins biographiques d'anciens administrateurs coloniaux ou de médecins louant les mérites de leurs actions passées, c'est dans les années 1980 que les premiers travaux critiques centrés sur les questions médicales dans l'océan Indien occidental apparaissent véritablement. Ces premiers travaux se concentrent alors avant tout sur la question des épidémies. Si Madagascar n'a pas attendu la colonisation pour avoir à faire face à de premiers épisodes infectieux, l'intensification des échanges à partir de la seconde moitié du XIX^e siècle vient accentuer la circulation d'agents pathogènes épidémiques, à commencer par le bacille de la peste dans un premier temps cantonné aux seuls ports de l'île avant de devenir endémique. La lutte contre la peste devient donc un motif structurant de la politique coloniale. Il faut protéger les colons des foyers épidémiques que constituaient les indigènes. L'augmentation de la densité urbaine justifie aux yeux de l'administration coloniale la nécessité d'une série de prohibitions, voire d'un véritable cordon sanitaire, qui se juxtaposent plus ou moins bien à une somme de discriminations et de ségrégations raciales. Ces enjeux, directement politiques, sont par ailleurs indissociables d'un renouveau théorique et pratique lié à la révolution pasteurienne¹³. En 1980, l'historienne Faranirina Esoavelomandroso-Rajaonah inaugure

¹³ Bruno e ATOUR, *Les Microbes. Guerre et paix, suivi de Irréductions*, Paris, Éditions Anne-Marie Métailié, 1984.

une première étude d'envergure, parue dans la revue franco-malgache *Omaly sy Anio*, sur les épidémies de peste à Madagascar et la traduction politique de ces épisodes¹⁴. Moins d'un an plus tard, ce premier article est prolongé par une seconde publication, accueillie cette fois-ci dans la revue française des *Annales*¹⁵. À travers ceux qu'elle touche et la prophylaxie qui s'en suit, la peste apparaît en effet comme un observatoire privilégié des tensions sociales et des dynamiques politiques alors à l'œuvre en situation coloniale. Si l'atteinte provoquée par la maladie ne fait pas de différence entre colons et colonisateurs, elle est surtout l'occasion pour les autorités de réaffirmer leur autorité, là où s'entrecroisent mesures hygiénistes et (re)déploiement d'un appareil politique répressif. Rapidement, la gestion de la maladie se mue en un objet de revendications plus larges, permettant pour les uns de faire preuve d'une capacité de traitement, pour les autres de pointer l'oppression et l'inanité du modèle colonial, tandis que s'enchevêtrent une somme d'héritages historiques et de recompositions morales. Outre la peste, les historien·ne·s reviennent dans le même mouvement sur l'histoire du paludisme ou de la variole dans la région¹⁶. Face à l'importance de cette question dans la trajectoire de la colonie, on comprend mieux pourquoi les premiers travaux historiques sur la médecine à Madagascar – mais on pourrait ici généraliser à l'ensemble des anciennes possessions coloniales – se sont d'abord penchés sur le fait épidémique. Quoique de manière plus limitée, d'autres études sur la place de l'hygiène dans la promotion de la doctrine coloniale ou sur le parcours des premiers médecins sur la Grande Île sont menés en parallèle¹⁷.

Mais c'est surtout dans les années 1990, autour du séminaire de l'historienne Françoise Raison-Jourde, que se multiplient les travaux sur ces questions. À nouveau, dans cette nouvelle décennie qui s'engage, le thème des épidémies reste prédominant. Le séminaire de l'année universitaire 1991-1992 qu'organise l'historienne à l'université Paris VII, alors située à Jussieu dans le V^e arrondissement de Paris, marque probablement un point d'achèvement¹⁸. Après plusieurs séances introducives liées à la méthodologie, la première séance thématique est consacrée à la « reconstitution des trajectoires d'épidémies dans l'océan Indien occidental » de la fin du XVIII^e siècle au XX^e siècle. Dans les semaines qui suivent, plusieurs présentations toujours portées sur les épidémies se focalisent sur des régions particulières : Tamatave avec l'historien Dominique Bois, Zanzibar avec l'historienne Solange Ruphin, l'île Maurice avec Françoise Raison-Jourde. À cette thématique s'ajoute les questions de l'hygiène, de la santé et de l'alimentation, notamment à travers deux présentations distinctes menées par l'historien Jean Fremigacci et l'historienne Marie-Pierre Ballarin. On ne peut que regretter qu'un tel travail n'ait pas

¹⁴ Faranirina ESOAVEOM ANDROSO, « De la peste maladie à la “peste politique”. Interprétation par les merina du phénomène d’endémie pesteuse sur les hautes terres centrales après 1921 ?(1921-1936) », *Omaly sy Anio (Hier et Aujourd’hui) : revue d’études historiques*, 1980/11, pp. 49-110.

¹⁵ Faranirina ESOAVEOM ANDROSO, « Résistance à la médecine en situation coloniale : la peste à Madagascar », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 1981/36 (n°2), pp. 168-190.

¹⁶ Pascal SOAVERE O, « Paludisme et colonisation dans le pays betsimisaraka (résumé) », *Omaly sy Anio (Hier et Aujourd’hui) : revue d’études historiques*, 1985/21-22, p. 397.

¹⁷ Violette RAMANANKASINA, *Medicine and doctors in the anglo-malagasy civilisation*, mémoire de civilisation anglaise, Université d'Antananarivo, 1979 ; Georges BOUENIER, « Ramisiray : un des premiers docteurs en médecine malgaches », *Histoire des sciences médicales*, 1995/29 (n°4), pp. 347-354 ; Faranirina RAJAONAH, *Élites et notables à Antananarivo dans la première moitié du XXe siècle*, thèse d'histoire, eyon, univ. eyon II, 1997 ; Pierre AUBRY & Paul RAKOTOBÉ, « ea formation médicale à Madagascar de 1870 à nos jours », *Médecine tropicale*, 2000/60 (n°4), pp. 345-347 ; Tiana Herinaina RAZAFIMANDIMBY, *Médecins malgaches de la fin du XXe siècle aux années 1920*, mémoire de master II en histoire, Paris, univ. Paris VII-Denis Diderot, 2006.

¹⁸ Que soit ici particulièrement remerciée Françoise Raison-Jourde qui, à l'occasion de ce numéro, nous a partagé les archives ayant trait à cette année 1991.

donné lieu à une publication collective, le séminaire inaugurant un véritable programme de recherche.

Du côté anglophone, les années 1990 marquent également le développement de réflexions qui articulent les questions de santé aux enjeux climatiques¹⁹, la question environnementale investissant timidement les préoccupations des chercheurs. Les enjeux alimentaires ou d'hygiène apparaissent dès lors indissociables des problématiques de santé plus globales. De part et d'autre des géographies universitaires, et en cohérence avec le renouveau historiographique évoqué précédemment, la seule entrée par la maladie est abandonnée au profit d'études qui s'ouvrent davantage aux multiples imprégnations (environnementales, culturelles, sociales, économiques, sensibles, etc.) qui façonnent la maladie. Dans le même temps, et toujours sur la question des épidémies, les travaux des étudiants de maîtrise se poursuivent. Certains approfondissent la compréhension de la diffusion et de la gestion du fait épidémique sur l'île²⁰, d'autres déplacent l'échelle d'analyse en cherchant à résituer ces épisodes dans une trajectoire régionale plus vaste²¹. À notre connaissance, aucun ne débouche sur un travail plus vaste comme peut l'être une recherche doctorale.

En parallèle, l'entrée par le religieux dessine une autre voie d'accès pour interroger la santé dans ces régions. Et pour cause, puisqu'au sein de ces sociétés holistes, la maladie ne se distingue pas d'un rapport plus large à la stabilité des forces en présence. Être malade, c'est possiblement subir la sanction des ancêtres, être victime du sorcellaire, ou encore nourrir un rapport particulier à une cosmogonie « ancestrale ». Plus largement, c'est surtout être le témoin d'un déséquilibre plus ou moins collectif. L'apport monothéiste qui s'impose au fil des décennies vient quant à lui densifier ces représentations où, à la sanction sociale, s'ajoutent progressivement la peur du diable et l'investissement dans l'exorcisme. La publication en 1991 de la thèse d'État de Françoise Raison-Jourde constitue l'une de ces premières études majeures capables de réarticuler le religieux à la culture et à l'édification des hiérarchies politiques sur la Grande Île²². La maladie, et notamment la question particulière des épidémies, tant psychiques que bactériennes, y constitue un support fondamental à partir duquel viennent s'élaborer représentations et pratiques sociales. En 2001, un ouvrage plus collectif, regroupant historien·ne·s et anthropologues, prolonge sur un versant plus contemporain certaines questions déjà présentes dans le travail de Françoise Raison-Jourde²³. À nouveau, les questions de santé, entendues dans une perspective holistique, constituent l'un des fils rouges de cette publication qui cherche notamment à résituer les manifestations contemporaines du religieux dans une économie historique et culturelle plus large. La question des dynamiques et des recompositions politiques qui structurent ces épisodes y apparaît centrale. La méthode entend ainsi articuler relevés ethnographiques, anthropologie et histoire, dans un va-et-vient permanent entre le lointain et le

¹⁹ Gwyn CAMPBELL, « Crisis of Faith and Colonial Conquest. The Impact of Famine and Disease in Late Nineteenth-Century Madagascar », *Cahiers d'études africaines*, 1992/32, n°127, pp. 409-453.

²⁰ Georges ÉLISÉE BESY, *L'évolution de la peste et de sa prophylaxie à Madagascar*, mémoire pour l'obtention du diplôme de l'EHESS, EHESS, Paris, 1980.

²¹ Pascale ANDRAIN, *Afrique de l'est & Madagascar au XIX^e siècle : circulation des épidémies*, mémoire de maîtrise, Paris, univ. Paris VII, 1991 ; Élodie SIMOES-TAVARES, *Les activités commerciales, la salubrité et les épidémies au Mozambique, dans la seconde moitié du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle*, mémoire de maîtrise, Paris, univ. Paris VII, 1994.

²² Françoise RAISON-JOURDE, *Bible et pouvoir à Madagascar au XIX^e siècle. Invention d'une identité chrétienne et construction de l'État*, Paris, Karthala, 1991.

²³ Malanjaona RAKOTOMAEA, Sophie BEANCHY & Françoise RAISON-JOURDE, *Madagascar : les ancêtres au quotidien. Usages sociaux du religieux sur les Hautes-Terres Malgaches*, Paris, é'Harmattan, 2001.

contemporain, pour résituer différents états jugés « anormaux » dans leur tissu relationnel et social. D'un point de vue historiographique, cet ouvrage est à replacer dans le renouvellement des études malgaches de la seconde moitié du XX^e siècle, qui voit émerger des recherches soucieuses de développer, à partir de trajectoires personnelles, une lecture dynamique des événements, en neutralisant la question des invariants culturels au profit de l'historicisation du caractère social des constructions symboliques. Force est de constater que cet ouvrage fait office de transition. À sa suite, les historien·ne·s tournent en effet pour un moment le dos à ces questions qui se retrouvent dans les mains des seul·e·s anthropologues.

Les années 2000 : entre désertion des historien·ne·s et renouveau de l'anthropologie

Bien sûr, les anthropologues n'ont pas attendu les années 2000 pour investir Madagascar et les questions de santé associées à la région. À l'image de l'histoire, la discipline se réinvente profondément sur ce sujet dès les années 1980. L'une des questions centrales d'alors consiste à comprendre l'effectivité du pluralisme thérapeutique qui découle de l'installation coloniale et la complexité des itinéraires de soins qui s'ensuivent au lendemain des indépendances²⁴. Il s'agit de « ne jamais dissocier la maladie de l'ensemble de la vie et de la pensée de ceux qu'elle atteint »²⁵. Dans la compréhension de la maladie, le mythe, le rêve ou encore la transe apparaissent comme des médiations fondamentales pour comprendre comment s'exprime le trouble dans l'espace quotidien²⁶. La relative disparition des historien·ne·s quant aux questions de santé est-elle une conséquence de la prise en compte de la dynamique historique de la part des anthropologues qui, se faisant, s'éloignent d'une certaine approche structuraliste et supplantent progressivement les historien·ne·s sur ces questions ? Ou, différemment, est-ce une conséquence indirecte de la « malgachisation » portée par le discours politique des années 1990 sur l'île ? On peut en effet s'interroger sur le choix plus ou moins conscient des historien·ne·s de se recentrer à partir des années 2000 sur des préoccupations plus à distance du colonial et de ses héritages, en réinvestissant en premier lieu l'histoire économique et culturelle de la région, au détriment d'enjeux plus directement sociaux alors laissés aux anthropologues. Il est aussi possible d'envisager ce silence comme en partie lié à une gêne face à l'héritage d'une médecine coloniale qui, faute de réelles politiques, peine à se réinventer, constituant un motif récurrent de discours ineptes quant aux « résultats » de la colonisation – question aussi éculée que stérile ainsi posée. Ce ne sont là que des hypothèses qui mériteraient d'être approfondies. Quoiqu'il en soit, l'apprehension de l'historien·ne·s en trouve réduite à quelques rencontres fortuites au fil de travaux qui, s'ils croisent régulièrement et de manière indirecte les questions de santé, ne s'en saisissent jamais réellement. Ces questions semblent ainsi

²⁴ Narivelo RAJAONARIMANANA, *Une Expérience pluridimensionnelle : la maladie chez les VoniZongo du sud-est (Madagascar)*, thèse d'anthropologie, Paris, EHESS, 1990 ; Marcelle RAKOTOARIMANANA, « Maladies, pratiques thérapeutiques et sorcellerie à Vinaninkarena (Centre de Madagascar) », *Études Océan-indien*, 1995/19, pp. 53-69 ; Robert JAOVEO-DZAO, *Mythes, rites et transes à Madagascar*, Antananarivo & Paris, Ambozontany & Karthala, 1996 ; Claire MESTRE, « Un hôpital à Madagascar ». *Analyse anthropologique de la confrontation des pouvoirs, des savoirs et des représentations à l'hôpital de Toamasina*, thèse d'anthropologie, Bordeaux, univ. Bordeaux II, 1999 ; — « De la possession à l'hystérie : conversion médicale dans un hôpital malgache », *L'Autre. Cliniques, cultures et sociétés*, 2001/2 (n°3), pp. 495-508 ; Malanjaona RAKOTOMAEA, « Transformations du politique et pluralité thérapeutique », *Journal des anthropologues*, 2002 (n°88-89), pp. 41-52

²⁵ Jean BENOIST, « Une anthropologie de la guérison », *Soigner ou guérir ?*, Paris, Érès, 2010, p. 78.

²⁶ Robert JAOVEO-DZAO, *Mythes, rites et transes à Madagascar*, Antananarivo/Paris, Ambozontany/Karthala, 1996.

contraintes au présent et être avant tout l'apanage des anthropologues qui se concentrent sur les enjeux contemporains du soin au croisement de « l'ancestralité »²⁷. À l'évidence, il ne s'agit pas d'opposer les différentes approches disciplinaires, mais d'envisager à partir de ce constat une meilleure prise en compte de ces trajectoires épistémologiques dans les travaux à venir, en souhaitant un renouveau du travail de l'historien·ne sur des questions qui ne peuvent se passer de l'interdisciplinarité pour être pleinement saisies. Ainsi, bien des études restent à mener et on ne peut que constater que, au-delà de la question des épidémies désormais bien connues, des pans entiers restent aujourd'hui encore ignorés de la part des historien·ne·s. Ces questions de santé mentale ou liées à la maternité par exemple, pourtant largement investies par les anthropologues, étaient restées jusqu'à très récemment un angle mort. Et que dire de l'histoire de la production et de la circulation des médicaments, du handicap ou de la vieillesse qui, pour ne retenir que ces quelques sujets, connaissent ailleurs un développement considérable ? La question des infrastructures sanitaires et du maillage politique, bien qu'affleurant régulièrement au fil des travaux existants, n'a pas non plus fait l'objet d'une analyse systématique²⁸. Ce ne sont là que quelques perspectives qui nous permettent de pointer la richesse des itinéraires de recherche qui pourraient être empruntés à l'avenir. Or lorsque l'on travaille sur l'océan Indien occidental, c'est finalement comme si, adossés à un naturalisme désuet, les historien·ne·s n'avaient pas cru bon devoir investir le présupposé universel que constituerait la maladie, laissant cela aux observations des anthropologues et obligeant ces derniers en bien des endroits à devoir se muer ponctuellement en historien·ne pour pouvoir ensuite mener leurs investigations au présent²⁹.

Au-delà de la question désormais ancienne de l'effectivité du pluralisme thérapeutique qui continue de mobiliser les chercheurs, de nouveaux espaces de recherche ont ainsi progressivement émergé en anthropologie de la santé. Or lorsque l'on évoque Madagascar, les questions liées à la maternité³⁰, à la santé mentale³¹ ou de l'accès aux traitements de différentes pharmacopées³² ont par exemple connu des

²⁷ Gabriel EFEVRE, « Ces discours sur la médecine traditionnelle à Madagascar. Entre idéologie coloniale, salut de l'âme, raison économique, et pouvoir biomédical », *Revue des Sciences Sociales*, 2008 (n°39), pp. 46-59 ; Olivia EGRIPI-RANDRIAMBEO, *Spatialité et pratiques religieuses de guérison en région betsileo (Madagascar)*, thèse d'anthropologie, Lyon, univ. Lumière Lyon II, 2014 ; Déborah CORREGES, *Intégrer la médecine traditionnelle à Madagascar : institutions, acteurs et plantes au prisme de la mondialisation*, thèse d'anthropologie, Paris, EHESS, 2014 ; Pierrine DIDIER, *Médecine traditionnelle et « Médecine intégrative » à Madagascar : entre décisions internationales et applications locales*, thèse d'anthropologie, Bordeaux, univ. Bordeaux, 2015.

²⁸ A l'exception du travail pionnier de Blanche RICHARD, *Hôpital et système de soins de santé à Madagascar. De la genèse (17^e siècle) à la réforme hospitalière (années 90)*, Paris : é'Harmattan, 2005.

²⁹ Voir par exemple l'introduction de la thèse d'anthropologie de Claire Mestre, également médecin psychiatre, qui opère un important retour sur la chronologie des installations médicales à Madagascar : Claire MESTRE, *Un hôpital à Madagascar...*, op. cit. L'anthropologue Delphine Burguet a, quant à elle, plus particulièrement réfléchi à la rencontre entre deux modèles de soin tout au long des XIX^e et XX^e siècles : Delphine BURGUET, « Apprendre à soigner en période coloniale. De la transmission formelle des savoirs biomédicaux à la pratique hybride des soins (Madagascar, Imerina) », *Autrepart*, 2017/2 (n°82), pp. 35-50.

³⁰ Dolorès POURETTE, Christella MATTERN et al. (dir.), *Femmes, enfants et santé à Madagascar*, Paris, é'Harmattan, 2018.

³¹ Pierrine DIDIER, « Être fou à Madagascar ». *Étude anthropologique de la représentation sociale et de la pluralité thérapeutique de la « folie » sur l'Ile Rouge*, mémoire de master I en anthropologie, Lyon, univ. Lyon II, 2008.

³² Philippe BEAUJARD, « Plantes et médecin traditionnelle dans le Sud-Est de Madagascar », *Journal of Ethnopharmacology*, 1988/23 (n°2-3), pp. 165-265 ; Gabriel EFEVRE, « Ces discours sur la médecine traditionnelle à Madagascar, entre idéologie coloniale, salut de l'âme, raison économique, et pouvoir biomédical », *Revue des sciences sociales*, 2008 (n°39), pp. 46-59 ; Id., *Médecine traditionnelle à Madagascar. Les mots-plantes*, Paris, é'Harmattan, 2013 ; Pierrine DIDIER, *Médecine traditionnelle et « médecine*

développements considérables. Au-delà de Madagascar, ayant tendance à concentrer les regards, d'autres territoires comme les Mascareignes ou les Comores ont eux aussi nourri de nombreux travaux d'anthropologie. Si l'enjeu des épidémies reste là aussi très présent³³, les questions de chronicité dans la maladie³⁴, de maternité³⁵, de dégénérescence³⁶ ou encore du cancer³⁷ ont suscité de nouvelles recherches ces dernières années. La question plus large des circulations (des savoirs, des hommes et des femmes, des pharmacopées...) constitue l'autre versant de travaux qui cherchent quant à eux à rendre compte des spécificités territoriales et régionales afin de questionner l'empreinte du paradigme indianocéanique³⁸ lorsque l'on réfléchit aux enjeux de santé dans ces espaces. À cet endroit, l'influence de la géographie est manifeste, face à des recherches qui, à l'exemple des travaux du géographe François Taglioni, interrogent le lien entre santé, environnement et dynamiques territoriales propres aux espaces insulaires³⁹. À chaque fois, qu'il s'agisse de Madagascar ou des autres îles de la région, tous insistent sur les « transactions »⁴⁰ à l'œuvre entre les différents modèles de soin, de la gestion des personnes malades aux itinéraires de soin face à la maladie, en passant par les représentations qui les accompagnent.

Renouvellements et articulations de l'histoire et de l'anthropologie de la santé dans l'océan Indien occidental

En somme, ces dernières années ont été l'occasion de transformations majeures face aux trajectoires de personnes en souffrance. Passant d'une histoire de la maladie à une histoire des conditions affectives et matérielles qui entourent la santé, les chercheuses et chercheurs ont eu pour volonté de souligner la complexité des constructions affectives, sociales et politiques qui structurent, de l'échelle la plus intime à l'échelle la plus collective, le rapport au normal et au pathologique⁴¹. Le souhait de ce numéro est donc de donner à voir les nouvelles recherches sur la santé dans la région de l'océan Indien occidental, riches des renouvellements récents de l'histoire et de

intégrative » à Madagascar : entre décisions internationales et applications locales, Bordeaux, thèse en anthropologie sociale, Université de Bordeaux, 2015.

³³ Voir par exemple le récent projet de recherche coordonné par Dolorès Pourette et Guffran Rostom : « COVID-19 et VIH. Mobilisation, reconfiguration des soins et affects des acteurs du VIH/sida face aux COVID-19 à Maurice et Madagascar : patients, soignants et acteurs associatifs ».

³⁴ Jacqueline ANDOCHE, « L'interprétation populaire de la maladie et de la guérison à l'île de La Réunion », *Sciences Sociales et Santé*, 1988/6, (3-4), pp. 145-165 ;

³⁵ Laurence POURCHEZ, *Grossesse, naissance et petite enfance en société créole*, Paris, Karthala ; id., 2014. *Savoirs des femmes : médecine traditionnelle et nature*. Maurice, Réunion, Rodrigues, Paris, UNESCO, 2014 ; id., *Naître et grandir. Normes du Sud, du Nord, d'hier et d'aujourd'hui*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines, 2020.

³⁶ Franck NJERAS, « Incidence du pronostic sur la construction des modèles explicatifs de la maladie d'Alzheimer à l'île de La Réunion », *Sciences sociales et santé*, 2005/23 (3), pp. 69-94.

³⁷ Caroline DESPRES, « Soigner par la nature à La Réunion : l'usage des plantes médicinales comme recours thérapeutique dans la prise en charge du cancer », *Anthropologie & Santé*, 2011/2 [En ligne], 2011/2, Consulté le 29 août 2022 à : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/710> ; Caroline GIACOMONI, *Les représentations de la maladie du cancer liée aux modes de vie et comportements à risque chez les jeunes Réunionnais*, thèse d'Anthropologie, Paris, EHESS, 2011.

³⁸ Philippe BEAUJARD, *Les mondes de l'océan Indien* (t. 1 et 2), Paris, Armand Colin, 2012.

³⁹ François TAGLONI (dir.), *Insularité et développement durable*, Marseille, IRD Editions, 2011 ; —, « Le Covid-19 comme indicateur des spécificités sanitaires dans les outre-mers français : le cas de Mayotte », *Carnets de Recherches de l'océan Indien*, 2020 (n°5), pp.127-132

⁴⁰ Florence BERNAUD, *Colonial Transactions. Imaginaries, Bodies, and Histories in Gabon*, Durham/ondon, Duke University Press, 2019.

⁴¹ Georges CANGUHEM, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1966.

l'anthropologie de la santé. Au croisement des enjeux du *care*⁴², de l'affectivité, ou encore des circulations, la question de la longue durée, aujourd'hui commune aux historien·ne·s, nous a paru devoir être réaffirmée avec pour principal objectif de s'extraire d'un regard jusqu'à présent principalement centré sur la période coloniale et ses héritages lorsque l'on aborde ces thématiques. En « remettant le colonial à sa place »⁴³, c'est une histoire complexe qui se dévoile, faite d'appropriations et d'enchevêtrements mutuels, face à des régimes d'historicité qui, bien que se croisant régulièrement, ne se superposent que rarement et façonnent des régimes d'expériences variés situés au carrefour d'héritages plus ou moins conscientisés.

Ainsi, l'historien Raphaël Gallien montre que « l'épidémie » de *ramanenjana* condense non seulement une somme de spéculations psychiatriques propre au régime colonial, mais dévoile les enjeux politiques d'un moment particulier, celui de la seconde moitié du XIX^e siècle et de son rapport à l'étranger. À l'intersection entre récits religieux, théorisations biomédicales et recontextualisations politiques, cet épisode est l'occasion, tant de montrer le rôle des premiers médecins malgaches dans l'émergence d'un discours psychiatrique sur l'île, que d'interroger la portée d'un corps collectif longtemps réduit à un langage inarticulé, parfois qualifié « d'hystérique », entre folie et religion. Sur un versant plus contemporain, l'anthropologue Olivia eegrip-Randriambelo revient également sur la question de la souffrance psychique pour interroger l'institutionnalisation de la maladie mentale à partir du mouvement du Réveil. Elle s'interroge ainsi sur le lien que peuvent nourrir institution religieuse et institution biomédicale dans le façonnement de la maladie au quotidien. Au terme de son article, on comprend que la collectivisation de la prise en charge de la souffrance va de pair avec une individualisation croissante du sujet, là où jusqu'alors dominait une responsabilité avant tout intersubjective face à la maladie. Deux premiers articles qui s'interrogent finalement sur le processus d'individuation et de subjectivation à l'œuvre face à la souffrance psychique, une question centrale pourtant encore rarement résituée sur la longue durée et vis-à-vis des régimes de sensibilité issus de l'élan missionnaire, puis colonial.

Les deux articles suivants renouent quant à eux avec la question épidémique. L'historien Dominique Bois offre ainsi une synthèse sur les différentes expériences épidémiques auxquelles a été confronté l'océan Indien occidental, en se concentrant notamment sur les mesures de quarantaine prises dans la région face à ces épisodes dans la seconde moitié du XIX^e siècle. La parole politique se superpose ici à un discours médical confronté aux enjeux économiques et politiques locaux, face à des épidémies dont les contemporains ne comprennent pas toujours les ressorts. L'anthropologue Delphine Burguet et la médecin Nathalie eaden reviennent quant à elles sur la question épidémique à l'aune de la pandémie de SARS-CoV-2. En abordant cette question à partir de l'institution scolaire, elles interrogent la superposition entre inégalités de santé et inégalités scolaires. Comme la récente pandémie de SARS-CoV-2 l'a montré, l'institution scolaire reste aujourd'hui encore un espace où se contractent et s'articulent un grand nombre des tensions – sociales, économiques, sanitaires, mais aussi historiques

⁴² Cette notion convoque une somme de vulnérabilités qui entoure toute existence. S'y retrouvent convoquées les questions très concrètes de prise en charge de la personne en souffrance et de son entourage à partir des pratiques matérielles (nettoyage, blanchiment, nourriture...) et immatérielles (empathie, douceur, disponibilité...).

⁴³ Camille eEFEBVRE, M'hamed OUAEDI, « Remettre le colonial à sa place. Histoires enchevêtrées des débuts de la colonisation en Afrique de l'Ouest et au Maghreb », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 2017/4 (72^e année), pp. 937-943.

– qui structurent les réalités contemporaines d'une société. e a nécessité de l'histoire pour saisir les enjeux du contemporain se fait ici plus saillante que jamais, face à des écoles qui se dévoilent comme l'un des rares espaces où l'État malgache est en prise directe avec les corps et les esprits, investissant le temps scolaire comme un espace de gouvernementalité propre, lui permettant notamment d'afficher son émancipation vis-à-vis du paradigme occidental face à la maladie, et en premier lieu face à l'ancienne puissance coloniale.

Plus à distance de Madagascar, l'historienne Émeline de Boisvilliers revient sur les politiques de santé autour des questions de maternité entre les années 1940 et 1980 sur l'île de e a Réunion. Au lendemain des années 1950, l'île présente en effet un taux de mortalité maternelle et infantile élevé, contrastant avec les chiffres rencontrés en métropole. À partir des années 1970, les pouvoirs publics vont donc se mobiliser pour offrir une meilleure formation des professionnels de santé ainsi qu'un meilleur accès des femmes aux équipes de soin et savoirs médicaux de base. Issu d'un récent travail de thèse, l'article d'Émeline de Boisvilliers donne ainsi à voir des femmes, soignantes ou parturientes, jusqu'ici peu considérées par la recherche historique. Des enjeux qui permettent également de s'interroger sur ce qu'implique au quotidien la départementalisation et la place de l'île dans un espace national recomposé. Sur un versant plus contemporain, le lien entre pauvreté et maternité se retrouve également au centre de l'article proposé par les anthropologues Élise Huysmans et Chiarella Mattern qui interrogent le lien soignant-soigné et la réalité du *care* dans un contexte de grande pauvreté à Madagascar. Elles démontrent que les trajectoires liées à la maternité sont largement façonnées par le sentiment de « honte » qui accompagne les parcours sociaux déshérités. Ainsi, la difficulté d'accès aux ressources matérielles en termes d'hygiène ne fait pas que fragiliser les conditions objectives de la prise en charge de la mère et de son bébé, mais vient également nourrir des tactiques d'évitement de femmes qui, peut-être plus encore qu'en d'autres occasions, cherchent à s'affranchir d'un certain cadre qui, jusque dans l'accouchement, les ramène à leur pauvreté. Ces deux derniers articles posent la question plus large de la sur-responsabilisation des acteurs qui semble s'imposer à partir des années 1970.

es tactiques individuelles face aux inégalités de santé motivent également l'article conclusif de l'anthropologue Dolorès Pourette. En changeant de focale pour se placer à l'échelle de la région ouest de l'océan Indien, elle nous livre une synthèse de ce que pourraient être de futures questions de recherche face à des mobilités croissantes motivées par une volonté d'accès au soin face à l'inégale répartition des savoirs et des technologies de santé. En découle un modèle géographique singulier, justifié par la recherche d'un modèle de soin adapté. Autant de nouvelles pistes de recherche qui viennent complexifier les appréhensions localisées de la maladie au profit d'une plus grande attention portée à la fabrique des savoirs médicaux et à leurs usages dans la région.

Raphaël GAe e IEN
Université Paris Cité, CESSMA

LE RAMANENJANA : DE LA PSYCHIATRISATION À UNE RELECTURE PAR L'HISTOIRE

Raphaël GALLIEN

Doctorant en histoire

Université Paris Cité – CESSMA-UMR 245

Résumé : En 1863, un épisode de possession appelé *ramanenjana* secoue les Hautes-Terres centrales de l'île de Madagascar. Plusieurs centaines de personnes, majoritairement des femmes, se regroupent au rythme de la transe sur les tombeaux et pierres sacrées. En quelques semaines, les troubles atteignent la capitale et mènent à la chute du souverain alors en place, Radama II. Si cet épisode est aujourd'hui bien connu, cet article revient sur sa place dans la littérature médicale et l'enjeu qu'un tel événement représente dans l'histoire contemporaine de Madagascar. En nous plaçant sur la longue durée, on découvre que le *ramanenjana* a constitué un point de rencontre pour la psychiatrie alors naissante sur l'île. Mieux encore, la lecture opérée par les médecins offre de précieux indices quant à l'épaisseur sociale de cette manifestation et les horizons politiques sous-jacents.

Mots-clés : folie, possession, médicalisation, psychiatrie, politique, Madagascar

Abstract: In 1863, an episode of possession called *ramanenjana* shook the Central Highlands of the island of Madagascar. Several hundred people, mostly women, gathered to the rhythm of the trance on tombs and sacred stones. Within a few weeks, the unrest reached the capital and led to the fall of the then ruler, Radama II. If this episode is well known today, this article will review its place in the medical literature and the stakes that such an event represents in the contemporary history of Madagascar. By looking at the long term, we discover that the *ramanenjana* constituted a meeting point for psychiatry, which was then emerging on the island. Moreover, the reading made by the doctors offers precious clues to understand the social depth of this event and the underlying political horizons.

Keywords: madness, possession, medicalization, psychiatry, politics, Madagascar

En 1863, dans la région des Hautes-Terres centrales, en périphérie d'Antananarivo, des centaines de personnes, majoritairement des jeunes femmes et des esclaves (*andovo*), entrent dans une possession collective appelée *ramanenjana* qui surprend les autorités du pays. Qu'il s'agisse des missionnaires européens ou des élites

merina, aucun n'avait vu se soulever ces populations rurales, majoritairement issues des classes les plus défavorisées. En quelques jours, elles se regroupent sur les tombeaux et pierres sacrées, au rythme des tambours et des valihas, paraissent porter sur leur tête des fardeaux imaginaires, dans une raideur caractéristique du phénomène, et invectivent les personnes placées sur leur chemin, notamment celles perçues comme méprisant les traditions et l'héritage des ancêtres. Ces événements intervennent deux ans après la mort de la reine Ranavalona I^e qui, durant son règne (1828-1861), a souhaité purger le pays de toute présence étrangère, qu'elle perçoit comme une menace pour l'avenir du royaume. Indésirables, les derniers missionnaires de la London Missionary Society (LMS) quittent l'île en 1835. Entre 1845 et 1854, le royaume est fermé aux étrangers, avant une timide réouverture des ports. À la mort de Ranavalona I^e, en 1861, c'est son fils Radama II qui lui succède. Libre-penseur, il s'engage dans une politique inverse, affichant un fort engouement pour l'Occident. Là où Ranavalona I^e avait défendu une politique protectionniste, dans le rejet de l'influence étrangère, lui plébiscite au contraire une politique libérale, attiré par le modèle du « despote éclairé ». Pour la première fois depuis une trentaine d'années, l'influence missionnaire réapparaît au grand jour et les Hautes-Terres s'ouvrent de nouveau à la présence étrangère. Nombre d'héritages « traditionnels » sont remis en question au détriment d'une aristocratie locale menacée par la disqualification progressive de ses prérogatives. En affirmant être envoyés par l'ancienne souveraine, les possédés s'inscrivent donc d'emblée dans une opposition aux choix politiques promus par Radama II. Venus de l'Ambondrombe¹ selon certaines rumeurs, d'Ambohimanga² selon d'autres, les *ramanenjana* impressionnent surtout les témoins de l'époque par leur organisation en cortège³, se dirigeant vers les tombeaux et les pierres sacrées afin d'attester de la relation entretenu avec les ancêtres, à commencer par les rois et reines défunts, tout en invoquant une adresse directe à l'endroit de la monarchie merina.

Les premières manifestations du phénomène apparaissent le 20 mars 1863, au lendemain du « Bain royal » (*Fandroana*) qui aurait dû se tenir la veille afin de marquer la nouvelle année malgache et le renouvellement d'un ordre symbolique vital pour la stabilité du monde merina⁴. Six jours plus tard, Antananarivo voit arriver les premiers

¹ Montagne sacrée située au sud du pays betsileo qui abriterait en son sommet les ancêtres, royaux notamment : Sandra ÉVERS, *Constructing History, Culture and Inequality: The Betsileo in the Extreme Southern Highlands of Madagascar*, Leyde, Brill, 2002.

² Ville royale sacrée située à une vingtaine de kilomètres au nord-est de la capitale accueillant la tombe de Ranavalona I^e. Centrale dans la cosmogonie merina, la ville fut pendant longtemps interdite aux étrangers. Ce qui n'empêcha pas le missionnaire protestant William Ellis d'y pénétrer en janvier 1862, présence qui ô combien fut perçue comme une transgression grave et dangereuse. Un tel épisode a donc également alimenté l'inquiétude de certains Merina face à la menace de déstabilisation que pouvaient représenter les Européens et participer à l'émergence des *ramanenjana*. Sur Ambohimanga, voir : Susan KUS, “Ambohimanga: State Formation and the Symbolic Organization of Space”, *Omaly Sy Anio*, 1989-1990 (n°29-32), pp. 43-54 ; Charlotte Liliane RANDRIAMANANORO-RABESAHALA, *Le site d'Ambohimanga-Rova : approche anthropologique de la civilisation merina (Madagascar)*, Paris, Le Publier, 2006.

³ La symbolique du cortège est importante à Madagascar rappelant ici tout à la fois l'enterrement récent de la Reine, qui en a exigé un grandiose, et constituant un moyen pour témoigner collectivement d'un état de chose. Une telle symbolique constitue donc une véritable grammaire sous-jacente partagée entre Merina, sans qu'une prise de parole ne soit pour autant nécessaire – les *ramanenjana*, on le verra, étant d'ailleurs muets. Nous n'irons plus loin en ce qui concerne l'empreinte symbolique, esthétique et politique du « cortège » en pays merina, qui mériterait pourtant que l'on s'y arrête plus longuement. Notre objectif est ici de parvenir à une compréhension minimale des événements pour ensuite mieux comprendre comment le discours médical a pu convoquer cet épisode.

⁴ Célébration annuelle qui donne notamment lieu à une ablution royale devant permettre le renouvellement du *hasina* (énergie sacrée ; sacralité) et marque, à travers le culte rendu au corps du souverain, la réaffirmation de l'adhésion des sujets à l'ordre social et politique merina. En raison de la mort de la reine, et afin de marquer le deuil, la cérémonie fut repoussée. Sur le Bain royal voir : Louis MOLET, *Le Bain royal à Madagascar. Explication de la fête malgache du Fandroana par la coutume disparue de la manducation des morts*, Tananarive, Presses de

possédés. Le 29 du même mois, des habitants de la ville commencent à se joindre à un collectif alors uniquement composé de personnes issues des campagnes. Du 5 au 25 avril, l'agitation se déplace à Ambohimanga. Le 25 avril, la foule gagne à nouveau Antananarivo qu'elle ne quittera plus jusqu'à la mort du souverain, le 11 mai suivant. Durant ces trois semaines, les *ramanenjana* montent quotidiennement au palais et à l'Académie royale⁵. La garde royale n'oppose qu'une faible résistance, tandis que Radama II tente d'apaiser la situation en obligeant, via une ordonnance royale, les habitants d'Antananarivo à saluer les possédés qu'ils croiseraient sur leur passage en ôtant leur chapeau. En l'espace de quelques semaines, c'est toute une capitale et, plus largement, les hautes sphères de la monarchie merina qui se retrouvent contraintes par une mobilisation collective jusqu'ici inédite.

Cet épisode, qui se renouvelle, quoique de manière plus disparate, entre 1875 et 1877, est aujourd'hui bien connu dans son déroulé⁶. Les missionnaires chrétiens, premiers témoins de ces événements, ont laissé de nombreux écrits face à des mouvements remettant en question non seulement l'hégémonie du modèle qu'ils défendent, mais la légitimité même de leur présence dans le pays⁷. Plus récemment, l'historienne Françoise Raison-Jourde, tout en reconstituant la chronologie, a très bien montré les enjeux d'un phénomène qui s'inscrit dans un contexte d'intenses recompositions religieuses⁸. D'autres, comme l'anthropologue Louis Molet, ont également essayé de résituer ces événements dans une symbolique plus large afin de les interroger à partir des représentations du monde malgache⁹. L'historien Gwyn Campbell a par ailleurs souligné le poids du facteur climatique dans le déclenchement du *ramanenjana*, alors que les années 1860 voient les épisodes de famine et de maladie se multiplier sur les Hautes-Terres de l'île¹⁰.

Si ces faits sont donc connus, ils n'ont paradoxalement que très peu été résitués vis-à-vis du discours et des représentations médicales qui se développent au même moment et tout au long de la seconde moitié du XIX^e siècle à Madagascar, notamment à travers la présence des missionnaires britanniques et français. Si le contexte religieux et environnemental constitue un jalon indispensable à la compréhension du *ramanenjana*, la question de la pathologisation de ces épisodes se révèle également très précieuse pour comprendre ce qui s'opère réellement au sein de ces possessions et réinterroger la

⁵ L'Imprimerie luthérienne, 1956 ; Maurice BLOCH, « The Ritual of the Royal Bath in Madagascar: The Dissolution of Death, Birth and Fertility », in David CANNADINE et Simon PRICE (dir.), *Rituals of Royalty: Power and Ceremonial in Traditional Societies*, Cambridge, Cambridge University Press, 1987, pp. 271-297 ; Pier M. LARSON, « A Cultural Politics of Bedchamber Construction and Progressive Dining in Antananarivo: Ritual Inversions During the Fandroana of 1817 », *Journal of Religion in Africa*, 1997/27 (n°3), pp. 239-269.

⁶ Ouverte le 5 décembre 1862, l'Académie royale est un lieu de libre pensée voulu par Radama II, où au chant, à la poésie et à la danse s'ajoute l'exercice des mathématiques, de la physique, de la théologie ou de la philosophie. Le lieu incarne l'esprit de *disputatio* dont était friand le roi qui, selon certains, se pensait bien plus prophète-philosophe, que chef d'État.

⁷ Pour un retour exhaustif sur la chronologie et les sources disponibles sur ces événements, nous renvoyons au premier chapitre du travail de thèse que nous menons actuellement.

⁸ Outre les récits proposés par les missionnaires dans la correspondance qu'ils entretiennent avec leur hiérarchie, l'une des descriptions religieuses les plus complètes se trouve dans : James SIBREE, *Madagascar et ses habitants. Journal d'un séjour de quatre ans dans l'île*, Toulouse : Société des livres religieux, 1873.

⁹ Françoise Raison-Jourde, « Les ramanenjana, une mise en cause populaire du christianisme en Imerina, 1863 », *Asie du Sud-Est et monde insulindé*, 1976/7 (n°2-3), pp. 271-289 ; — *Bible et pouvoir à Madagascar au XIX^e siècle. Invention d'une identité chrétienne et construction de l'État*, Paris, Karthala, 1991.

¹⁰ Louis MOLET, *La Conception malgache du monde du surnaturel et de l'homme en Imerina* (II tomes), Paris, L'Harmattan, 1979.

¹⁰ Gwyn CAMPBELL, « Crisis of Faith and Colonial Conquest: The Impact of Famine and Disease in Late Nineteenth-Century Madagascar », *Cahiers d'Études Africaines*, 1992/32 (n°127), pp. 409-453.

profondeur sociale et politique de l'épisode. Plus largement, il s'agit ici de montrer comment le *ramanenjana*, à partir de la confrontation de différentes hypothèses médicales, s'est fait le lieu privilégié des premières investigations psychiatriques à Madagascar. *A posteriori*, ces événements ont en effet nourri une nosographie médicale plus ou moins propre à la Grande Île et furent mobilisés par des médecins, français mais surtout malgaches, pour approcher les ressorts psychiques du monde merina. Le *ramanenjana* n'a ainsi cessé d'être remobilisé tout au long du XX^e siècle, donnant lieu à de nombreux écrits qui constituent pour l'historien autant de précieux indices pour interroger à la fois les enjeux médicaux qu'ils recoupent et l'épaisseur politique d'une manifestation sociale. Dans un second temps, c'est également revenir sur la profondeur sociale d'un mouvement qui se révèle bien moins inintelligible que d'apparence et qui apparaît comme structurant jusque dans les représentations les plus contemporaines.

I) D'UNE LECTURE RELIGIEUSE À UNE LECTURE MÉDICALE

Dans la suite immédiate de l'épisode, ses descriptions sont surtout le fait des missionnaires présents dans la région. Si l'adresse principale se fait en direction de la monarchie merina, les *ramanenjana*, dans les faits, visent également la présence européenne et l'hégémonie d'un discours chrétien qui se déploie avec l'arrivée au pouvoir du souverain Radama II. Nombreux sont ainsi les chrétiens, notamment venus de France ou d'Angleterre, à devoir se cacher à l'approche de celles et ceux qui se présentent comme possédés. Par exemple, le père de La Vaissière consigne dans son journal avoir été averti quelques heures avant l'entrée des *ramanenjana* dans la capitale d'une

« *manifestation populaire où les blancs peuvent être en danger. Il nous faut nous rallier tous au consulat. Je suis allé en toute hâte prendre les Sœurs et les conduire chez le consul. J'ai retiré le Saint Sacrement de leur chapelle, j'ai dû le garder toute cette nuit-là passée sans sommeil, contre ma poitrine trop heureuse. Cependant le jour vint sans amener aucun incident* »¹¹.

Le fait que le *ramanenjana* mobilise les personnes les plus réfractaires à la religion chrétienne renforce la conviction des religieux qui s'accordent sur le fait que l'on « *peine à rendre compte du seul point de vue de la science* » ces épisodes qualifiés « *d'hallucinations* »¹². Rapidement, la figure démoniaque s'impose chez eux, qu'ils soient catholiques ou protestants, pour expliquer le phénomène :

« *Maintenant, quelle peut être la cause de cette singulière maladie ? Ici chacun abonde dans son sens ; plusieurs l'attribuent purement et simplement au démon, qui s'est révélé là comme il s'est révélé auparavant dans les tables tournantes, pensantes, etc.* »¹³.

Certains n'hésitent d'ailleurs pas à rapprocher ces épisodes de la fête des rameaux, non sans approximations dans le calendrier, afin de renforcer une lecture mystique des événements et les rapprocher d'un retour aux morts que traduirait la réaffirmation du lien à la reine Ranavalona I^{re}¹⁴. Autre témoin, le père Jouen dresse quant à lui un parallèle entre l'entrée des possédés dans la capitale et celle de Jésus à Jérusalem, signant par cette

¹¹ Camille de LA VAISSIERE, *Histoire de Madagascar, ses habitants et ses missionnaires*, Paris, V. Lecoffre, 1884, p. 393.

¹² *Annales de propagation de la foi. Recueil périodique des lettres des évêques et des missionnaires des missions des deux mondes, et de tous les documents relatifs aux missions et à l'Association de la propagation de la foi*, 1864/36, p. 403.

¹³ *Ibid.*, p. 407.

¹⁴ Camille de LA VAISSIERE, *Histoire de Madagascar...*, op. cit., p. 405.

interprétation son incompréhension totale d'évènements qui précisément rejettent toute imposition ou image tirée de la Bible. On s'alarme ainsi que les possédés n'ont tenté « rien de moins que de faire quitter sa soutane [à un prêtre], le ramanenjana prétendant que la couleur noire l'offusquait »¹⁵. En somme, tous s'inquiètent de la remise en question de la présence chrétienne sur l'île.

Ces justifications religieuses ne sont toutefois pas exclusives. Plusieurs observateurs intègrent des considérations médicales alors en pleine expansion. Ainsi, si pour de nombreux missionnaires l'explication démoniaque est mise en avant, elle se traduit empiriquement par une « maladie qui agit sur les nerfs »¹⁶. D'autres vont plus loin, tel le célèbre missionnaire anglais James Sibree qui plaide pour une explication somme toute plus rationnelle, qu'il reprend du médecin Andrew Davidson¹⁷ :

« Cette maladie se rattachait évidemment à des préjugés nationaux, politiques ou religieux, qui formaient un lien puissant et intime entre un grand nombre de personnes : ce qui explique le caractère épidémique de l'affection »¹⁸.

De fait, le docteur Davidson est l'un des premiers à réarticuler ces épisodes aux enjeux sociaux et religieux qui jalonnent l'époque. Pour lui, ils s'inscrivent avant tout dans un moment politique particulier et doivent, pour être compris, être résitués dans leur contexte. Il est ainsi le premier qui, sans jamais s'opposer aux lectures religieuses, explique ces manifestations par le déclassement que connaissent les anciennes croyances malgaches face à la présence de plus en plus hégémonique du christianisme. En ce sens, il développe l'une des premières lectures psycho-pathologiques de ces évènements, en les situant dans une représentation du monde certes peuplé d'irrationalité, mais manifestant une cohérence vis-à-vis des transformations religieuses qui accompagnent l'occidentalisation des élites merina. Ces premières interprétations se complexifient progressivement avec le regard appuyé de médecins qui usent de cette manifestation pour identifier des symptômes qui donneraient sens à une nosographie plus ou moins propre au phénomène.

Dans les décennies qui suivent, et après les premières lectures de médecins missionnaires, des développements plus poussés sur le sujet se retrouvent dans la thèse en médecine de l'un des premiers médecins malgaches, le docteur Gershon Ramisiray¹⁹. Dans ses écrits, il offre une place à part à ce phénomène qu'il distingue d'autres manifestations nerveuses rencontrées en situation européenne. Sa démarche se révèle particulièrement intéressante en ce qu'elle développe une lecture qui s'affranchit d'une interprétation religieuse et ne se fait pas le simple calque du regard européen. Bien sûr sa formation, le fait qu'il ait suivi une grande partie de ses études à Paris, occidentalise de manière non négligeable son point de vue. Mais son interprétation ne saurait toutefois se résumer aux observations du passé. Tout en appréhendant cet épisode comme une « maladie nerveuse », il le distingue de l'hystérie (*kasoa*) ou de l'épilepsie (*androbe*)²⁰. Avec lui, le *ramanenjana* ne signe pas seulement son entrée définitive dans les

¹⁵ *Annales de propagation de la foi..., op. cit.*, p. 406.

¹⁶ Camille de LA VAISSIERE, *Histoire de Madagascar..., op. cit.*, p. 403.

¹⁷ L'Écossais, membre de la LMS Andrew Davidson, est l'un des instigateurs de la médecine européenne à Madagascar. Dès 1862, il ouvre un premier dispensaire qui est officiellement transformé en hôpital trois ans plus tard. Il forme les premiers assistants médecins malgaches, notamment le prince Andrianaly et son cousin Rajaonah, et évolue dans la proximité de la cour merina.

¹⁸ James SIBREE, *Madagascar et ses habitants. Journal d'un séjour de quatre ans dans l'île*, Toulouse, Société des livres religieux, 1873, p. 603.

¹⁹ Gershon RAMISIRAY, *Pratiques et croyances médicales des Malgaches*, Paris : A. Maloine, 1901. Précisons ici que cet ouvrage constitue la publication de sa thèse. Sur le parcours de Ramisiray, voir Georges BOULINIER, « Ramisiray : un des premiers docteurs en médecine malgaches », *Histoire des sciences médicales*, 1995/29 (n°24), pp. 347-354.

²⁰ *Ibid.*, pp. 91-95.

classements médicaux européens, mais redessine les contours de la maladie qu'il redéfinit à partir de sa symptomatologie sans chercher à la rabattre sur une pathologie existante. Ce que certains perçoivent comme des hallucinations ne sont pour lui rien d'autre qu'un registre d'expression face à l'empêchement d'un monde qui ne parvient pas à se réinventer, le *ramanenjana* constituant un « excellent moyen de donner issue à l'effervescence interne qui devenait funeste lorsqu'elle était violemment comprimée »²¹. Pour Ramisiray, le *ramanenjana* ne tire donc pas ses origines d'une seule condition clinique ou biologique, mais recoupe une série de manifestations ayant pour trait commun d'exprimer, à travers une certaine religiosité, des frustrations que les individus ne peuvent exprimer en tant que telles, en première personne. L'origine du trouble est donc avant tout à rechercher dans les recompositions sociales, religieuses et politiques qui nourrissent angoisses et tensions individuelles. Ce qui lui permet ainsi d'affirmer que le *ramanenjana* « trouve son explication dans le culte des ancêtres et le respect des tombeaux »²², face à un présent progressivement devenu irreprésentable et où toute projection dans l'avenir semble impossible.

Cette lecture, qui met au centre de la maladie l'ordre symbolique d'une société, ne fait pourtant pas l'unanimité. Quelques années après la soutenance de Ramisiray, une lecture concurrente émerge chez un autre médecin malgache, le docteur Andrianjafy qui soutient sa thèse de médecine en 1903 au sein de la Faculté de médecine de Montpellier. À la différence de Ramisiray, il ne se contente pas de consacrer un chapitre à la question du *ramanenjana*, mais bien l'entièreté de son travail²³. Andrianjafy voit dans ces manifestations une manie aiguë qui, loin de toute contextualisation symbolique ou sociale, s'expliquerait par le paludisme. Plus que d'une hallucination, pour lui c'est bien d'une fièvre dont il s'agit qui, certes, dans un second temps, mais seulement dans un second temps, peut déclencher des crises hallucinatoires. Progressivement, le *ramanenjana* s'inscrit ainsi sur le registre de la maladie au sens « occidental » du terme, c'est-à-dire ayant un soubassement bio-morphologique. Andrianjafy est toutefois conscient des défis méthodologiques importants que pose un diagnostic rétrospectif, les documents consacrés aux possédés étant relativement peu nombreux et parcellaires.

« La raison de cette insuffisance des documents relatifs au ramanenjana se trouve dans ce fait que les parents des malades ne consultent pas les médecins européens, pas plus que les médecins indigènes. Ils se contentent de leurs mpsikidy qui les adressent aux charmeurs, et ceux-ci, à leur tour, appliquent le traitement qui leur convient. Or, ce traitement consiste à se diriger secrètement vers les pierres sacrées, plus particulièrement à Ambaton-dRadama où les sorciers célèbrent à leur aise des rites que prohibait l'État malgache, et ces rites avaient pour but d'apaiser l'Andriananahary, génie de cette maladie, appelée encore Menabé »²⁴.

À travers son analyse, se perçoit toute la complexité d'un regard biomédical européen qui se heurte à un certain hermétisme nourri par un recours aux lectures « traditionnelles » d'une souffrance avant tout perçue par la population comme une sanction des ancêtres et la nécessité d'un retour à une forme d'équilibre symbolique. Mais si Andrianjafy évoque l'enjeu qu'a pu constituer « l'influence des passions religieuses ou politiques »²⁵, c'est pour mieux réaffirmer ensuite la cause infectieuse

²¹ *Ibid.*

²² *Ibid.*

²³ ANDRIANJAFY, *Le ramanenjana à Madagascar (choréomanie d'origine palustre)*, Montpellier, Imprimerie Delord-Boehm et Martial, 1902.

²⁴ *Ibid.*, p. 9.

²⁵ *Ibid.*, p. 11.

sous-jacente au *ramanenjana*. Pour lui, nul hasard si le *ramanenjana* « se manifeste toujours à la saison pluviale [au] moment de la première récolte du riz (*mena vary aloha*) qui se fait parmi les mares d'eaux stagnantes, et à l'époque la plus chaude et la plus pluviale de l'année, c'est-à-dire à la période la plus malsaine »²⁶. En somme, il défend une explication épidémo-organique de la maladie qu'il distingue selon trois variables. La première recoupe les « cas qui présentent des symptômes fébriles, avec mouvements choréiques disparaissant dès que le médecin intervient »²⁷. La deuxième rassemble des personnes qui « présentent des symptômes fébriles et des manifestations choréiques, [à l'occasion d'un] vrai sabbat provoqué par le mpisikidy »²⁸. Enfin, la troisième désigne des sujets atteints de « choréomanie subaiguë, semblable à l'alcoolisme aigu, caractérisée par de l'état fébrile, des mouvements choréiques et de la manie, sans l'intervention des sorciers »²⁹. Une telle partition et, plus largement, le reste de son argumentaire, laissent bien souvent le lecteur sceptique. Ses hypothèses semblent en effet relativement lointaines d'un réel travail clinique, se contentant avant tout de superposer aux manifestations locales les catégorisations européennes. Sur les cinq « cas » qu'il retient dans son travail de thèse pour appuyer son argumentaire – un échantillonnage qui rend déjà incrédule en termes de méthode, même pour l'époque – seuls deux sont le fruit de sa propre relecture. Deux autres ne traitent pas de la situation malgache, mais font office de comparaison, à partir de la situation rencontrée dans deux asiles français, avec l'objectif de démontrer l'universalité d'un trouble mental qui, sous couvert du *ramanenjana*, se retrouverait en réalité dans bon nombre de localités, notamment en Europe. Finalement, au fil de la lecture, on peine à saisir la cohérence de son argumentaire, ce que ne manquera pas de souligner le jury durant sa soutenance. Réserve qui ne l'empêche pas de proposer une solution thérapeutique à base de quinine et d'arsenic, chimie à l'époque promue dans tout traitement de phénomènes palustres.

Les deux interprétations différentes de Ramisiray et Andrianjafy vont structurer le paysage médical du début du XX^e siècle sur ces questions. À leur suite, nombreux sont les journaux, issus de la presse médicale mais pas exclusivement, à reprendre avec plus ou moins d'exhaustivité leur hypothèse. En 1903, dans *La Revue scientifique* qui compte parmi les plus importantes dans le champ scientifique français, le docteur Raymond Salamo consacre quatre pages à une synthèse au sujet du *ramanenjana*. Il résume :

« Ramisiray, dans sa thèse, [a] voulu voir une forme épidémique d'hystérie [...]. La théorie est défendable ; pourtant, il semble qu'Andrianjafy ait ramené les choses au point. Pour lui, le ramanenjana est une manifestation nerveuse du paludisme »³⁰.

Ainsi, progressivement, c'est l'explication bio-morphologique qui l'emporte sur les considérations plus analytiques défendues par Ramisiray. Les épisodes de *ramanenjana* viennent ainsi nourrir les développements théoriques d'un aliénisme naissant dans les colonies³¹. Qu'il s'agisse de catégoriser ces phénomènes dans un registre hystérique ou paludéen, l'ensemble des observations se base sur des indices approximatifs, bien à distance, contrairement à la thèse foucaldienne, d'une

²⁶ *Ibid.*, p. 11.

²⁷ *Ibid.*, p. 37.

²⁸ *Ibid.*

²⁹ *Ibid.*

³⁰ A. R. SALAMO, « La choréomanie de Madagascar. Ramanenjana », *La Revue scientifique*, 11 juillet 1903, n°2, pp. 45-48.

³¹ Raphaël GALLIEN, *Le fou colonisé. Une histoire de l'institution psychiatrique en situation coloniale. Madagascar, 1900-1960*, mémoire de master II en histoire, Université Denis Diderot-Paris VII, 2019, pp. 70-88.

épistémologie textuelle qui marquerait une rupture entre aliénisme et médecine³². Ainsi, Andrianjafy cherche par exemple à comprendre les causes du *ramanenjana* tout autant à partir de la « *description de l'accès* » que dans une lecture organiciste qui s'appuie sur la palpation des organes – « *la rate était volumineuse, le foie dépassait de deux travers de doigt les fausses côtes* » écrit-il³³. On comprend ici que l'appréhension du *ramanenjana* participe à l'élaboration d'un discours aliéniste qui passe de l'identification d'un « groupement de symptômes » à la quête d'une « causalité cachée »³⁴, sans toutefois que s'opère encore un hiatus entre organogénèse et psychogénèse.

Ces relectures *a posteriori* du *ramanenjana* sont l'occasion d'une rencontre entre deux régimes d'appréhension de ce qui est en train de devenir, à travers le regard des médecins, une maladie psychique. Loin d'une appréhension déterminée des événements, les épisodes de *ramanenjana* donnent naissance à une multitude de lectures qui viennent entrecroiser une perception locale du trouble et une redéfinition biomédicale. Dans la première moitié du XX^e siècle, et en dépit des réserves précédemment soulignées, c'est la lecture opérée par Andrianjafy qui l'emporte dans le champ de l'aliénisme. Ainsi, la notice réalisée par Emmanuel Régis au sujet du *ramanenjana* dans son *Précis de psychiatrie* intègre uniquement le point de vue d'Andrianjafy :

« *Le ramanenjana à Madagascar est une véritable choréomanie d'origine palustre, forme pernicieuse du paludisme avec manifestations choréiques influencées par les terreurs supersticieuses et la sorcellerie, survenant de préférence par épidémies à l'époque du repiquage du riz où sévit le paludisme et où pullulent les moustiques et guérissant en quelques jours par la quinine* »³⁵.

L'imposition d'une telle définition dans l'ouvrage de Régis n'est pas sans conséquence quand on connaît l'importance de ce professeur de psychiatrie, exerçant à Bordeaux et qui forme à partir de l'année 1905 les futurs médecins coloniaux au sein de l'École principale du service de santé de la Marine. Son *Précis* constitue un ouvrage de référence pour tout futur aliéniste et ne se contente pas simplement de faire le bilan des nosographies connues, mais livre des appréciations cliniques qui seront ensuite reprises par plusieurs générations de médecins aliénistes. Avec cette entrée, Madagascar apparaît donc comme un espace à part entière dans la compréhension de la maladie mentale aux colonies. Mais surtout, alors que les développements sur ces questions peinent à suivre dans la colonie, le *ramanenjana* va constituer un exemple spécifique, sans cesse convoqué et comme structurant, pour comprendre représentations et mentalités du monde merina, à l'image de l'*Amok* en Malaisie³⁶. Dans les années qui suivent et jusque dans les années 1960, les épisodes de *ramanenjana* de la décennie 1860-1870 continuent de nourrir des controverses plus ou moins théoriques qui cherchent à statuer sur le fondement psychique de ces manifestations. Les débats continuent d'être structurés en deux pôles : d'un côté ceux qui persistent à voir dans ces phénomènes l'expression d'une hysterie universelle articulée à un vernis culturel plus ou moins propre, de l'autre des lectures qui défendent une cause infectieuse.

³² Michel FOUCAULT, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, PUF, 1963 (2007), p. 127, *sq.*

³³ ANDRIANJAFY, *Le ramanenjana à Madagascar...*, *op. cit.*, p. 13.

³⁴ Robert CASTEL, *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Minuit, 1976, p. 277.

³⁵ Emmanuel REGIS, *Précis de psychiatrie* (3^e édition, entièrement refondue), Paris, Doin, 1906, p. 487.

³⁶ L'*Amok*, épisode un temps qualifié de « folie furieuse », touche principalement des hommes qui entrent dans des épisodes de transe incontrôlée, marquée par une logorrhée coprolalique et des mouvements plus ou moins répétitifs, souvent empreints d'une grande violence. Ces épisodes, qui se concluent souvent par la mise à mort du « possédé », ont nourri les écrits des Européens tant d'un point de vue médical que littéraire.

La relecture la plus stimulante est probablement celle proposée en 1936 par le docteur Victor Huot, médecin militaire également formé à Bordeaux, qui arrive en 1933 à Madagascar où il est affecté dans ce qui constitue alors le seul établissement psychiatrique public de l'île, l'asile d'aliénés d'Anjanamasina, situé à dix-huit kilomètres au nord-ouest d'Antananarivo. Dans un article paru dans les *Annales de médecine et de pharmacie coloniale*, il revient sur l'histoire de ces épisodes et plaide pour la nécessité d'en opérer un retour critique afin de formuler des hypothèses aptes à renouveler une lecture psychiatrique qui lui semble superficielle et relativement incapable de comprendre réellement les spécificités locales du trouble psychiatrique à Madagascar. Selon lui, l'enquête médicale ne peut se satisfaire de « *la docile observance des modes traditionnels de penser et d'agir* », mais se doit de réfléchir au « *conflit [du trouble] avec son milieu* »³⁷. Ainsi, il insiste sur la nécessité de résituer le *ramanenjana* dans son milieu, entendu comme espace social et politique, afin de prendre en compte la valeur performative d'une telle manifestation psychique pour comprendre ses déterminations sous-jacentes :

« nous pensons que le terme populaire de ramanenjana s'applique [...] à des poussées de psycho-névroses collectives observées dans les classes inférieures de la population à certaines époques troublées où des agitateurs savaient habilement exploiter pour leurs fins politiques une crédulité et une suggestibilité particulièrement développées dans les masses populaires malgaches »³⁸.

De telle sorte qu'il est possible de voir dans le propos de Huot une forme de prolongement des thèses de Ramisiray, même s'il ne les reprend pas explicitement et cherche à redessiner les frontières de la maladie à partir de ses propres hypothèses. Il insiste ainsi sur l'illusion qui consiste à résumer ce type de phénomènes à une manifestation palustre indifférenciée, prenant le contre champ d'un discours majoritaire depuis Andriananjafy. S'il n'exclut pas que ces phénomènes puissent « *relever plutôt de la psychologie des foules que de la véritable pathologie mentale* », il s'interroge sur la pertinence d'un regard clinique qui tend à réduire ces troubles sous une seule entité clinique – ici le paludisme, qu'il qualifie de « *“tarte à la crème” de la pathologie exotique* » – « *sans dépasser un vernis culturel, au risque d'un classement médical qui prenne une apparence superficielle* »³⁹. C'est donc bel et bien sur la dimension vécue du *ramanenjana* qu'il insiste, sans toutefois proposer une réelle redéfinition du trouble. Selon lui, les subjectivités qui s'expriment dans ces manifestations échappent aux abords réductionnistes des entités médicales figées, calques européens, appliqués indifféremment en dépit de la singularité des situations rencontrées. Dans la lignée de Ramisiray, il défend ainsi la nécessité d'un travail plus ample qui réarticulerait ces manifestations dans un registre symbolique qui ne peut se décoder à la hâte – travail resté toutefois sans écho à sa suite faute d'une psychiatrie dotée de réels moyens et d'une équipe formée sur ces questions. Malgré tout, la première moitié du XX^e siècle a fait du *ramanenjana* un espace privilégié de théorisation pour une psychiatrie coloniale naissante. À Madagascar, le développement du regard psychiatrique s'est ainsi fait à partir de ces troubles tantôt présentés comme spécifiques et porteurs de sens pour qui souhaite comprendre les réalités psychiques de la société merina, tantôt réduits à une simple manifestation organique au motif infectieux. Plus que toute autre manifestation d'ordre psychologique sur l'île, le *ramanenjana* a ainsi constitué une situation suffisamment marquante à partir de laquelle se sont formulées des hypothèses de lecture

³⁷ Victor HUOT, « L'aliénation mentale à Madagascar », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, 1936/34, p. 13.

³⁸ *Ibid.*, p. 11.

³⁹ *Ibid.*

et des élaborations plus théoriques ayant pour espoir de saisir les affres d'une mentalité malgache. Nul hasard si à la suite de ces élaborations médicales, le *ramanenjana* se retrouve régulièrement dans une presse à destination du grand public tout au long du siècle et jusqu'à ces dernières années⁴⁰, face à un trouble collectif apparaissant comme un motif structurant du XIX^e siècle malgache.

II) « *HIFANGARO NY RAHARAHY NY MATY SY NY VELONA* » : LE CORPS SATURE PAR L'HISTOIRE

Ainsi, tout au long de la controverse médicale émerge la question de l'assise sociale et politique d'un mouvement qui viendrait, selon certains, réveiller les frustrations de personnes dans l'impossibilité de formuler en leur nom propre un sentiment très fort de déclassement. Dans les faits, tous les observateurs, contemporains ou postérieurs, soulignent que le *ramanenjana* se compose en grande partie de « *jeunes femmes de 14 à 25 ans* » et « *appartiennent presque tous aux classes inférieures de la société* ». Si « *les gens qui échappaient à la contagion étaient ceux dont l'esprit était tranquille [...], plutôt sympathiques aux étrangers* »⁴¹, c'est parce que le phénomène est avant tout la manifestation, sur le registre de la possession, d'un refus d'une marginalisation qui remet en question les fondements mêmes du quotidien et de son organisation sociale. Radama II, à travers la libéralisation, entend en effet renouveler l'organisation du royaume et remettre en question une certaine hiérarchie sociale qui tire sa justification d'un rapport aux anciennes croyances, indissociables de l'autorité des ancêtres. Concrètement, nombre de repères « traditionnels » sont plus ou moins disqualifiés : avec le christianisme, les gardiens des *sampy* n'ont plus de réelle utilité⁴², tandis que les esclaves, qui s'étaient vu confier l'entretien des tombeaux des propriétaires, voient leur marginalisation redoublée face à une autorité politique qui attache de moins en moins d'importance, du moins en apparence, à la terre des ancêtres. L'influence croissante des religieux chrétiens se fait ainsi au détriment de l'ancienne religion et de la hiérarchie sociale qui en découle.

En cela, plus qu'un « langage inarticulé du fou » comme cela a pu être rapporté⁴³, la constitution en un corps social unique qu'incarne le *ramanenjana* est à résituer dans le contexte politique des années 1860 et se révèle loin d'être aussi inintelligible que d'apparence, l'entrée en transe apparaissant comme un moyen privilégié – et peut-être le seul permis – pour s'opposer collectivement aux élites merina. Si ces manifestations s'accompagnent d'un ressentiment à l'égard des Européens et des nouvelles traditions chrétiennes, il s'agit avant tout d'une adresse au roi et à sa cour, au nom même des ancêtres, face à l'abandon des appuis cosmologiques vitaux pour la société merina :

« *Les ramanenjana semblent spécialement députés par la vieille Ranavalona pour signifier à Radama de revenir à l'ancien régime, à faire cesser la prière, à renvoyer les Blancs, à interdire les pourceaux dans la ville sainte, etc., etc. ; qu'autrement de grands malheurs le menacent, et qu'elle le reniera* »⁴⁴.

Les *ramanenjana*, en affirmant « entretenir des relations avec les morts et avec

⁴⁰ Pour une analyse détaillée de ce dernier point, nous renvoyons au premier chapitre du travail de thèse que nous menons actuellement.

⁴¹ Gershon RAMISIRAY, *Pratiques et croyances...*, op. cit., pp. 91-95.

⁴² Les *sampy* sont des talismans sacrés qui assurent l'équilibre du monde et protègent son ou ses propriétaires.

⁴³ Françoise RAISON-JOURDE, « *Les ramanenjana, une mise en cause...* », op. cit, p. 275.

⁴⁴ *Revue Spirite. Journal d'études psychologiques et de spiritualisme expérimental*, 1^{er} février 1968, p. 53.

les rois et reines défunts »⁴⁵, revendiquent à l'inverse une réaffirmation de ces repères traditionnels. Ramisiray l'a bien compris lorsqu'il évoque « *l'excellent moyen* » que constitue cette forme de possession pour exprimer « *l'effervescence interne* [...] *violemment comprimée* ». À cet endroit, les corps des possédés, articulés les uns aux autres, exprime ce qu'il est impossible de formuler autrement. En affirmant être « *tsindrian'ny avelon-dRanavalona* », « possédés par la reine », et répondre à son appel, c'est un lien direct avec la monarchie merina qu'ils invoquent, s'opposant de fait au modèle libéral et à la remise en question de l'ordre symbolique et social défendu par Radama II. Les porcs sont *fady* (interdits), les chapeaux en feutre, l'objet par excellence du *vazaha*, exécrés – d'où cette nécessité de baisser son chapeau au passage des *ramanenjana*. La couleur rouge renvoie au pouvoir merina et marque bien souvent l'entrée en transe. Une même couleur qui marque en d'autres occasions le début du *tromba*, cérémonie de possession centrée sur un seul individu, mais qui convoque là aussi l'ensemble des hiérarchies sociales et modes de régulation du pouvoir⁴⁶. Autant de symboles qui marquent une opposition à l'élite urbaine merina et tracent les frontières d'une société très hiérarchisée, de plus en plus fracturée, tout en mobilisant les personnes les moins bien insérées socialement, dessinant en négatif « *les contours d'un monde fragile, mal enraciné, en marge des institutions* »⁴⁷.

En pratique, les angoisses qui traversent les *ramanenjana* ne trouvent pas leur justification dans une unique crise symbolique. Ces manifestations soldent un désengagement concret de l'État, avec pour résultat d'importants effets sociaux et économiques. De fait, le souverain Radama II, en reniant les principes de l'astrologie et donc de la suprématie du calendrier traditionnel au profit d'un calendrier construit sur le modèle chrétien européen, crée une rupture cosmologique que traduit l'abandon des charges royales⁴⁸. Pour exemple, le système de mise en irrigation des surfaces cultivées alors largement sous contrôle du pouvoir monarchique et de ses garants. Le rituel du *hidin-drano*⁴⁹ (littéralement « la clef des eaux ») se retrouve en grande partie délaissé, ne connaissant plus l'astreinte nécessaire au partage de la ressource indispensable qu'est l'eau dans une agriculture majoritairement rizicole. Désormais, seuls certains privilégiés à l'autorité locale usent plus ou moins exclusivement d'une ressource limitée, précarisant un peu plus les plus fragiles. Pour les populations rurales et éloignées de la ville, cette reconfiguration imposée de la charge royale se traduit par des difficultés croissantes dans le quotidien, notamment d'un point de vue agraire, alors que s'ajoutent à la même période plusieurs épisodes météorologiques intenses (pluies tardives, puis déluge d'eau qui fait germer le riz sur pied et conduit à la rupture de digues...⁵⁰) qui, en plus de renforcer l'image de la malédiction dû à l'abandon des ancêtres, accentuent toujours plus les tensions du quotidien. L'armée, quant à elle, n'est pas en reste. Après plusieurs années à lutter contre les différentes tentatives d'invasions européennes, elle se retrouve déstabilisée en interne par la place de plus en plus grande accordée aux Européens

⁴⁵ Gershon RAMISIRAY, *Pratiques et croyances...*, op. cit., pp. 91-95.

⁴⁶ Jacques LOMBARD, « Le *tromba* ou la possession à Madagascar : théorie politique et conviction religieuse » in Collectif, *L'étranger intime : mélange offert à Paul Ottino. Tahiti-Insulinde, Monde Swahili, Comores-Réunion*, Saint-Denis de la Réunion, Université de la Réunion, 1995, pp. 329-334.

⁴⁷ Françoise RAISON-JOURDE, *Bible et pouvoir...*, op. cit., p. 707.

⁴⁸ Françoise RAISON-JOURDE, « À Madagascar : le temps comme enjeu politique », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 1981/36 (n°1), pp. 143-167.

⁴⁹ Rituel de protection de sources ou de cours d'eau garants de l'équilibre de la société merina. En « domptant » les eaux, ce sont les mauvais esprits et les *mpamosavy* qu'il s'agit de repousser afin de garantir un équilibre agricole et pastoral, donc politique, face aux fléaux qui peuvent résulter du mauvais sort (maladies, sécheresses, etc.). En s'acaparant les ressources hydrauliques, c'est également marquer son autorité sur les ressources foncières associées.

⁵⁰ Gwyn CAMPBELL, « Crisis of Faith and Colonial Conquest... », op. cit.

combattus intensément jusque-là. Progressivement, « *la contagion gagna les troupes, et, dans une revue, on vit un grand nombre de soldats jeter leurs armes, se livrer à d'étranges contorsions, frapper les officiers et même le général* »⁵¹. Les mobilisations du *ramanenjana* sont ainsi à réinscrire dans un mouvement eschatologique large. Plus qu'un épisode de « réaction », elles traduisent l'angoisse d'une déstabilisation sociale et économique engendrée par la libéralisation à marche forcée que défend Radama II. La possession constitue alors le moyen d'une prise de parole encodée de la part de personnes qui n'auraient autrement pas droit de cité. L'accès à la parole se fait paradoxalement sans réelle énonciation, mais à partir d'une mobilité des corps qui solde des destins sociaux entravés par les mouvements de réforme inhérents aux années 1860.

Être « *tsindrian'ny avelon-dRanavalona* », ne signifie pas simplement être possédé par la reine, mais fait signature en l'individu de l'enchevêtrement d'historicités qui s'affrontent. Loin d'un intime immobile qui viendrait se mettre en scène, l'apostrophe que ces épisodes constituent vis-à-vis du pouvoir empêche toute analyse statique et synchronique et incarne à l'inverse la transition dans laquelle les corps du XIX^e siècle se retrouvent pris au sein d'un cadre symbolique et matériel sous tension. La phrase « *Hifangaro ny raharaha ny maty sy ny velona* », que l'on pourrait traduire par « il va y avoir confusion des affaires des morts et des vivants » et qui ouvre le paragraphe consacré au *ramanenjana* dans les *Tantara*⁵², exprime bien cette contraction du temps à l'intérieur des corps. L'impossibilité de reformuler le passé dans le présent fait que le futur ne parvient plus à être élaboré. En quelques semaines, le *ramanenjana* se solde par la chute de Radama II, comme si la mort du souverain constituait une restauration chronologique indispensable au retour d'un horizon individuel et collectif. Ces corps apparaissent ainsi saturés par l'histoire, débordés par un héritage qui ne parvient plus à trouver formulation. Si ces manifestations regroupent, comme l'écrit Ramisiray, de « nombreux états », c'est que l'aspect stéréotypé du mouvement des corps progressivement relu sous l'unique angle du pathologique permet avant tout une mobilisation collective qui fait fonction d'existence face à des quotidiens habituellement invisibles pour les élites merina – et ce, tout en esquivant une rupture frontale vis-à-vis du *ray aman-dreny*⁵³. Si les épisodes de *ramanenjana* apparaissent si marquants, retiennent autant l'attention des commentateurs dans l'instant présent, mais aussi plusieurs décennies après le déroulé des événements, c'est tant pour l'enjeu médical qu'il suscite que pour l'ensemble des contradictions d'une époque qui se condensent à l'intérieur de ces corps anonymes. Il n'est ainsi pas étonnant de voir que, quelques jours avant sa mort, et alors qu'il défendait l'image d'un souverain détaché de toute forme de superstition liée aux anciennes croyances malgaches, Radama II confie à son entourage être finalement face à la « *seule forme de superstition* » dont il eut à redouter les effets jusqu'à présent⁵⁴.

Ces manifestations de possessions, en apparence si désordonnées, sont donc en réalité porteuses d'un discours politique venu des classes sociales inférieures. On ne peut évidemment que regretter qu'aucun document d'époque n'ait pu, du moins en partie, rendre compte avec plus de précisions des quelques paroles possiblement formulées par les possédés ou de leur trajectoire sociale. Mais faut-il encore que parole se fasse, puisque le cortège semble se suffire à lui-même, et, en un certain sens, déjà « tout dire » par le seul rassemblement des corps. Leur présence permet à ce qui n'est pas explicitement

⁵¹ Camille de LA VAISSIERE, *Histoire de Madagascar...*, op. cit., p. 393.

⁵² Père FRANÇOIS CALLET, *Tantara ny Andriana eto Madagascar: Documents historiques d'après les manuscrits malgaches (tome II)*, Antananarivo, Presy katolika, p. 442.

⁵³ Du malgache *ray* (père) et *reny* (mère), la notion renvoie au souci d'une non-confrontation avec tout ascendant.

⁵⁴ Alain DELIVRE, *L'histoire des rois d'Imerina. Interprétation d'une tradition orale*, Paris, Klincksieck, 1974, p. 129.

conscientisé (ou du moins formulé) de faire malgré tout politique et d'orienter le devenir de la société merina de la seconde moitié du XIX^e siècle. Par ailleurs, on aurait tort de réduire cet épisode au seul face à face entre le roi et les *ramanenjana*. Quoique relativement discrets dans les récits des contemporains, les Andafiaravaratra⁵⁵ occupent un rôle majeur dans la chute du roi. Leur intervention, notamment à travers une action militaire, aurait pu mettre un terme à cette agitation et ainsi empêcher la chute de Radama II. Or, aussi surpris qu'ils puissent être par l'apparition brutale du phénomène, ils laissent faire et par leur inaction concourent à la mort du souverain. Conservateurs, leur objectif était de préserver leur influence progressivement remise en question par le roi et l'élargissement des pouvoirs accordés aux Menamaso⁵⁶. Ainsi, sous l'apparent duel entre le roi et les *ramanenjana*, une complexité subtile se dévoile, la mort du souverain n'étant que la partie émergée d'une intense recomposition politique qui se joue aussi en sous-main. On assiste ici à une articulation subtile, non forcément conscientisée, entre deux pôles d'un jeu politique complexe, face à une oligarchie qui entend bien préserver la distribution des pouvoirs.

Trace après trace, on comprend alors qu'émergent à travers le *ramanenjana* de réelles revendications que les premiers observateurs chrétiens n'ont pu saisir ni même approcher : le droit d'apparaître qui s'impose à travers la présence de la reine Ranavalona I^{re}, et plus encore le droit de porter revendication auprès du souverain alors en exercice. Ainsi, en dépit d'une réelle parole, le *ramanenjana* est à réinscrire dans une dynamique textuelle particulière qui, selon un itinéraire entouré par la mise en cause des plus forts symboles de l'imaginaire malgache, parvient à imposer sa présence à l'intérieur même d'un champ politique en apparence restreint. Les corps possédés, en dansant sur les tombes, puis en déambulant dans la capitale au sein des quartiers les plus prestigieux, sont une adresse au présent d'un passé ; ceux par qui le scandale arrive. Ramisiray note très bien que l'hétérogénéité des états individuels est ainsi à mettre au compte d'un déplacement plus collectif, qui se fait le dénominateur commun du mouvement, laissant transpercer visiblement un héritage devenu littéralement in-présentable, sans présent. En cela, le *ramanenjana* est l'une des premières expressions d'une opposition que l'on retrouve ensuite incarnée plus individuellement dans le *tromba*, et qui motive tout au long du XX^e siècle une importante littérature. L'apparition des ancêtres a pour conséquence de rendre admissible l'imposition du regard des couches les moins favorisées sur une élite aristocratique obligée, de manière plus ou moins habile, de souscrire, du moins un temps, au message des possédés pour espérer retrouver équilibre et légitimité.

En conclusion, il est intéressant d'observer que ce type d'épisode collectif disparaît finalement à l'issue des derniers mouvements des années 1870. Si à plusieurs

⁵⁵ Grands officiers de la cour, les Andafiaravaratra, d'origine hova d'ascendance non aristocratique, occupent une place centrale dans l'organisation du pouvoir merina. Sur l'émergence de ce groupe, voir Françoise RAISON-JOURDE, *Bible et pouvoir...*, op. cit., pp. 155-165.

⁵⁶ Plus proches compagnons de Radama II, constituant sa cour lorsqu'il était prince, les Menamaso accompagnent sa montée sur le trône. Perçus comme riches et corrompus, avant tout soucieux d'une certaine jouissance personnelle plus que d'un héritage dynastique, le terme fait aujourd'hui office de sobriquet. Plus exactement, les Menamaso sont avant tout fascinés par le progrès technique européen qu'ils entendaient reproduire à Madagascar (ce qui, par ailleurs, ne les empêchent pas d'adhérer à la sorcellerie ou aux *ody ratsy* par exemple). Leur rapport à la « modernité », à « l'innovation » entre directement en concurrence avec les Andafiaravaratra, conservateurs et gardiens d'un ordre traditionnel – à commencer par la sauvegarde de leur propre autorité. Leur mainmise progressive sur les procès, source d'enrichissement, ou leurs régulières provocations à l'égard des Andafiaravaratra, à commencer par le premier d'entre-deux, le Premier ministre, participent inévitablement à cette rupture opérée en sous-main vis-à-vis de Radama II.

reprises la rumeur d'un retour de la « vieille reine » émerge, il n'en sera rien. Ce qui ne veut pas dire pour autant que la possession comme espace d'expression politique disparaîsse pour autant. La colonisation va simplement circonscrire ces évènements au seul profit des possessions individuelles, signant à cet endroit une certaine fracturation du corps social et le redéploiement de la vie psychique dans un cadre plus restreint. Réarticuler possession collective et possession individuelle permet ainsi de comprendre le fonctionnement et les usages de ce type de manifestation psychique⁵⁷. Pointer ces évolutions empêche toute lecture du *ramanenjana* comme une simple extériorisation pulsionnelle face à un monde devenu difficilement intelligible pour quelques individus déclassés. À l'inverse, ces épisodes nous renseignent sur ce que peut le corps individuel lorsqu'il est pris dans une grammaire collective par ailleurs tout à fait intelligible pour les protagonistes à la différence des observateurs : pour ces premiers, jamais le *ramanenjana* ne fut appréhendé comme folie, mais, à l'inverse, fut d'emblée perçu comme faisant trace de l'évolution d'une trame politique sous-jacente telle qu'elle se déploie dans les décennies suivantes. En ce sens, les corps qui se déplacent sur les tombeaux des ancêtres se retrouvent tout autant transformés par les recompositions politiques et médicales de ce second XIX^e siècle qu'eux-mêmes modifient la trajectoire d'un État en pleine recomposition. Ainsi, s'il est bien difficile, si ce n'est impossible, d'approcher les acteurs et leur subjectivité, ces épisodes ne sont pour autant pas à lire uniquement d'un point de vue extérieur, dans une relecture *a posteriori* du phénomène, mais également dans l'espace interne d'une transformation politique profonde.

Présents aujourd'hui encore, ces phénomènes de possession restent cependant désormais circonscrits aux seules situations individuelles. Régulièrement des phénomènes plus ou moins similaires, limités à quelques individus, une dizaine tout au plus, alertent le sens commun et font la Une de la presse. Ces dernières années, plusieurs médias malgaches se sont par exemple fait le relais de ces entrées en transe appelées *ambalavelona*⁵⁸, qui concernent de jeunes filles âgées de dix à dix-sept ans, la plupart du temps scolarisées, faisant redouter à beaucoup une contagion plus large⁵⁹. Ces épisodes continuent de mobiliser tout autant les autorités médicales, à commencer par le ministère de la Santé, que les différentes Églises qui usent de l'exorcisme pour briser le phénomène⁶⁰. Grâce à d'importants efforts de communication, ils restent à ce jour géographiquement et chronologiquement limités, mais font à chaque fois craindre la résurgence de phénomènes plus amples et épidémiques. Si ces manifestations ne se superposent pas véritablement au *ramanenjana*, elles ne sont pas sans rappeler l'actualité de la possession comme modalité de remise en question des hiérarchies pour une jeunesse qui, une fois encore, est ici majoritairement féminine, rurale et plutôt marginalisée.

⁵⁷ Pour un développement plus poussé sur la question des subjectivités merina et de leurs transformations vers plus « d'individualisme » à partir de la seconde moitié du XIX^e siècle, nous renvoyons à la première partie de notre thèse.

⁵⁸ Pour les premières observations anthropologiques sur ce phénomène, voir : Marjorie HARDYMAN, « The Church and Sorcery in Madagascar », *African Initiative in Religion*, 1971 (n°21), pp. 208-221 ; James T. HARDYMAN, « Observation sur la sorcellerie "Ambalavelona" dans la région de l'Antsahanaka », *Bulletin de l'Académie malgache*, 1974/52 (n°1-2), pp. 57-63

⁵⁹ « "Ambalavelona" : le phénomène contagieux qui inquiète à Madagascar », *Linfo.re*, 4 mars 2016, en ligne. Consulté le 23 décembre 2021 à : <https://www.linfo.re/ocean-indien/madagascar/688553-ambalavelona-le-phenomene-contagieux-qui-inquiete-a-madagascar> ; « Ambatondrazaka - Une suspicion d'"ambalavelona" affole », *L'Express de Madagascar*, 18 mai 2019, en ligne. Consulté le 23 décembre 2021 à : <https://lexpress.mg/18/05/2019/ambatondrazaka-une-suspicion-d-ambalavelona-affole/> ; « Crise collective de l'Ambalavelona à Mananara-Nord – Vers la fermeture temporaire d'une école privée », *La Vérité*, 1^{er} décembre 2020, en ligne. Consulté le 21 décembre 2021 à : <https://laverite.mg/societe/item/12167-crise-collective-de-l-%E2%80%99ambalavelona-%C3%A0-mananara-nord-vers-la-fermeture-temporaire-d-%E2%80%99une-%C3%A9cole-priv%C3%A9e.html>

⁶⁰ Voir l'article d'Olivia Legrip-Randriambelo dans ce numéro.

QUAND LE DIABLE SE MÊLE DE SANTÉ. INTERPRÉTATIONS DÉMONIAQUES DES MALADIES À MADAGASCAR

Olivia LEGRIP-RANDRIAMBELO

Anthropologue

Chercheuse associée au LARHRA – UMR 5190
et à l'ERC MaDAf (CNRS-IMAF)

Résumé : Cet article interroge les interprétations démoniaques que donnent les membres du mouvement de Réveil luthérien malgache (*fifohazana*) aux maux des personnes qu'ils prennent en charge dans leurs centres d'accueil et de soin (*toby*). Dans une perspective anthropologique, l'analyse se fera à l'appui d'études de cas ethnographiques de malades diagnostiqués par les membres du mouvement de Réveil comme ayant pactisé avec le Diable. L'interprétation religieuse des maux s'inscrit dans la longue durée, en parallèle de l'institutionnalisation d'un partenariat entre le mouvement de Réveil et les structures biomédicales.

Mots-clés : Représentations du Diable, santé mentale, protestantisme, exorcisme, biomédecine, Madagascar

Abstract: This article proposes to question the demonic interpretations given by members of the Malagasy's Lutheran Awakening movement (*fifohazana*) to the ills of the people they care for in reception and care centers (*toby*). From an anthropological perspective, the analysis will be based on ethnographic case studies of patients diagnosed by members of the Awakening movement as having made a pact with the Devil. The religious interpretation of ills is part of the long term, in parallel with the institutionalization of a partnership between the Awakening movement and biomedical structures.

Keywords: Devil's representations, Mental Health, Protestantism, Exorcism, Biomedicine, Madagascar

Le mouvement de Réveil luthérien malgache (*fifohazana*) tient un rôle important dans la prise en charge des malades depuis son apparition à la fin du XIX^e siècle¹. Ses membres énoncent, aux personnes qu'ils accueillent dans les centres de soin (*toby*), des interprétations démoniaques face à leurs maux. Cet article propose d'interroger les transformations récentes que présente le Réveil avec une réflexion sur la notion de « pacte » avec le Diable dans les discours d'un malade et des bergers², mais aussi sur l'institutionnalisation d'un partenariat entre les *toby* du mouvement de Réveil et les structures biomédicales. Dans une perspective anthropologique, l'analyse se fera à l'appui d'études de cas ethnographiques³ de malades diagnostiqués par les membres du mouvement de Réveil comme ayant practisé avec le Diable.

Toby signifie « camp », il désigne une infrastructure composée de logements pour les malades, d'une salle de prière et souvent d'un jardin potager, gérés par un représentant du Réveil et financés par le mouvement. *Toby* se décline aussi avec la notion de « grands camps » (*tobilehibe*) que sont les quatre lieux où se sont produits les quatre réveils entre 1894 et 1941. Rainisoalambo est le premier à connaître ce réveil en 1894, dans la localité de Soatanàna. Puis vient celui de Ravelonjanahary en 1927 à Manolotrony, au sud de Fianarantsoa. Ensuite, celui de Daniel Rakotozandry en 1939 à Farihimena dans la région du Vakinankaratra. Et enfin, celui de Germaine Volahavana, dit Nenilava (« grande mère »), en 1941 à Ankaramalaza dans le district de Manakara⁴. Rainisoalambo, Ravelonjanahary et Nenilava ont tous trois pour point commun d'être des enfants de devins-guérisseurs réputés.

De fait, le XIX^e siècle a vu apparaître de nombreux mouvements de Réveil à travers le monde⁵, Madagascar ne faisant pas exception. Les « initiatives religieuses » des années 1890 sont associées à la décomposition du mouvoir merina, aux mutations des pratiques publiques du culte aux ancêtres, ainsi qu'à la résurgence de différents

¹ Voir notamment les travaux de : Lucile JACQUIER-DUBOURDIEU, « Représentation de l'esclavage et conversion : un aspect du mouvement du réveil à Madagascar », *Cahiers Sciences Humaines*, vol. 32, n°3, 1996, pp. 597-610 ; « Soatanàna, une nouvelle Jérusalem en pays Betsileo », *Géographie et cultures*, n°33, 2000, pp. 89-112 ; Sophie BLANCHY, « Pratiques et représentations religieuses à Madagascar au temps de Lars Vig (missionnaire et ethnographe), 1875-1903. Textes et contexte », *Ateliers du LESC* [Online], n°32, 2008, DOI : <https://doi.org/10.4000/ateliers.2002> ; Sophie BLANCHY, « L'évangélisation vue de près. Archives, ethnologie, histoire », in Faranirina Rajaonah et Didier Nativel, *Madagascar revisitée. En voyage avec Françoise Raison-Jourde*, Paris, Karthala, 2009 ; pp. 227-259 ; de Malanjaona RAKOTOMALALA et al., *Madagascar : les ancêtres au quotidien*, Paris, L'Harmattan, 2001 ; et de Françoise RAISON-JOURDE, *Bible et pouvoir à Madagascar au XIX^e siècle. Invention d'une identité chrétienne et construction de l'Etat*, Paris, Karthala, 1991.

² Les bergers, *mpiandry*, sont des membres du mouvement de Réveil formé à la pratique exorciste durant deux années avant d'être ordonnés pour ensuite être autorisés à exorciser dans les paroisses, les *toby* ou au domicile des malades ; toujours en groupe d'au moins trois personnes. Les bergers sont des hommes ou des femmes, issus de tous horizons professionnels, qui ont ressenti un appel, ont été guéri par les membres du Réveil, ou appartiennent à une famille au fort engagement dans le *fifohazana*.

³ Les données mobilisées ici sont issues d'une enquête de terrain menée dans différents *toby* dès 2009 pour un doctorat en anthropologie et poursuivi depuis dans le cadre postdoctoral. Le recueil des données s'est fait de plusieurs manières : des journées complètes passées au sein des *toby*, des suivis de malades lors de leur arrivée ou lors des actions des bergers à leur domicile, des observations de consultations à l'hôpital luthérien de Fianarantsoa et des temps réservés aux entretiens avec les différents acteurs.

⁴ Le mouvement du Réveil est perçu et reçu comme « un mouvement à direction malgache » ; après les conflits entre les adeptes du culte des ancêtres et les nouveaux convertis chrétiens, le mouvement du *fifohazana* et les nouvelles Églises au sens large (*sekta*) représentent une « troisième force » en progression. Malanjaona RAKOTOMALALA et al., *Madagascar : les ancêtres au quotidien*, Paris, L'Harmattan, 2001, pp. 15-16.

⁵ Voir entre autres : David B. BARRETT, « L'évolution des mouvements religieux dissidents en Afrique (1862-1967) », *Archives de sociologie des religions*, n°25, 1968, pp. 119-120.

troubles épidémiques⁶. Les mouvements de Réveil sont donc souvent corrélés à des événements socio-politiques, le *fifohazana* s'inscrivant dans les pratiques des missions norvégienes installées depuis les années 1860 sur l'île et occupant de plus en plus de place. Un mouvement de Réveil qui émerge quelques années seulement avant l'apparition des premiers mouvements nationalistes (celui des *mendalamba* en 1895), alors que l'île passe progressivement sous domination française à partir de 1896.

Pour saisir la manière dont le *fifohazana* érige l'exorcisme en un dispositif pour accéder à plusieurs niveaux de guérisons (religieuse, social et biologique), il sera nécessaire de penser la figure du diable et les phénomènes de diabolisation des esprits ancestraux malgaches. Les activités du mouvement de Réveil reposent en effet sur un discours de diabolisation des esprits et se donnent à voir à travers la prise en charge des corps possédés et/ou ensorcelés. Ce processus sera détaillé depuis l'apparition du Réveil en 1894 dans la région betsileo (Hautes Terres centrales) jusqu'aux perceptions contemporaines, face à une société toujours aux prises avec des crises démoniaques notamment associées à la mondialisation et aux addictions. Ainsi, l'interprétation religieuse des maux s'inscrit dans la longue durée, tout en s'adaptant aux époques : les membres du Réveil perçoivent notamment la présence de démons dans la consommation de drogues ou d'alcool (une interprétation persistant depuis le XIX^e siècle), mais aussi dans des pratiques plus contemporaines comme les jeux vidéo ou les musiques *hard rock*.

La prise en charge par le mouvement de Réveil luthérien des malades souffrant notamment d'addiction à l'alcool n'est pas surprenante, car les Églises protestantes sont à l'initiative d'une volonté de prohibition de la vente et de la consommation d'alcool dès la fin du XIX^e siècle et ont créé des « ligues d'abstinentes »⁷, à l'image de la Croix bleue (*Vokovoko manga*). La consommation d'alcool est un risque d'apparition de troubles pour les protestants, tandis que le poème « L'ABC de l'alcool » (« *Abidin'ny toaka* » de Rajaonary, 1880) met en garde les buveurs des risques encourus, notamment celui de basculer dans la folie⁸.

Le vocabulaire et les catégories du culte aux esprits et ceux de la démonologie protestante se croisent au même titre qu'elles rencontrent les grilles de lectures de la psychiatrie. Les structures proposant un accompagnement psychiatrique ou psychologique sont quasiment inexistantes à Madagascar. La psychiatrie malgache est modelée selon la loi française sur les aliénés de 1838, qui impose notamment à chaque département français de disposer d'un établissement réservé aux « aliénés »⁹. L'existence d'un seul établissement public spécialisé dans les troubles psychiatriques a favorisé les réponses religieuses au traitement de ces maux¹⁰. En 1912, l'asile d'aliénés d'Anjanamasina est installé à proximité d'Antananarivo. Il constitue une proposition de prise en charge publique qui s'inscrit à la suite des établissements de santé missionnaire, notamment ceux de la *London Missionary Society* présents sur l'île dès la première

⁶ Notamment le paludisme entre 1904 et 1910, ainsi que la peste et la grippe entre 1928 et 1930. Malanjaona RAKOTOMALALA et al., *Madagascar : les ancêtres au quotidien...*, op. cit, pp. 124-125.

⁷ Louis MOLET « Cadres pour une ethnopsychiatrie de Madagascar », *L'Homme*, vol. 7, n° 2, 1967, p. 20.

⁸ Claire RIFFARD, « Les débuts de la poésie écrite en langue malgache », *Études océan Indien*, n°40-41, 2008, pp. 81-100 ; Olivia LEGRIP-RANDRIAMBELO, « Bien boire, mal boire. Regards sur l'ivresse des guérisseurs malgaches », *Civilisations*, n°66, 2017, p. 43-58 ; Malanjaona RAKOTOMALALA et al., *Madagascar : les ancêtres au quotidien...*, op. cit.

⁹ Voir Danielle GOUREVITCH et Lanto RATSIFANDRIHAMANA, « Retour de Madagascar : pour une histoire de la psychiatrie malgache », *Histoire des sciences médicales*, 51/2, 2017, pp. 293-302 ; Raphaël GALLIEN, « La chair de l'asile. Le quotidien de la folie, entre violences ordinaires et ambitions disciplinaires (Madagascar, 1941) », *Politique Africaine*, 1/157, 2020, p.71.

¹⁰ *Ibid.*

moitié du XIX^e siècle¹¹. Cette présence et l'installation de structures médicales à partir des localisations des stations missionnaires ont été un levier pour la création des *toby*, le premier étant apparu à Soatanana, au sein d'une station missionnaire de la *Norwegian Missionary Society*. Les asiles, au même titre que les *toby*, servant à isoler les malades¹².

Le mouvement de Réveil s'est majoritairement saisi de ces questions. Les malades pris en charge par le Réveil, également suivis par des médecins d'hôpitaux luthériens partenaires des *toby*, sont présentés comme des possédés ou des ensorcelés chroniques auxquels le traitement par l'exorcisme doit être adapté. Ces malades vivent avec leur trouble entre prescriptions médicales de l'hôpital luthérien (antipsychotique, anti-anxiolytique, etc.) et marginalisation sociale à l'extérieur du *toby* (« fou » dangereux, « fou » errant, « poids » pour la famille¹³). La vie quotidienne au *toby* est basée sur l'acceptation de la présence démoniaque, qui ouvre à la prise en charge et à la transformation de la stigmatisation en une possible délivrance, par la conversion au protestantisme, à condition que les bergers parviennent au but qu'ils se sont fixés, c'est-à-dire libérer le corps et l'esprit de la présence des démons.

La première partie de cet article sera consacrée au cas ethnographique de Tantely¹⁴, jeune homme hébergé au *toby* après avoir scellé un pacte avec le diable. Ensuite, il sera question de la figure du Diable et de ces interprétations. Enfin, la troisième partie discutera du partenariat entre le mouvement de Réveil et les centres médicaux luthériens.

I) PACTISER AVEC LE DIABLE

L'état général et les maux d'un pensionnaire d'un des deux *toby* de Fianarantsoa (capitale de la région betsileo) font l'objet de nombreuses discussions, rumeurs et interprétations par les bergers. Nambinina, le pasteur de la paroisse à laquelle est rattaché le *toby*, et plusieurs *mpiandry*, évoquent la frontière floue entre actes sorcelaires et possession démoniaque. Tantely est né en 1991 à Fandriana, commune située à environ 200 kilomètres au nord de Fianarantsoa. Lors de l'enquête ethnographique, il était âgé d'une vingtaine d'années. Au moment de notre rencontre, il se présente comme « satanique » et utilise le terme en français, langue qu'il maîtrise peu par ailleurs. Les membres du Réveil familier du *toby*, quant à eux, le décrivent soit comme « démoniaque » – terme du pasteur là aussi exprimé en français –, soit comme « diabolique » et « possédé par le Diable » pour les bergers. Dans son ouvrage consacré à la figure de Satan, Lionel Obadia souligne que

« ‘satanique’ reste un adjectif lié à une personne théologique et mythologique et s’applique essentiellement aux conduites attribuées à ce qu’on croit être un culte, alors que ‘diabolique’ est une catégorie plus large, plus impersonnelle, évoquant un principe plus qu’une figure du Mal »¹⁵.

Une différence qui nous oblige à devoir approfondir les motivations qui conduisent aux différents diagnostics installant en leur cœur l'interprétation démoniaque. Ainsi le pasteur, à l'appui de sa formation théologique, ajoute une lecture « satanique »

¹¹ Thomas ANDERSON, « Converting the Hospital: British Missionaries and Medicine in Nineteenth-Century Madagascar », *Itinerario*, 41/3, 2017, pp. 539-554 ; Karina Hestad SKEIE, *Building God’s Kingdom. Norwegian missionaries in Highland Madagascar 1866-1903*, Brill, 2013.

¹² Lesley SHARP, « Exorcists, psychiatrists, and the problems of possession in northwest Madagascar », *Social Science & Medicine*, 38/4, 1993, pp. 525-542.

¹³ Selon les expressions recueillies ces dernières années auprès des familles des malades et des bergers.

¹⁴ Tous les interlocuteurs cités dans l'article ont été anonymisés.

¹⁵ Lionel OBADIA, *Satan*, Paris, Ellipses, 2016, p. 216.

aux maux psychologiques, alors que les berger, dont la formation en théologie protestante est moins dense, y voient quant à eux, une présence démoniaque. Cette différentiation dans les termes a peu de conséquences pour Tantely : il est déjà familier du terme « satanique » et son séjour au *toby* a provoqué, comme pour de nombreux autres pensionnaires, un mimétisme dans l'usage du vocabulaire propre à la théologie protestante. Après un mois passé au *toby*, il assure être devenu protestant. Les (re)conversions des pensionnaires des *toby* sont très fréquentes tant qu'ils y résident. Mais une fois de retour dans leur famille et aux prises avec le quotidien, la pratique protestante diminue ou tend à être oubliée.



Imposition des mains (photo autrice)

Jean-Pierre, un *mpiandry* présent quotidiennement au *toby*, corrobore l'histoire narrée par le pasteur dès qu'il évoque les maux de Tantely :

« *Le type qui est en polo noir là, c'est un cas spécial, parce qu'il était venu possédé par le Diable. Il a suivi le culte satanique avant. Et lorsque cet événement se passe, la nuit, il sort de chez lui, il va quelque part, et ne sait où est-ce qu'il est... On lui a tracé le visage même ! Et il ne peut pas... en arrivant ici, il ne peut pas... même pas appeler le nom de Jésus. Et son hobby c'est appeler le nom de Jésus et son regard... ses yeux tournent en haut là et il commence à ramper à quatre pattes comme un lion, il rugit comme un lion. Mais maintenant, il peut appeler le nom de Jésus !* »¹⁶.

La trace sur le visage que mentionne le berger fait référence à une cicatrice sur le front du jeune homme. Si Tantely ne l'évoque pas, les berger y voient la « marque de la bête » qui est l'un des signes les plus représentatifs d'un pacte scellé avec le Diable. Les

¹⁶ Traduction d'un extrait d'un entretien réalisé en 2010 dans le *toby* de Soatsihadino à Fianarantsoa.

descriptions de ces marques apparaissent en Europe dès les rapports de procès en sorcellerie et les traités de démonologie du XVI^e siècle¹⁷.

Tantely, quant à lui, raconte son expérience sous un autre angle, celui du malade qui a été en contact direct avec le démon. Autrement dit, il relate une expérience sensible, corporelle et intense : « une nuit où je dormais dans un lit, il y a quelque chose de noir qui m'a entouré »¹⁸, la « chose » noire, ou le « nuage noir » comme il le décrit aussi parfois, désigne les ténèbres par lesquels se manifeste la puissance surnaturelle des démons. Il liste ensuite les endroits dans lesquels il a été « téléporté » le plus fréquemment : le Vatican, les États-Unis et la montagne sacrée d'Ambondrombe, au sud de la région betsileo. Ces trois lieux, *a priori* sans proximité géographique ou symbolique, font néanmoins lien dans le récit de Tantely et son rapport aux phénomènes religieux ayant jalonné son expérience jusque-là. Le Vatican, siège du catholicisme, tend un pont entre Tantely et sa confession initiale, celle transmise par ses parents et à laquelle il s'oppose finalement en se rapprochant du satanisme. Les États-Unis, quant à eux, reflètent un espace fantasmé, à la fois source d'inspiration pour Tantely et ses amis, amateurs de groupes de *hard rock* et de *heavy métal* étatsuniens, tout en renvoyant au satanisme tel que mis en scène dans l'imaginaire populaire, notamment à travers les films d'épouvante ou la musique. Depuis les années 1980, des signes, des symboles et un répertoire de discours présentant le diable, des rituels ou des incantations¹⁹ sont fréquents sur des pochettes d'album et dans des paroles de chanson, principalement nord-américaines, que Tantely affectionne. Dans le discours des membres du mouvement de Réveil, les États-Unis sont donc perçus comme le foyer du péché répandu par la mondialisation, mais aussi comme le siège du satanisme. En effet, l'Église de Satan y est créée officiellement en 1966 par Anton Lavey²⁰. Le « satanisme moderne », en devenant une Église, n'est plus une croyance marginale, il devient un concurrent direct du protestantisme. Tandis qu'en parallèle, certains psychiatres nord-américains analysent le satanisme comme une psychopathie propre aux adolescents²¹.

La troisième étape du trajet surnaturel de Tantely est la montagne sacrée d'Ambondrombe. Ce massif et la forêt qui la compose sont à la fois un patrimoine naturel protégé et un héritage ancestral, lieu majeur dans les récits du culte aux ancêtres connus dans toute l'île de Madagascar. Ainsi dans la région betsileo, il est souvent dit qu'après la mort, l'esprit (*fanahy*) du défunt et ancêtre en devenir, voyagent du tombeau jusqu'à la montagne d'Ambondrombe²². Dans une perspective géographique, Sophie Moreau qualifie la montagne sacrée d'Ambondrombe de « lieu-symbole ». Si cette montagne est sacrée, elle présente une ambivalence qui permet de comprendre pourquoi Tantely s'y réfère dans ces voyages surnaturels. Elle est aussi appelée Iratsy (« la mauvaise »), ce qui en fait également un lieu maudit. L'enfant d'un prince y aurait trouvé la mort, perdu dans les bois ou noyé dans un étang, faisant de la montagne un site maudit considéré

¹⁷ Plusieurs exemples sont cités dans les anthologies sur les rencontres avec le Diable ou les combats contre le Diable : Nicolas DIOCHON et Philippe MARTIN, *Rencontres avec le Diable. Anthologie d'un personnage obscur*, Paris, Édition du Cerf, 2022 ; Olivia LEGRIP-RANDRIAMBELO, *Le combat contre le Diable. L'exorcisme dans les textes du XVI^e siècle à aujourd'hui*, Paris : Édition du Cerf, 2021.

¹⁸ Traduction d'un extrait d'un entretien réalisé en 2010 dans le *toby* de Soatsihadino à Fianarantsoa.

¹⁹ Lionel OBADIA, *Satan*. Paris, Ellipses, 2016, p. 166.

²⁰ *Ibid.*, p. 170.

²¹ *Ibid.*, p. 220.

²² Sandra EVERS, *Constructing History, Culture and Inequality: The Betsileo in the Extreme Southern Highlands of Madagascar*. Leyde, Brill, 2002, p. 241.

comme la demeure d'esprits malveillants²³. Une représentation qui cohabite avec celle d'un lieu sacré présentant les attributs des lieux associés aux cultes ancestraux²⁴.

Tantely détaille avec précision le culte satanique qu'il a suivi. Il décrit une grande croix dans une grotte dans laquelle le rituel est organisé par un homme « qui ressemble à un *mompera* [« prêtre catholique », terme dérivé du français « mon père »] » et qui manipule une assiette et une tête de lion autour d'une pierre sacrificielle.

Les évocations d'une assiette renvoient aux habituelles pratiques de manipulations de ces objets par les devins-guérisseurs²⁵, auxquels s'ajoute une référence au catholicisme par la présence d'un substitut de prêtre dans la vision qu'il a reçue.

Il poursuit sur son initiation : « la troisième fois que le nuage noir m'a emmené là-bas, il a mis une force */hery/* en moi ». Il dit avoir dû mettre sa main au-dessus de l'assiette en dressant l'index et l'auriculaire, « comme les cornes du Diable », dit-il, et « le démon */devoly/* m'a fait entrer quelque chose, comme du courant ». Là encore la description qu'il fait des gestes opérés renvoie à une gestuelle satanique.

Ensuite, Tantely a commencé à commettre de nombreux vols, dans des maisons, à l'église, etc. Aux Antilles, l'anthropologue Christiane Bougerol associe les vols à la sorcellerie ; elle remarque qu'« une personne qui se sent atteinte de façon répétitive dans sa vitalité physique et sociale a tout lieu de penser qu'elle est l'objet d'une persécution intentionnelle de la part d'un sorcier »²⁶. Désormais, Tantely assure être conscient de son mal. Il raconte les conséquences de sa possession :

« les démons m'ont envoyé dans une église Apokalipsy [Église pentecôtiste] pour faire des gaffes [gafy]. Ils l'ont su parce que quand je suis arrivé là-bas, j'ai tremblé et après ils m'ont fait la chasse des démons, ils savaient que j'avais des fanahy ratsy [« mauvais esprit »] ».

C'est à ce moment que sa famille l'a conduit au *toby*. Les mauvais esprits cités par Tantely sont une métaphore du Diable, des démons, mais sont aussi la façon de nommer les esprits néfastes à l'origine des attaques sorcelaires envoyées par les sorciers et qui touchent de nombreux pensionnaires des *toby*.

Un exorcisme occasionnel pratiqué par un pasteur de l'Église évangélique *Apokalipsy*²⁷ (une branche dissidente de l'Église Adventiste du septième jour) et un lien à un évènement extraordinaire (les comportements socialement déviants et les tremblements) ont conduit la famille à imaginer une prise en charge des difficultés de Tantely par un recours régulier et quotidien à l'exorcisme organisé et orchestré par le *toby*.

²³ Sophie MOREAU, « Logique patrimoniale et conservation de la forêt : l'exemple de la forêt d'Ambondrombe, Sud-Betsileo, Madagascar », in Marie-Christine CORMIER-SALEM, Dominique JUHE-BEAULATON, et al. (dir.), *Patrimoines naturels au Sud : territoires, identités et stratégies locales*, Marseille, IRD éditions, 2005, pp. 291-310.

²⁴ Sur cette montagne, voir également l'article de Raphaël Gallien au sujet du *ramanenjana* dans ce numéro.

²⁵ Voir par exemple : Philippe BEAUIARD, *Princes et paysans. Les Tanala de l'Ikongo. Un espace social du sud-est de Madagascar*, Paris, L'Harmattan, 1983, p. 31 ; Sophie BLANCHY et Rahajesy ANDRIAMAMPIANINA, « Terre du tombeau, corps de l'ancêtre », in BLANCHY S., RAKOTOARISOA J.-A., et al. (dir.), *Les dieux au service du peuple. Itinéraires religieux, médiations, syncrétisme à Madagascar*, Paris, Karthala, 2006, pp. 193-228.

²⁶ Christiane BOUGEROL, « Actualité de la sorcellerie aux Antilles », *Cahiers d'études africaines*, 189/190, 2008, pp. 276-281.

²⁷ L'Eglise *Fikambanana Apokalipsy eto Madagasikara Antohomadinika* est reconnue par l'administration comme association cultuelle en 2003 par arrêté. Voir Sophie BLANCHY et al., *Les dieux au service du peuple...*, op. cit., p. 457.

La famille et les *mpiandry*, dans leur diagnostic, mêlent ainsi des représentations étiologiques liées à la consommation d'alcool ou de drogue et des représentations chrétiennes et populaires d'attaques sorcelaires ou de possessions par les démons. L'ambivalence bonne et/ou mauvaise des esprits du paysage religieux malgache est ici inexisteante et fondue dans la représentation biblique des démons. Dans le mouvement de Réveil, comme dans l'Église Universelle du Royaume de Dieu (IURD) au Brésil, « les malheurs trouvent des solutions dans le message de libération, mais leurs origines se situent dans le panthéon ‘infernal’ d’obédience afro-brésilienne »²⁸ – « d’obédience malgache », pourrait-on plutôt écrire ici. En effet, les exorcistes œuvrent « à la croisée entre deux mondes, leur action ayant pour but de délivrer les captifs du démon et de les introduire dans la réalité divine »²⁹, comme l'atteste le discours tenu par Tantely qui, une fois guéri, se dit protestant : « ce que je faisais avant, je ne l'ai pas fait exprès ». La question de la causalité des maux, du sens du mal, est centrale et lorsque Tantely assure ne pas « avoir fait exprès », il se place en position de malade souffrant d'une infortune. Il se ainsi détache du discours culpabilisant que les bergers disséminent à propos des malades aux prises des démons qu'ils prennent en charge. Pour les membres du Réveil, la présence démoniaque se manifeste rarement par hasard : les démons font suite à de mauvaises conduites ou de mauvaises actions (l'attrait pour le *hard rock*, les drogues, la sorcellerie), etc.



**Imposition des mains dans la salle de prière
(Photo autrice)**

²⁸ Ronaldo DE ALMEIDA, « La guerre des possessions », in CORTEN A., DOZON J.-P. et ORO A. P. (dir.), *Les nouveaux conquérants de la foi. L'Église universelle du royaume de Dieu (Brésil)*. Paris, Karthala, 2003, p. 270.

²⁹ Philippe GONZALEZ, « Lutter contre l'emprise démoniaque. Les politiques du combat spirituel évangélique », *Terrain*, 50, p. 47, 2008.

II) FIGURE DU DIABLE ET INTERPRETATION RELIGIEUSE

L'anthropologue François Laplantine a montré que les malades et leur famille adoptent majoritairement une position qui appréhendent les agressions sorcelaires et les persécutions comme une étiologie spécifique³⁰. Cette lecture de la souffrance entraîne une volonté de traitement de la maladie par une logique d'expulsion (exorcisme ou délivrance) de l'élément en cause dans la manifestation des divers maux.

Les esprits présents à Madagascar se voient attribuer différents rôles selon les contextes religieux, « esprits démoniaques pour les uns, régulateurs de la relation des hommes avec l'environnement pour les autres »³¹. Les esprits sont donc appréhendés tantôt comme sources de bienfaits à qui peuvent être formulées différentes demandes de protection et de soutien, tantôt comme sources de maux, souvent perçus comme la manifestation d'un trouble psychiatrique et/ou une présence démoniaque. Ainsi, la chasse aux démons « puise abondamment dans le registre de la sorcellerie ». Lorsque les personnes souffrantes mentionnent des symptômes ou un diagnostic médical, les membres du Réveil l'entendent, s'en saisissent, mais ils concluent néanmoins à une origine démoniaque comme base de ces manifestations³².

Face aux souffrances, les devins-guérisseurs s'attachent alors à distinguer les bons et les mauvais esprits :

*« On peut croire à une simple maladie, avant de savoir qu'il y a un esprit (zavatra, chose, être non identifié). On emploie aussi le mot fanahy qui a été repris par le vocabulaire chrétien (Fanahy Masina, l'Esprit Saint). Si la transe survient la nuit, on teste le possédé à la lumière d'une bougie qui chassera les mauvais esprits (fanahy ratsy). Alors, l'esprit encore inconnu est considéré comme masina (doué de hasina), c'est un zava-masina »*³³.

La récupération et l'adaptation de la définition de termes propres au culte rendu aux ancêtres par le christianisme sont à résiter dans une inscription du bien et du mal. Une inscription essentielle pour saisir les diagnostics et le choix du traitement par l'exorcisme opéré par les membres du Réveil. Si les esprits ancestraux sont reconnus et identifiables par les bergers, ils sont traduits selon une grille de lecture empreinte de théologie chrétienne en *fanahy ratsy* : des diables et des démons. Ces figures doivent alors être chassées, expulsées. Nambinina me dresse le portrait de Tantely avant que je ne le rencontre :

« il peut faire des voyages à l'étranger même sans prendre l'avion : comme ça [il claque des doigts] et il est en Amérique. C'est son grand-père qui l'a amené ici et quand il l'a amené, le son qui sortait de sa bouche, c'était le comportement d'une bête ! Quelques fois il se comportait comme un lion. Quelques fois, sa voix est

³⁰ François LAPLANTINE, *Anthropologie de la maladie : étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Paris, Payot, 1986.

³¹ Malanjaona RAKOTOMALALA et al., *Madagascar : les ancêtres au quotidien...*, op. cit.

³² Sandra FANCELLO, « "Le Diable attaque la santé". Sorcellerie et délivrance en Afrique centrale (Centrafrique, Cameroun) », in Alice DESCLAUX, Aïssa DIARRA, Sandrine MUSSO (dir.), *Guérir en Afrique. Promesses et transformations*, Paris, L'Harmattan, 2020, pp. 88-89 et p. 94.

³³ Sophie BLANCHY & Rahajesy ANDRIAMAMPIANINA, « Possession, transe ou dialogue ? Les formes récentes de la communication avec les ancêtres en Imerina (Madagascar) », in Marie-Claude DUPRE (dir.), *Familiarité avec les dieux. Transe et possession (Afrique noire, Madagascar, La Réunion)*, Clermont-Ferrand, Presses universitaires Blaise Pascal, 2001, pp. 23-56.

comme celle des omby³⁴ [« zébus »] et là, on peut voir qu'il y a beaucoup de sortes de devoly [« démons »], parce qu'il ne peut plus se tenir »³⁵.

Les nombreuses références à la figure du lion renvoient au premier Épître de Pierre, 5:8-9: « soyez sobres, veillez. Votre adversaire, le diable, rôde comme un lion rugissant, cherchant qui il dévorera »³⁶.

La figure du diable convoque un bestiaire polymorphe (bouc, chat, chauve-souris, hibou, etc.). Il peut aussi être considéré comme un loup : « *amboadìa mitafy zanak'ondry* » (loup qui apparaît comme un agneau, loup qui se vêt d'habits d'agneau), expression où l'utilisation de *ambodia* (loup) et de *zanak'ondry* (agneau) est significative. Comme *zanak'ondry* renvoie au Christ, le diable est le loup (*amboadìa*)³⁷.

III) BERGERS ET MEDECINS : UN PARTENARIAT INSTITUTIONNALISE

Lors de l'apparition du mouvement de Réveil, les pratiques exorcistes se justifiaient par l'impuissance de la biomédecine face à la puissance du Diable. Aujourd'hui, l'institutionnalisation de la médecine dans les *toby* s'accompagne d'un changement de perspective dans la dynamique du Réveil. Là où les membres du Réveil (les *iraka*, « envoyés ») allaient à la rencontre des malades, ces derniers sont désormais conduits au *toby* par leurs familles. Ainsi après la fin de la Première République en 1972, la dynamique évangélique et les liens avec la biomédecine se sont inversés. Les bergers investissent les milieux urbains. Or, dès le début du XX^e siècle, la pratique fréquente de l'exorcisme a entraîné plusieurs fermetures de temples urbains : l'exorcisme (bruyant et mouvementé) fait alors écho aux « désordres de la possession » qui scandalisent les élites urbaines formées par la *London Missionary Society* et qui ont « domestiqué toute expression corporelle [et] fait sienne la médecine occidentale»³⁸. Jusque dans les années 1930, « les possédés, qualifiés de malades, s'étaient vus diriger vers les hôpitaux plutôt que vers les temples »³⁹.

De nos jours, à Soatsihadino, le pasteur poursuit son interprétation des maux de Tantely et complète son récit par l'efficacité des *mpiandry*, y compris, face à des cas de présences démoniaques : « il est encore ici, mais en quatre jours, il a été guéri et il est sain et sauf, il n'a plus de soucis maintenant. Et c'est lui qui témoigne : “moi, j'avais ceci, cela et cela” ». Selon le pasteur, les malades psychiatriques nécessitent un traitement à long terme, car ils n'acceptent pas la maladie, mais les « malades brutaux » possédés par les démons comme Tantely sont rapidement guéris si la famille se joint aux soins :

« Lorsque leur ray amandreny [« père-et-mère »] ont vu que ce sont ces pouvoirs qui ont causé tout ça, sa fianakaviana [« famille »] qui l'a amené, ce n'est pas son choix. Sa famille est mpivavaka [« croyante »]. Sa famille ne lui a pas demandé la

³⁴ Le pasteur a systématiquement basculé du malgache au français lors de nos échanges, pour finalement par glissement se saisir de la langue française en y ajoutant des termes en malgache ; ceux qui apparaissent en italique dans les extraits d'entretiens.

³⁵ Extrait d'un entretien réalisé en 2010 dans le *toby* de Soatsihadino à Fiamaransoa.

³⁶ « *Mahonònà tena, miambena: fa ny devoly sahalavalareo mandehandeha tahaka ny liona mierona mitady izay harapany* », 1 Petera 5 ; 8.

³⁷ Rian'aina RAZAFIMANDIMBY RABARIHOELA, « Les entités sacrées vues à travers le filtre des mouvements revivalistes et pentecôtistes », *Études océan Indien*, n°51-52, 2014, pp. 47-73.

³⁸ Lucile JACQUIER DUBOURDIEU, « De la guérison des corps à la guérison de la nation. Réveil et mouvements évangéliques à l'assaut de l'espace public », *Politique africaine*, n° 86, 2002, pp. 73-74.

³⁹ Malanaona RAKOTOMALALA et al., *Madagascar : les ancêtres au quotidien...*, op. cit., p. 127.

permission pour l'amener ici. Ils l'ont attaché parce qu'il était brutal, mais quand il est arrivé, ces gens se sont enfuis. Nous les avons encouragés : "n'ayez pas peur des devoly, ne fuyez pas !" »⁴⁰.

Pour les membres du mouvement de Réveil, il est spécifiquement demandé aux malades, mais aussi à leur famille, de prendre une part active au traitement (prier, se soumettre aux chasses aux démons, voire se convertir au protestantisme), et ce alors que l'implication nécessaire face aux protocoles des psychiatres ou des médecins de l'hôpital luthérien est plutôt passive⁴¹ devant des traitements qui se résument à une prescription médicamenteuse pour les pensionnaires des *toby*. À ces prescriptions s'ajoutent des consultations : une lors de l'arrivée d'un nouveau malade, une lors de la tournée mensuelle⁴² du médecin affecté aux relations avec le *toby*, et une consultation de sortie avant le départ du *toby* (cette dernière est souvent inexistante).

Tantely présente son mal comme une possession incontrôlée bien qu'il assure avoir pactisé avec le diable. Il oscille alors entre culpabilité, persécution et victimisation dans le discours relatant ses maux. Les possessions relèvent de deux registres : la possession bénéfique – une élection provoquant prestige et contrôle – et la possession néfaste – une attaque provoquant une victimisation et du désordre. La première offre une position puissante, celle du contrôle social contre la sorcellerie en lien avec un esprit, alors que la seconde est une source de maux et de souffrance qui mènent à la folie ou à la mort⁴³.

Le mouvement de Réveil présente, comme les ministères de délivrances pentecôtistes, une :

« volonté de maîtriser ce qui est ambigu au moyen de références à l'absolu apparaissant clairement, [...] au sein desquels un grand nombre d'addictions, de problèmes psychologiques et de prédispositions sont attachés à des démons qu'il est possible d'exorciser rituellement »⁴⁴.

Ainsi, « par l'association entre son problème personnel et un démon, l'individu peut accéder à une éventuelle expulsion rituelle et à l'identité sociale. L'abus rituel satanique fournit ainsi un système de référence convaincant »⁴⁵ pour traiter des phénomènes dits « nouveaux » pour les membres du mouvement de Réveil : les addictions aux drogues, aux jeux vidéo, les troubles psychiatriques ou psychologiques, *burn-out, etc.*, alors que les maux qu'ils prenaient habituellement en charge étaient plus généralement l'alcoolisme, les attaques sorcelaires, les possessions...

Les Églises chrétiennes, ethnographiées par l'anthropologue Sandra Fancello en Centrafrique et au Cameroun, comme le mouvement de Réveil malgache, sont « progressivement devenues des lieux de diagnostic et de 'traitement', et proposent des 'cures d'âmes' et des exorcismes pour chasser les démons ou briser les liens ancestraux auxquels sont attribués la plupart des 'maladies' »⁴⁶. La psychiatre et anthropologue Claire Mestre remarque au sein de l'hôpital de Toamasina, à l'est de l'île, que le terme *tromba* est présent officieusement dans les chambres, couloirs et salle de soins de

⁴⁰ Extrait d'un entretien réalisé en 2010 dans le *toby* de Soatsihadino à Fianarantsoa.

⁴¹ Lesley SHARP, « Exorcists, psychiatrists... », *op. cit.*, p.537.

⁴² Lors de cette visite, les ordonnances sont susceptibles d'être ajustées.

⁴³ J'ai travaillé cette question ailleurs : Olivia LEGRIP-RANDRIAMBELO, « Des démons et des fous à Madagascar : cacher, exorciser, montrer », *Politique africaine*, 1/157, 2020, pp. 111-141.

⁴⁴ David FRANKFURTER, « Le mal et ses complots imaginaires », *Terrain*, 50, 2008, pp. 14-31.

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ Sandra FANCELLO, « "Le Diable attaque la santé... », *op. cit.*

l'hôpital : les malades l'utilisent, les soignants l'emploient, mais le modifient rapidement en terminologie psychiatrique⁴⁷, à l'inverse des membres du mouvement de Réveil qui conservent les diagnostics pluriels en les mâtinant de démonologie. Les malades et leur famille ressentent parfois une prégnance du pouvoir médical sur les savoirs populaires (ici d'autres religions) qui amorcent une confrontation entre « le discours des médecins [et] celui des patients, le savoir scientifique [et] le savoir populaire »⁴⁸. Dans ce cas, les diagnostics religieux posés par le mouvement de Réveil apportent un semblant de consensus entre les interprétations et les discours.

Les *toby*, en association avec les établissements médicaux luthériens (SALFA⁴⁹) peuvent être perçus comme une institution psychiatrique. Les imbrications religieuses et médicales des *toby* et des établissements SALFA révèlent les manques en matière de structures médico-psychiatriques à Madagascar. Le système de santé privé géré par l'Eglise luthérienne à Madagascar compte une dizaine d'hôpitaux et une quarantaine de dispensaires. Les modèles hybrides de diagnostics (établis par un médecin de l'hôpital luthérien et par les bergers du *toby*) vont à la fois institutionnaliser les troubles des malades et leur donner une place reconnue de « malade mental » en prises avec les démons⁵⁰. Le comité exécutif qui assure le fonctionnement des *toby* au sein de l'Église luthérienne malgache est ainsi doté d'un « département santé » composé de médecins et d'infirmiers, « qui sont tous bergers »⁵¹. De plus, la sécularisation et la diffusion de la biomédecine ont contribué, non pas à éradiquer, mais à déplacer les représentations des démons⁵² comme vecteurs de maux. Le diable et les démons se manifestent par des expressions pathologiques⁵³ (crises individuelles, possessions, etc.) qui sont perçues à travers une grille psychiatrique.

« Si l'asile est censé participer pleinement au renouvellement d'une épistémologie médicale présentée comme nécessaire à l'ordre colonial », il permet avant tout de différencier les « fous » et les « normaux »⁵⁴. Claire Mestre a ainsi elle aussi rencontré cette volonté de maintenir un cadre par l'institution hospitalière lors de sa présence au sein de l'hôpital de Toamasina face à une femme qui présente des crises convulsionnaires :

*« Le terme *tromba* prononcé par la major comme un cri de guerre induit aussitôt une stratégie de défense contre cette effraction : l'ordre est rétabli par l'hystérie, et ce diagnostic n'a pas ici pour finalité la meilleure compréhension d'un trouble psychologique, mais l'éradication violente d'un symptôme provocateur de désordre »*⁵⁵.

Or, le discours idéal du mouvement de Réveil établit un principe inverse : les démons étant présents à tous les niveaux de la société, tout individu peut être à leur merci.

⁴⁷ Claire MESTRE, « De la possession à l'hystérie : conversion médicale dans un hôpital malgache », *L'Autre. Cliniques, cultures et sociétés*, 2/3, 2001, p. 495-508.

⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁹ *Sampan'asa loterana momban'ny fahasalamana*. La « branche luthérienne pour les services de santé » est instituée en 1979.

⁵⁰ Olivia LEGRIP-RANDRIAMBELO, « Des démons et des fous... », *op. cit.*

⁵¹ Seth RASOLONDRRAIBE, *Le ministère de "berger" dans les Églises protestantes de Madagascar (de la fin du XIX^e siècle à nos jours). Tensions et compromis entre mouvements de Réveil, institutions protestantes et religions traditionnelles*, Thèse de doctorat en sociologie et en science des religions, École pratique des hautes études, 2010, p. 23.

⁵² Lionel OBADIA, *Satan...*, *op. cit.*, p. 138.

⁵³ *Ibid.*, p. 216.

⁵⁴ Raphaël GALLIEN, « La chair de l'asile... », *op. cit.*

⁵⁵ Claire MESTRE, « De la possession à l'hystérie... », *op. cit.*

La distinction entre « fou » et « censé » est ainsi atténuée au profit d'une distinction entre croyants engagés dans le protestantisme et non-croyants. L'unique interprétation démoniaque des bergers constitue ainsi un moyen subsidiaire de contrôle des manifestations physiques ou psychiques de la souffrance des malades et de leur famille prise en charge au *toby*.

CONCLUSION

Le discours que tient Tantely sur son expérience et son engagement dans le satanisme est marqué par la cure exorciste qu'il est en train de suivre. Avant de pactiser avec le Diable, il a grandi dans le catholicisme. Mais lorsqu'il mentionne les démons qu'il a fréquentés, il utilise le terme « *devoly* » dérivé de l'anglais « *devil* », terme plutôt utilisé par les protestants, alors que les catholiques ont tendance à préférer celui de « *demonia* » construit à partir du français « démon ». L'histoire missionnaire de Madagascar fait que ces différences en matière de terminologie chrétienne sont clairement identifiables. Si les malades et leurs familles recherchent le sens du mal⁵⁶, ils sont aussi attachés au sens de la guérison⁵⁷, et donc aux registres étiologiques et aux pratiques mises en place par les guérisseurs, quel que soit le modèle thérapeutique choisi (biomédical, chrétien ou lié au culte des ancêtres).

La mise en place d'un diagnostic est la condition qui permet un traitement médical ou religieux et donc le passage tenu entre marginalisation et acceptation de maux présentés par les malades comme relevant de la possession (par des démons ou des esprits). La « folie » issue de la possession est ainsi pensée comme un moyen de décrire la causalité et les manifestations corporelles de la maladie par les membres du mouvement de Réveil⁵⁸.

Le partenariat institutionnalisé entre le mouvement de Réveil et les dispensaires ou hôpitaux luthériens ainsi que les discours sur les pactes scellés avec le Diable montrent deux inversions de posture en comparaison avec les principes édictés par Rainisoalambo et les fondateurs du Réveil. Si les bergers ont un temps pallié l'incompétence de la biomédecine face aux phénomènes de possession, les deux systèmes semblent désormais s'articuler sans toutefois se superposer, puisque chacun conserve sa grille de lecture étiologique. Si les possédés devaient initialement être sauvés par l'exorcisme, un cas comme celui de Tantely conduit les religieux à repenser leur démarche, face à un individu ayant fait ouvertement le choix de pactiser avec le diable. Alors que les membres du Réveil allaient individuellement à la rencontre de malades isolés, dorénavant les bergers agissent avec les médecins et les malades qui sont eux-mêmes accompagnés par leur famille. Si bien que les bergers n'ont plus uniquement besoin de recourir à la chasse aux démons avec l'aide de Jésus-Christ, mais revendiquent également la nécessité de s'appuyer sur la biomédecine (consultation, prises médicamenteuses, etc.) dans une prise en charge qui se fait désormais de manière plus collective. L'institutionnalisation de la biomédecine dans les *toby* a ainsi modifié la « structure dramaturgique »⁵⁹ de l'interprétation et des actions des bergers.

⁵⁶ Marc AUGE et Claudine HERZLICH (dir.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris-Montreux, Éditions des Archives Contemporaines, 1994 [1984].

⁵⁷ Fatima Zohra CHERAK, « Possession et ensorcellement comme ‘maladies chroniques’ », *Emulations – Revue de sciences sociales*, n°27, 2019, pp. 97-111.

⁵⁸ Lesley SHARP, « Exorcists, psychiatrists... », *op. cit.*

⁵⁹ Françoise RAISON-JOURDE, *Bible et pouvoir...*, *op. cit.*, p. 790.



Accompagnement d'un malade au SALFA (Photo auteur)

BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE

Absi Pascale, « Le pacte avec le diable », *Journal des anthropologues*, 90-91, 2002, p. 105-120.

Aït Mehdi Gina, et Romain Tiquet, « Introduction au thème. Penser la folie au quotidien », *Politique africaine*, 157/1, 2020, p. 17-38.

Mandressi Rafael, « Les médecins et le diable », *Chrétiens et sociétés*, 13, 2006, DOI : <https://doi.org/10.4000/chretienssocietes.2111>

M'Bokolo Elikia., « Histoire des maladies, histoire et maladie : l'Afrique », Augé M. & Herzlich C. (dir.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris-Montreux, Éditions des Archives Contemporaines, 1994 [1984], p. 155-186.

ÉPIDÉMIES ET QUARANTAINES DANS L’OCÉAN INDIEN OCCIDENTAL. DES ÎLES ENTRE VULNÉRABILITÉ ET ISOLEMENT (SECONDE MOITIÉ DU XIX^e SIÈCLE)

Dominique BOIS
Docteur en Histoire
Université Paris-Diderot

Résumé : Au XIX^e siècle, la modernisation des moyens de transports, ainsi que la traite de main d’œuvre sous des formes diverses ont contribué à intensifier la circulation des épidémies de variole, de choléra, de peste, et à favoriser la propagation du paludisme entre les îles de l’océan Indien occidental. Ces phénomènes s’accélèrent et s’intensifient dans la seconde moitié du siècle. La capacité à gérer les crises sanitaires devient un enjeu politique et un test pour les gouvernements qui, tel celui du Royaume de Madagascar échappent à la mainmise des puissances colonisatrices européennes.

Faute de traitements efficaces, face à la méfiance des populations, l’isolement est la solution la plus souvent retenue. Les épidémies jouent ainsi un rôle paradoxal dans la constitution des identités insulaires : elles manifestent la solidarité de fait des îles entre elles en les inscrivant dans le même espace sanitaire tout en renforçant leur isolement par l’enchâinement des quarantaines.

Mots-clés : Choléra, Comores, épidémie, engagisme, paludisme, peste, lazaret, Madagascar, Mascareignes, océan indien occidentale, quarantaines, vaccin, variole, Seychelles.

Abstract: In the nineteenth century, the modernization of means of transport and the trafficking of labour in various forms intensified the circulation of smallpox, cholera, and plague epidemics. They also promoted the spread of malaria between the islands of the western Indian Ocean. These phenomena accelerated in the second half of the century. The ability to manage health crises is becoming a political issue and a test for governments that, like that of the Kingdom of Madagascar, escape the control of the European colonizing powers.

In the absence of effective treatment, in the face of mistrust of populations, isolation is the solution most often chosen. Epidemics thus have a paradoxical role in the constitution of island identities: they manifest the *de facto* solidarity of the islands with among themselves

by placing them in the same sanitary area while reinforcing their isolation through the chain of quarantines.

Keywords : Cholera, Comoros, coolie trade, epidemic, lazaret, Madagascar, malaria, Mascarenes, plague, quarantines, smallpox, Seychelles. Vaccine, Western Indian Ocean

L'océan Indien occidental est un espace de navigation très anciennement fréquenté¹ ; l'intensification des échanges commerciaux entre les îles et l'Afrique d'une part, ces mêmes îles, l'Asie et l'Europe de l'autre a favorisé la diffusion des épidémies ; soit que des maux propres à une partie de la zone affectent progressivement les autres points (c'est le cas des fièvres paludéennes²), soit que les navires introduisent des maladies ignorées jusque-là dans cette partie de l'océan Indien. La méconnaissance de leurs modes de propagation, l'absence de traitements efficaces et de vaccin (à l'exception de la variole) conduisent les autorités locales à adopter des mesures préventives de quarantaine. En Europe occidentale, celles-ci sont les héritières des mesures d'isolement prises à l'encontre des lépreux au Moyen Age et systématisées à partir du XIV^e siècle dans la lutte contre la peste. Toutefois les quarantaines -contrairement à leurs aînées médiévales- n'isolent pas seulement les malades, mais aussi tous ceux qui sont suspectés de pouvoir le devenir ainsi que les marchandises. Par ailleurs la rétention est limitée dans le temps³.

Dès le XIX^e siècle, l'état sanitaire des îles de l'océan Indien et les épidémies qui les assaillent ont fait l'objet de recherches et de publications relativement nombreuses, soit sous la forme confidentielle de thèses de médecine, soit d'articles dans les revues médicales de l'époque. Elles émanent pour une large part des officiers de santé naviguant sur les navires de guerre qui réunissent les informations relatives à la santé de l'équipage, mais aussi les observations faites dans les ports d'escale. Aux Mascareignes, elles sont le fait de médecins, qui par ailleurs animent les sociétés savantes locales.

Les historiens contemporains se sont emparés du sujet, mais, le plus souvent, en concentrant leurs travaux sur une des îles ou un groupe d'îles tout en abordant généralement que l'une des quatre formes de contagions qui caractérisent la seconde moitié du XIX^e siècle : le paludisme, la variole, le choléra ou la peste. Cet article s'est nourri des recherches menées dans le cadre du séminaire sur l'histoire des sociétés de l'océan Indien occidental animé par Françoise Raison-Jourde à Paris VII-Denis Diderot qui avait envisagé le phénomène épidémique dans sa globalité (incluant la côte orientale de l'Afrique) et son impact sur les sociétés concernées⁴. Nous nous bornerons ici à étudier les assauts incessants qu'ont subis ces îles des années 1850 au retour de la peste vers 1900, avec pour objectif de comprendre comment les épidémies deviennent un élément paradoxal de la constitution des identités insulaires. Elles impliquent une solidarité de fait entre les îles en les inscrivant dans un même espace sanitaire, tout en renforçant leur isolement par les mesures de protection retenues.

¹ Philippe BEAUVARD, *Les Mondes de l'océan Indien*. Paris, Armand Colin, 2012.

² À Maurice, certains médecins admettaient la possibilité de la propagation du paludisme par la contagion : le docteur Reynaud écrit dans la *Gazette des Hôpitaux* du 19 novembre 1867 : « la fièvre intermittente bien qu'elle soit une maladie d'origine infectieuse, est susceptible de se transmettre par voie de contagion ». C'est en 1865-66 que cette île connaît sa première grande épidémie de paludisme.

³ Léon COLIN, « Quarantaines », in Amédée DECHAMBRE (dir.), *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Paris, Masson et Asselin, 1973/3^e série, t1, p 1-170.

⁴ Cf. introduction du numéro.

I) LES ÉPIDÉMIES À L'ASSAUT DES ÎLES.

Cette partie de l'océan Indien se situe entre deux foyers d'endémies : l'Afrique orientale et l'Inde. Tout au long du XIX^e siècle, paludisme, variole et choléra circulent entre les îles avec une fréquence qui s'accélère grâce au développement de la navigation à vapeur dans la seconde moitié du siècle⁵. Dès 1825, le premier navire à vapeur pénètre dans cet espace maritime par le Cap et en 1830, l'ouverture de la ligne Bombay-Suez amène les passagers au bord de la Méditerranée en un mois⁶. Plus rapide, la circulation des hommes et des marchandises s'intensifie avec le développement des grandes compagnies de navigation : en 1842, la *Peninsular Company* qui deviendra la *Peninsular and Oriental Company (P&O)* ouvre la ligne régulière Suez-Calcutta qui se prolonge ensuite vers l'Extrême-Orient. L'inauguration du Canal de Suez, en novembre 1869, réorganise les routes maritimes vers l'Asie. Dès avril 1870, la Compagnie des Messageries impériales (ultérieurement Messageries Maritimes), l'emprunte pour sa ligne d'Extrême Orient. En 1883, elle crée une ligne vers La Réunion et Madagascar, et deux ans plus tard une annexe qui dessert la côte occidentale de la Grande Île⁷. Par ailleurs, des armateurs mascarin s'équipent de navires à vapeur pour commercer avec la Côte orientale de l'Afrique et vers Madagascar⁸. À la fin du siècle, la pandémie de peste, qui envahit la zone, vient conclure cette période d'expansion des épidémies et le « triomphe » des quarantaines.

A. Le paludisme.

Endémique à Madagascar et sur la côte orientale d'Afrique, le paludisme s'étend dans la seconde partie du siècle aux Mascareignes, à Mayotte et aux Comores, îles jusqu-là préservées.

Madagascar doit sa réputation de « tombeau des Européens » aux fièvres paludéennes qui règnent sur les côtes orientale et occidentale. Le docteur Féraud qui servit de 1882 à 1885 à La Réunion, à Sainte-Marie, à Tamatave puis à Diego-Suarez constate : « *Le paludisme règne en maître sur tout le littoral* ». Il en souligne l'universalité : « *Tous les étrangers, note-t-il, quelle que soit leur origine, Européens, créoles de La Réunion ou de Maurice, indiens ou noirs, peuvent être influencés par la malaria. Les indigènes eux-mêmes n'en sont point exempts* »⁹. Les officiers merina qui sont envoyés sur la côte orientale considèrent que cette affection constitue à tout le moins une disgrâce, si ce n'est une condamnation à mort¹⁰. C'est un hématozoaire, le *Plasmodium proecox*, qui est l'agent le plus commun de la maladie. Il a été isolé en 1878 par un médecin militaire français, Laveran, mais l'agent transmetteur, un moustique (l'anophèle), n'a été mis en évidence qu'à la fin du siècle¹¹. Sur les côtes de la Grande Île, l'anophèle le plus fréquent est l'*Anopheles Funestus*¹².

Dans le dernier quart du XIX^e siècle, les Hautes terres centrales, jusque-là épargnées,

⁵ Danielle BARRET : *Les îles de l'océan Indien occidental et le bateau, communication des hommes et des idées à travers les archives de la Compagnie des Messageries maritimes (1864-1920)*, thèse en histoire, Université de Paris VII, 1983.

⁶ Auguste TOUSSAINT *Histoire de l'Océan Indien*. Paris, PUF, 1980, p.78-82.

⁷ Danielle BARRET, *Les îles de l'océan Indien occidental..., op. cit* ; Dominique BOIS, *Vazaha et autochtones sur la côte est de Madagascar, médiation et métissage entre 1854 et 1885*, thèse nouveau régime, Université Paris VII-Denis Diderot, 1996.

⁸ Danielle BARRET, *Les îles de l'océan Indien..., op.cit.*

⁹ Dr FERAUD, *Du Paludisme à Madagascar*, thèse de médecine, Montpellier, imp. Hamelin, 1887, p. 16.

¹⁰ Manassé ESOAVELOMANDROSO, *La province maritime orientale du « Royaume de Madagascar à la fin du XIX^e siècle (1882-1895)*. Tananarive, Foiben-Taosarintanin', 1979, p. 39.

¹¹ Découverte due à Manson (1894), Ross (1897) et Grassi (1898).

¹² Françoise RAISON-JOURDE, *Bible et pouvoir à Madagascar*. Paris, Karthala, 1991, pp. 684-690.

sont atteintes. En 1878, après avoir été ravagées par une épidémie de variole l'année précédente, elles affrontent une offensive paludéenne, vraisemblablement menée par un autre vecteur, l'*Anopheles Gambiae*, dont la diffusion a été favorisée par la désorganisation du travail dans les rizières, provoquée par les corvées au service des grands travaux menés dans la capitale et par la construction massive de bâtiments religieux qui multiplie les fosses d'où on extrait l'argile pour la production des briques. Le Vomizongo, plus en périphérie, compte également 5 000 morts en deux ans, dont 1 500 des 4 000 adhérents des temples¹³.

Jusqu'au milieu du XIX^e siècle, Mayotte, La Réunion ou l'île Maurice sont réputées saines, au point que cette dernière constitue un refuge pour les soldats britanniques stationnés en Inde, alors que La Réunion recueille à Salazie les missionnaires et les traitants de Madagascar qui sont malades.

Mayotte, jusqu'au milieu du siècle, bénéficiait de la même réputation, mais la fin de l'année 1849 et l'année 1850 sont marquées par l'apparition de la fièvre typhoïde. Au terme de cette même année 1850 et au début de l'année 1851 se déclenche l'épidémie de fièvre bilieuse hémorragique qui touche d'abord la garnison et les ouvriers envoyés de France. Gelineau, chirurgien de marine arrivé en 1851, incrimine les travaux entrepris en 1849-1850 pour construire un nouvel hôpital et les maisons destinées aux officiers (« sur un ancien cimetière ») et les terrassements entrepris pour édifier une digue sur un ancien champ de bataille¹⁴. Le paludisme s'implante durablement sans doute puisque Cérisier, médecin à bord du navire de guerre l'*Hermione*, qui visite l'île au début des années 1860, évoque « l'Insalubrité proverbiale » de Mayotte, la fréquence des affections paludéennes et de leur cortège de complications qui y sévissent¹⁵. Le docteur Blin écrit en 1905 que le paludisme existe à l'état endémique dans toutes les îles de l'archipel, mais que c'est surtout à Mayotte qu'il sévit avec le plus d'intensité¹⁶.

Le paludisme prit à Maurice une forme épidémique à partir de 1866-67. Il avait été précédé de flambées de fièvres en 1858-1859 et en 1862. En novembre 1865, la maladie se répandit sur la côte ouest dans les camps des plantations. Au cours de l'année 1866, elle se propagea jusqu'au mois de juillet sans qu'on puisse clairement l'identifier. Ce n'est que lorsqu'elle reprit en janvier 1867 qu'on employa le terme d'épidémie pour la qualifier. Enfin, en février, les patentes délivrées aux navires cessèrent d'être déclarées nettes¹⁷, et ce jusqu'au mois de mai¹⁸. L'épidémie se maintint néanmoins, mais avec moins de virulence au début de 1868¹⁹. Elle fit en l'espace de quelques mois 22 000 victimes à Port-Louis, sur une population de 75 000 personnes. Au total, elle provoqua 72 659 décès parmi les 309 653 habitants de Maurice, soit 23,4% de la population totale²⁰. En 1867, l'administration avait ouvert onze hôpitaux. À la fin de la crise, toute l'île est impaludée, à l'exception des zones élevées du centre²¹. Cette épidémie entraîna un exode définitif d'une partie des Port-Louisiens vers le plateau des Plaines Wilhems et les régions plus élevées et plus saines du

¹³ Ibid.

¹⁴ Jean-Baptiste-Edouard GELINEAU, *Aperçu médical sur l'Île Mayotte*, Thèse, Montpellier, 1858, p.16.

¹⁵ A. CÉRISIER, *Souvenirs médicaux d'une campagne sur les côtes de Madagascar en 1861, 1862, 1863 et 1864*. Faculté de médecine, 1866, p. 28.

¹⁶ Dr BLIN, *Le paludisme à Mayotte*, Annales d'Hygiène et de Médecine coloniales, tome VIII, 1905, p 161-165.

¹⁷ La patente est une déclaration concernant l'état sanitaire dans la ville portuaire d'où provient le navire. Elle est dite nette, lorsqu'elle atteste que le bâtiment est sorti exempt de maladie, dans le cas contraire la patente est chargée.

¹⁸ Paul MERCURIN, *Relation médicale d'un hivernage à l'île Maurice (1866-1867)*, thèse de médecine n° 51 Montpellier, 1868, p. 27.

¹⁹ J. JULVEZ, J. MOUCHET, C. RAGAVOODOO, « Épidémiologie historique du paludisme dans l'archipel des Mascareignes (océan Indien) », in *Annales de la société belge de médecine tropicale*, 1990/70, p. 251.

²⁰ François Paul MAZOURIC, *Considérations cliniques sur l'épidémie de Maurice*, thèse, Montpellier 1869.

²¹ A. D. NICOLAS, « Épidémie de Maurice, revue critique, (suite et fin) », *Archives de médecine navale*, 1870 (n°13), pp. 274, 277.

centre de l'île, amorçant ainsi le déclin de la ville portuaire²².

À La Réunion, une épidémie analogue se développa à partir de 1865²³ : après un épisode de « fièvre de Bombay »²⁴, au nord et au nord-est de l'île, le paludisme prit de l'ampleur en février 1869 et se poursuivit jusqu'en avril. Il reprit en 1870 à la même période. Dans les deux îles, on incrimine le déboisement qui est provoqué par l'extension de la culture de la canne à sucre. Pour le docteur Mac Auliffe, la cause déterminante réside plutôt dans l'arrivée en décembre 1864 à La Réunion d'un convoi d'immigrants qui venaient de Calcutta sur le navire *Eastern Empire*²⁵. Le paludisme progresse lentement sur l'ensemble du territoire. Au tournant du siècle, il se manifeste dans les grands cirques de l'intérieur : la fièvre est signalée à Salazie, sur le plateau de Hell-Bourg (911 mètres), et dans le cirque de Cilaos, à 1200 mètres autour des mares.

Comme à Madagascar, il s'agit d'un fléau saisonnier dont on ignore alors l'origine et le mode de transmission. La théorie des miasmes fétides porte l'attention du corps médical vers les phénomènes météorologiques (alternance des pluies et de sécheresse, direction des vents...), écologiques (le déboisement massif à Maurice provoqué par l'extension de la culture de la canne à sucre), ou encore sur les effets des travaux de terrassement (à Mayotte, à Maurice, avec la construction du chemin de fer, ou des temples sur les Hautes Terres centrales de Madagascar)²⁶.

B. La variole

La variole²⁷ ravagea l'île Bourbon de 1728 à 1729 et « mit l'île à deux doigts de sa perte²⁸ ». Entre 1757 et 1759, elle frappe encore, surtout la population des esclaves. Elle touche à nouveau cette île en 1828. En 1850-1852, elle y atteignit un douzième des habitants et causa 1413 décès. Elle fit de brèves apparitions, moins graves, entre 1858-1860, et en 1867. Elle se manifesta à nouveau en 1894 et en 1895²⁹.

L'Île de France (Maurice) fut atteinte en 1756, et dès 1792, elle y a entraîné la mise en place de mesures d'isolement. Dans la seconde moitié du XIX^e siècle, venue d'Afrique orientale, elle se manifesta à Zanzibar en septembre 1858 avant d'aborder, par ce port et par le Mozambique, Nosy Be en 1859, puis Bourbon. Elle est signalée à Mayotte en 1854 et y fait ensuite des incursions ponctuelles jusqu'à l'épidémie de 1897-1898 qui faucha 2300 de ses 12 000 habitants³⁰. Elle se manifesta aux Comores en 1858-1859, en 1863 et en 1865,

²² Auguste TOUSSAINT, *Port-Louis, deux siècles d'histoire*. Port-Louis, Vizavi, 2013, p. 406 (1^{re} édition Typographie moderne, 1936).

²³ Si l'épidémie se déroule à la même époque qu'à Maurice, il n'y a cependant aucun lien avéré entre les deux.

²⁴ L'identification de la « fièvre de Bombay » est l'objet de controverses entre médecins des Mascareignes. En résumé, il s'agit d'une fièvre souvent grave accompagnée d'un ictere, résistant à la quinine, quelques fois récidivant, suivie d'une convalescence qui rappelle celle de la typhoïde et sévissant principalement chez les Indiens (*cf.* A. D. NICOLAS, « Épidémie de Maurice... », *op. cit.*, p. 272).

²⁵ Dr. BONNETTE, « Le paludisme à l'Île de La Réunion », *Annales de Médecine et d'Hygiène coloniales*, Tome VIII, 1905, pp. 483-486

²⁶ On se réfère alors aux grands travaux parisiens, percement des grands boulevards et de la rue de Rivoli qui ont aussi occasionné des cas de fièvres.

²⁷ Les indications chronologiques concernant les épidémies de variole et de choléra proviennent sauf indications contraires de Pascale LANDRAIN, *Épidémies dans l'océan Indien occidental au XIX^e siècle*, mémoire de DEA soutenu à Paris VII, 1993.

²⁸ LAFFONT, « Fonctionnement du Laboratoire de Saint-Denis de La Réunion de 1900 à 1906 », *Annales de médecine et de pharmacie coloniale*, 1907/10, p.533.

²⁹ *Ibid.* Elle provoqua de 800 à 900 décès.

³⁰ Dr. BLIN, « Variole et vaccination à Mayotte », *Annales d'Hygiène et de Médecine coloniales*, 1905/8, pp. 418-423.

mais elle y était certainement déjà établie d'une façon endémique avant³¹.

Si on ignore la date précise de l'apparition de la variole à Madagascar, on sait qu'elle y est présente au XVIII^e siècle : Mayeur la rencontre chez les Tanala en 1777³² et en 1808, sur sa côte occidentale, le port de Majunga est décimé par une épidémie de petite vérole qui fait disparaître les deux tiers de la population et qui provoqua l'interruption de la traite arabe des esclaves³³. Elle était sans doute la maladie la plus redoutée et la plus meurtrière en Imerina³⁴, alors relativement épargnée par le paludisme. Sa présence est avérée sur les Hautes Terres centrales sous le règne d'Andrianampoinimerina (1787-1810). Ce souverain avait proclamé des prescriptions contre cette maladie et avait imposé à ses sujets des mesures de confinement, confirmées par Ranavalona 1^{ère} (1828-1861). Le pouvoir assigne aux malades les endroits où ils devaient séjourner, différents selon le groupe social auquel ils appartenaient : nobles, hommes libres, esclaves³⁵. L'isolement touchait également les morts : ils devaient être enterrés dans les lieux où ils avaient été soignés et leurs corps ne pouvaient être déplacés (et par conséquent être déposés dans le tombeau familial). La maladie est ensuite présente à l'état endémique³⁶. On relève d'importantes épidémies dans la seconde moitié du XIX^e siècle, en 1864 et 1869 notamment³⁷. En 1873, elle est détectée à Sainte-Marie³⁸. La Côte tente alors de se prémunir par des barrières de quarantaine³⁹.

Cependant, l'épidémie la plus importante de celles qui ravagèrent la Grande Île fut sans doute celle qui débuta en 1874 à Majunga et qui toucha la plupart des régions jusqu'en 1877. Elle dévasta d'abord la côte nord-ouest qu'elle avait déjà parcourue en 1870 puis pénétra dans l'intérieur par Majunga, Marovoay, la Betsiboka et la côte nord-est. Vohemar est touchée en novembre 1875, Antongil en janvier 1876 et elle parvint à Tamatave à la fin du mois de juillet. Bien que la route menant vers Tananarive ait été alors fermée, elle remonta vers la capitale en 1876-1877. Celle-ci fut cependant épargnée ainsi que sa banlieue. Elle redescendit vers le Betsileo et atteignit Fianarantsoa. L'épidémie avait suivi les grands chemins du portage⁴⁰. À Tamatave, l'épidémie connut son apogée en novembre 1876 et déclina ensuite, même si en janvier 1877 un bateau en provenance de Vohemar y aborda avec des malades à bord. Mais en mars de la même année, la variole était toujours présente à Vatomandry, Mahanoro et aux alentours de Tamatave. En juin, alors même qu'elle avait perdu la plus grande partie de son agressivité, se tint dans cette ville un grand *kabary*⁴¹ réunissant plusieurs milliers de personnes à la Batterie⁴². À cette occasion, les foules venues de l'intérieur réintroduisirent la variole en ville. Les conséquences de

³¹ *Ibid.* Mais sans doute pas à la Grande Comore, où la porosité du substrat volcanique interdit la constitution d'un réseau hydrographique superficiel.

³² Françoise RAISON-JOURDE, *Bible et pouvoir...*, *op. cit.* p. 678 et sq.

³³ Jean-Claude HEBERT, (2000) : *Une expédition de traite manquée en 1808 à Rangazavaka (Mahela) et la reprise de la traite à Mahéla (fin 1808-1809)* in Ignace RAKOTO (dir.), *La route des esclaves, système servile et traite dans l'est de l'océan Indien*. Paris, L'Harmattan, 2000, pp. 91-118.

³⁴ Région des Hautes Terres centrales, cœur du Royaume merina où se trouve sa capitale, Tananarive.

³⁵ Ces lieux étaient signalés par des poteaux blancs ; quiconque franchissait ces limites était menacé de la réduction en esclavage.

³⁶ En 1861, Wilkinson découvre lors d'un séjour à Ivondro, village proche de Tamatave, que la variole fait de graves incursions dans la population, spécialement à la saison chaude.

³⁷ Dr CLARAC « Prophylaxie de la variole sous les rois malgaches jusqu'à l'occupation française (contribution à l'étude de la médecine dans les colonies françaises) », *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, 1904/7, p. 20.

³⁸ Île située au nord de Tamatave et administrée par les Français.

³⁹ *Commercial Gazette*, 14 février 1873.

⁴⁰ Françoise RAISON-JOURDE, *Bible et pouvoir...*, *op. cit.* pp. 681-683.

⁴¹ Les *kabary* sont des discours publics prononcés par les représentants du pouvoir devant l'assemblée des sujets. Ces derniers sont amenés à manifester leur adhésion aux décisions officielles qui leur sont annoncées.

⁴² Fort où réside le gouverneur et sa garnison, représentants du souverain merina qui contrôle les populations de la côte.

l'épidémie furent considérables : les villages furent désertés ; faute de main-d'œuvre les récoltes de riz étaient abandonnées à la putréfaction dans les champs et les assemblées de chrétiens se dispersèrent. Des cadavres étaient même laissés sur place sans sépulture. La panique poussait à bannir les malades dans les bois où on les laissait mourir⁴³. Les traitants de Tamatave estimèrent les décès à 300 000 personnes. Le pasteur Davidson a dressé, le 15 décembre 1876, son propre bilan de l'épidémie sur la côte : plus modeste, il estime le nombre de personnes décédées de 1 800 à 2 000 (mais sans doute s'agit-il uniquement de Tamatave et de ses environs immédiats)⁴⁴. Les villes semblent particulièrement frappées. Majunga a perdu un quart de sa population d'après le gouverneur. Au-delà de ce bilan humain, les conséquences économiques et politiques sont importantes. Le commerce s'effondre : les importations en provenance de La Réunion qui s'élevaient à 142 664 £ en 1874 passent à 86 609 £ en 1876 et tombent à 59 680 £ en 1877. Le port de Tamatave perd une partie de son trafic au profit de celui de Majunga, sur la côte occidentale. La main-d'œuvre se met à manquer durablement. La corvée et les réquisitions effectuées par les officiers merina deviennent alors un des sujets de confrontation avec les traitants étrangers, dépossédés de leurs travailleurs.

Pourtant, dès le début de l'épidémie, le gouvernement du royaume avait pris des mesures calquées sur celles envisagées aux Mascareignes : suspension des communications entre le port de Tamatave et ces dernières, établissement d'un double cordon sanitaire sur la route conduisant à la capitale, à l'entrée et à la sortie de la forêt. Seul le service postal continuait de fonctionner, mais très mal⁴⁵. Cependant, ces mesures sont mal appliquées et les étrangers incriminent l'ignorance et la vénalité des officiers. Par ailleurs, on remarque que les mouvements incessants de la population sur ordre même du gouvernement se poursuivent. La promiscuité de la vie dans les cases et l'hygiène très relative qui y règne, selon les missionnaires, favorisent la contamination. Surtout, à l'encontre de ce qui s'est passé en Imerina, la vaccination ne s'est pas développée sur le littoral, sauf au sein des minorités d'origine étrangère et sans doute chez les familles de métis⁴⁶. En 1889, à nouveau, la variole fait son apparition à Tamatave. Toutefois ses effets semblent cette fois très limités⁴⁷. Les consuls se réunissent et présentent des avis au gouverneur merina qui conserve la responsabilité des décisions prises⁴⁸. Elle frappe alors les indigènes, les créoles de Bourbon et de Maurice⁴⁹. Au tournant du siècle, la variole régresse sur la Grande île. Le docteur Clarac repère la dernière épidémie de variole en 1892, cette dernière atteignant également La Réunion en 1898-1899, causant encore de nombreux décès en Imerina⁵⁰.

C. Le choléra

C'est la maladie du siècle. Selon des hypothèses récentes, elle serait née d'une mutation génétique d'un vibron en Inde aux alentours de 1800 et aurait rapidement pris un

⁴³ Deux missionnaires protestants (Jukes et Lord, 1877) les énumèrent dans le volume de *L'Antananarivo Annual* de 1877.

⁴⁴ Il tente même une évaluation plus fine pour la ville : sur 21 familles contaminées et demeurées sans soins il y eut 69 malades : parmi eux on comptait 33 décès, 29 convalescents et 7 toujours malades (à la date du 15 décembre 1876).

⁴⁵ Laborde dans une lettre au ministre (*cf. A.E. C.p. 26 octobre 1876*) raconte que les officiers qui gardent la route étant illétrés, il leur arrive de réexpédier les colis vers leur lieu de départ.

⁴⁶ Comme la famille Philibert, déjà citée. Sur le rôle du métissage dans la société tamatavienne, voir Dominique BOIS, *Vazaha et autochtones..., op. cit.*

⁴⁷ Cf. infra.

⁴⁸ Madagascar est alors devenu un protectorat français officieux. Le gouverneur choisit le docteur d'Ennery le 18 septembre pour inspecter les navires, (*cf. Archives nationales d'Outre-mer (ANOM), 3Z 73*).

⁴⁹ *Histoire de la Mission de Tamatave*, tome 2. Tananarive, Lacomme A.H.A.

⁵⁰ Dr. CLARAC, « Épidémie de variole à Madagascar, la vaccine à Madagascar », *Annales de Médecine et d'Hygiène coloniale*, 1904/7, pp. 434-445.

caractère pandémique⁵¹.

La première vague naît au Bengale en 1817. Dès 1819-1820, elle touche Zanzibar avant d'aborder Madagascar par Nosy Be. Elle se dirige ensuite à travers le nord de la Grande Île, jusqu'à Tamatave et vers l'Île Bourbon où seule Saint-Denis est touchée ; les Dionysiens s'empressent de fuir la ville. À la même époque, l'Île de France semble avoir été directement contaminée par un navire en provenance de Calcutta. À Bourbon, 278 personnes auraient contracté la maladie, entraînant le décès de 203 d'entre elles, alors que l'Île de France aurait perdu 10 000 habitants. Lors de la troisième pandémie (1840-1860), le choléra frappe à nouveau les Mascareignes en 1854, mais alors que les décisions énergiques prises par le gouverneur Hubert Delisle préservent La Réunion, Maurice compte 7 650 victimes⁵².

En 1859, descendu de l'intérieur de l'Afrique orientale le long des routes du portage, le choléra aborde par bateau les Comores et Madagascar et aboutit aux Mascareignes. Le 6 mars débarquent à La Réunion les 343 engagés du *Mascareignes*⁵³. Ce bâtiment avait quitté Kilwa, sur la côte africaine, le 16 janvier. Alors que le choléra y sévissait, le capitaine et son subrécargue y avaient recruté des engagés. C'est pendant la période d'observation prévue par les règlements de la colonie que fut enregistré le premier cas mortel de la maladie. Le débarquement des engagés a pourtant lieu et contamine tout d'abord Saint-Denis. Le 16, tous les immigrants sont répartis sur les différentes propriétés sucrières, sauf une quinzaine d'entre eux qui, officiellement atteints de « dysenterie », sont envoyés à l'hospice civil. L'épidémie éclate ensuite dans différents points de l'île. Cependant les autorités tentent de minimiser la situation. Ainsi, ne peut-on lire dans le *Moniteur* du 22 mars que de simples recommandations quant à la salubrité de l'eau. Le *Colon*, de son côté, estime que « *l'on a tort de s'effrayer, de se laisser dominer par un sentiment de crainte exagérée dont les conséquences peuvent être plus funestes que le mal lui-même* ». En dépit des mesures prises par les autorités municipales, l'épidémie gagne le centre de la ville, ce qui déclenche une terreur panique. À partir de Saint-Denis, ce sont les engagés du *Mascareignes* dans leur cheminement vers les plantations, les « noirs » qui font la navette entre celles-ci et les villes pour le compte de leurs maîtres, et la fuite massive des habitants de Saint-Denis qui expliquent la diffusion de l'épidémie à l'intérieur de l'île où les habitations (plantations sucrières) deviennent autant de foyers de dispersion. Simultanément, les villes du littoral sont contaminées par le cabotage.

L'épidémie s'éteint doucement en mai. Elle s'achève officiellement le 2 juin, ayant fait plus de deux mille morts, Saint-Denis totalisant la moitié des décès. Mais Maurice est éprouvée bien davantage : en moins de six années, elle subit trois assauts, en 1854, 1856 et 1859. Les pertes humaines y sont bien plus importantes qu'à La Réunion. En 1854, l'île a perdu 7 650 cholériques, soit 4,21 % de la population totale, alors de 180 000 personnes. En 1856, le nombre des décès a été moindre avec 3 254 personnes touchées.

En 1862, une frégate en provenance de Maurice réintroduit la maladie à Anjouan où elle décime la population⁵⁴. Dix ans plus tard débute l'épidémie de choléra la plus étendue

⁵¹ Mirko D. GRMEK, *Histoire de la pensée médicale en Occident*, t 3. Paris : Le Seuil, 1999, p. 279.

⁵² Pour la chronologie, NICOLAS, A.D (1870) *Épidémie de Maurice, revue critique*, (suite et fin) Archives de médecine navale, n° 13 p 213-225 ; 258-313

⁵³ L. A. PETIT, 1^{er} médecin chef de la marine : *Mémoire sur l'épidémie de cholera morbus qui a régné à La Réunion en 1859* Revue Maritime 1861 p. 541-567. Jehanne-Emmanuelle MONNIER, Céline Ramsamy-GIANCONE, *Soigner, prier, s'adapter : La Réunion face au choléra de 1859*. Saint-Denis, Université de La Réunion, Presses Indianocéaniques, 2020, 192 p.

⁵⁴ Alfred Louis Zacharie GRENET, *Souvenirs médicaux de quatre années à Mayotte du 1^{er} juillet 1861 au 30 juin 1865*, Montpellier, 1866.

de ce siècle. Elle ravage tout d'abord les routes du portage de l'Afrique orientale et se répand par la suite aux Comores, à Madagascar et touche les Mascareignes en 1870.

II) LES QUARANTAINES ET LA LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES

La seconde vague épidémique du choléra en Europe a mis en évidence le rôle des communications internationales et des transports maritimes en particulier : le développement de la marine à vapeur en Méditerranée a contribué à l'accélération de la circulation des virus. Ce qui nécessite un minimum de règles communes entre États. En 1838, un Conseil sanitaire international se réunit à Constantinople dans le but de coordonner les mesures de protection frontalière contre les épidémies. En 1851, douze pays participent à une conférence internationale à Paris dont les délégations se composent de médecins et de consuls. Elle établit la première réglementation sanitaire internationale en adoptant un projet de convention et un projet de règlement sanitaire international concernant les épidémies de choléra, de peste et de fièvre jaune. Il impose aux signataires des quarantaines contre deux de ces maladies⁵⁵. La Conférence de Paris en 1894, à la suite des 30 000 morts lors du pèlerinage à La Mecque de l'année précédente, recommande l'installation de lazarets en Égypte (Port Saïd, Suez, Alexandrie) et dans le Sinaï. Celle de 1903, encore à Paris, procède à la révision des mesures de quarantaines concernant le choléra et la peste. Cette politique de relégation mobilise un certain nombre d'instruments, cordons et camps sanitaires et surtout un lieu d'isolement : le lazaret, devenu un élément particulièrement important au XVIII^e siècle (on le nomme alors « le tombeau de la peste »). Placé sous la direction d'un bureau de santé, il est implanté de préférence à proximité de la ville, dans un lieu isolé et peu accessible, sauf par la mer, mais doté de ressources en eau⁵⁶.

Dans l'océan Indien occidental, faute de connaissances réelles sur les épidémies, leur mode de propagation et du manque de moyens pour les combattre, la pratique de l'isolement est ancienne. À l'île Maurice, la première épidémie de choléra apparaît en 1819 et frappe les esprits au point que les Mauriciens obtiennent du Gouverneur un système de quarantaines des plus contraignant, car c'était par le vaisseau anglais *Topaze* que la maladie avait été introduite⁵⁷. À La Réunion un lazaret précaire est installé à la Ravine à Jacques depuis la fin du XVIII^e siècle⁵⁸ ; le bâtiment est construit en 1827. À la suite des accords passés avec la Grande-Bretagne organisant le recrutement de milliers d'engagés indiens⁵⁹, on décide en 1860 de la construction d'un nouveau lazaret finalement localisé à la Grande Chaloupe qui n'est toujours pas terminé en 1863, bien que déjà en service⁶⁰.

De 1860 à 1893, aux Mascareignes et aux Seychelles, la lutte principalement menée contre la variole et le choléra aboutit à l'instauration d'une politique d'isolement qui s'efforce d'être drastique.

A. Les enjeux politiques des quarantaines à Madagascar

Dans ce dispositif sécuritaire, Madagascar, par son immensité et son indépendance politique vis-à-vis des puissances coloniales européennes, fait figure de maillon faible.

⁵⁵ Mirko D. GRMEK, *Histoire de la pensée médicale...*, op. cit., p. 278.

⁵⁶ Léon COLIN, « Quarantaines »... op. cit.

⁵⁷ Patrick BEATON, *Creoles and coolies, Five years in Mauritius*, Londres, J. Nisbet, 1859.

⁵⁸ Michèle MARIMOUTOU-OBERLE, « Le lazaret de la Grande Chaloupe : creuset d'un nouveau monde ? », *Revue Historique de l'océan Indien*, 2009 (n°5), p. 418.

⁵⁹ Le 25 juillet 1860, complétée par une convention permet l'immigration illimitée d'une main d'œuvre indienne à La Réunion et aux Antilles, signée le 1^{er} juillet 1861.

⁶⁰ Virginie CHAILLOU, *De l'Inde à La Réunion, Histoire d'une transition, l'épreuve du lazaret 1860-1882*. Saint-André, Océan Edition, 2002, pp. 81-103.

L'efficacité des efforts menés par l'État merina sont aux yeux des Européens l'un des tests qui permettent de faire la démonstration de ses limites ; en somme de mesurer l'écart qui sépare le Royaume de Madagascar de la grande famille des « États policiés ». Tout comme les fièvres paludéennes figurent la manifestation spécifique de l'exotisme malgache (par ailleurs dépourvu d'animaux ou de « peuplades féroces »), les ravages des épidémies deviennent les symptômes de l'archaïsme de son organisation politique.

À la différence des formes de relégations pratiquées en Imerina depuis Andrianampoinimerina, qui touchent les malades, la quarantaine s'exerce d'abord à l'encontre des étrangers, en transit, ou cherchant à s'installer provisoirement ou définitivement dans la communauté. En ce sens, elle met en cause ce domaine éminemment névralgique que constituent les relations des sociétés insulaires avec l'extérieur. Elle les interroge quant à leur identité, mais elle affecte également les relations économiques engagées avec les autres régions de la zone, ou avec d'autres parties du monde. Dans l'océan Indien occidental, les quarantaines sont certainement des pratiques anciennes, mais ce n'est sans doute pas avant la seconde moitié du XIX^e siècle qu'elles reçoivent une organisation pérenne. Celle-ci articule la mise en place d'une réglementation spécifique (sur les patentess de santé, par exemple, qui à Tamatave sont délivrées par les consuls étrangers) avec des infrastructures garantes de son exécution (organisation des lazarets, mise en place de matériel de désinfection). Les lazarets se localisent de préférence sur des îlots plus ou moins proches des ports. La Réunion constitue à cet égard une exception. L'espace de relégation se complexifie et se hiérarchise car il doit accueillir des voyageurs dont les origines sociales, ethniques diffèrent et dont les statuts face à la maladie évoluent.

Mais, pour être efficace, le dispositif se doit d'être parfaitement étanche. Or ce n'est pas le cas, les deux îles des Mascareignes entretenant des rapports commerciaux de plus en plus suivis avec Madagascar. Cette dernière peut jouer un rôle de relais dans la transmission des épidémies, d'autant plus redoutable que les liaisons entre les Mascareignes et la Grande Île sont à certaines périodes de l'année, très rapide, même pour la marine à voile – c'est ce que rappelle en 1862, un journal réunionnais⁶¹. Ce n'est pas seulement la faiblesse de l'administration malgache qui fait problème, c'est également la déficience des équipements : faute de lazaret, la période d'isolement se déroule à bord des navires. Ainsi le navire de guerre le *Prigent* se trouva-t-il exposé en rade de Fénérive en 1865 à cause du cordon sanitaire établi par les habitants⁶².

Les Malgaches, mais plus encore les étrangers résidant sur la côte, sont sensibles tout autant qu'en Europe ou aux Mascareignes au problème de la contamination des villes portuaires⁶³. En 1854 déjà, William Ellis, missionnaire de la London Missionary Society, de retour à Madagascar, a dû renoncer à monter à la Capitale en raison de l'épidémie de choléra qui régnait à Maurice⁶⁴. Seule l'Imerina, où séjourne la Reine, semblait alors digne de protection. La mise en place d'une quarantaine au port de Tamatave devient l'objet d'un débat au début des années soixante. Celui-ci montre dans sa forme et son fond les nouveautés et les ambiguïtés de la société tamatavienne au début du règne de Radama II.

⁶¹ *Journal du Commerce*, 20 juin 1862.

⁶² Archives de Lorient, 4C⁵4, Saint-Denis, 9 décembre 1865 : « Ce ne fut que le lendemain matin que je pus m'assurer que la frayeur des habitants de Fénérive avait du choléra qui commençait à régner en Europe, les poussait à faire mouiller les bâtiments arrivant sous le vent des autres navires afin d'établir leur cordon sanitaire sans s'inquiéter de la sécurité du mouillage. »

⁶³ L'inquiétude des autorités est même plus large puisqu'en avril 1866, elles défendent l'importation d'animaux en provenance de l'extérieur à Tamatave en raison de l'épidiootie qui touche l'Europe.

⁶⁴ William ELLIS, *Three Visits to Madagascar during the years 1853-1854-1856, including a journey to the Capital*. Londres, J. Murray, 1859.

Le *kabary* qui se tient le 10 février 1862 chez le gouverneur, a la forme d'un dialogue entre officiers et étrangers : il ne s'agit pas d'une de ces séances où le pouvoir énonce la loi à un public attentif et soumis, mais de décider si l'on doit autoriser les contacts avec le *Walter Scott*, navire en provenance de Maurice où sévit le choléra. Plusieurs personnes insistent pour qu'il n'y ait aucun contact avec le *Walter Scott* jusqu'à ce que la décision du roi soit connue⁶⁵. Ainsi, sur la pression des étrangers, le gouverneur s'émancipe et prend des initiatives, anticipant les ordres royaux. Les autorités acceptent d'envoyer un canot de vivres frais au navire. Elles organisent des patrouilles la nuit, le long de la plage, pour empêcher un débarquement à la sauvette. En vain d'ailleurs, puisque le lendemain deux passagers se promènent en ville. Le gouverneur interdit alors à nouveau toute communication avec le navire « *mais seulement pour se rendre aux vœux de la majorité des étrangers... [lesquels], surtout les Mauriciens qui ont une peur héréditaire du choléra, ont menacé de rapporter toute l'affaire au roi.* » Dans cette affaire, ce sont les étrangers qui font pression sur les autorités pour que la quarantaine soit appliquée, les réticences du gouverneur se trouvant justifiées par les ordres royaux qui parviennent au début du mois de mars interdisant que les vaisseaux de Maurice y soient soumis. Wilkinson note alors dans son journal, *Le Commercial gazette*, publié à Maurice : « *le roi semble n'avoir aucune peur du choléra qui aura probablement du mal à escalader les collines et les rochers qui entourent la capitale.* » En fait se retrouvent, transposés localement, les termes du débat qui règne alors en Europe et à Maurice, quant aux mesures à adopter pour éviter la propagation du mal. Le roi, soucieux d'ouvrir le pays au commerce avec l'extérieur, voit dans la quarantaine une entrave, adoptant une attitude libre-échangiste. Il est en revanche plus original de voir une bonne partie des commerçants du port s'ériger en avocats de la quarantaine⁶⁶. La crainte extrême que ces derniers manifestent à l'égard de la contagion se mesure à la solidarité partielle qu'ils parviennent à construire face aux autorités peu empressées ou inefficaces, alors qu'ils n'ont, par exemple, jamais réussi à instaurer un service de pompiers, un projet pourtant si souvent évoqué dans cette ville régulièrement ravagée par les incendies.

La quarantaine fait à nouveau l'objet d'un débat public en 1889 sous la menace d'une épidémie de variole. À cette date la situation politique de Madagascar a considérablement évolué : la première guerre franco-merina a accru considérablement le poids de la France dans le pays et principalement sur la côte où les étrangers sont de plus en plus nombreux. Les décisions concernant la prévention des épidémies représentent un enjeu plus net. Mais le jeu s'est complexifié : aux rivalités entre autorités malgaches et étrangères, à celles qui opposent les consuls étrangers entre eux, s'ajoutent désormais les pressions contradictoires des compagnies de transports maritimes⁶⁷ et des commerçants. La situation de cette année 1889 est d'autant plus significative, que la variole touche simultanément Madagascar et Maurice.

Le 24 juin, un premier cas de variole se déclare à la prison de Tamatave, mais il est signalé comme bénin, et l'épidémie ne semble pas connaître un grand développement. Le gouverneur de Tamatave signale au résident français quatre cas à une date inconnue – ils ont été isolés. Tous les matins, la police visite les maisons et tout individu reconnu malade doit être immédiatement transporté loin de la ville, tandis que les vêtements des malades doivent être brûlés⁶⁸. La communauté étrangère elle aussi s'organise : le docteur d'Ennery

⁶⁵ *Commercial Gazette*, 13 mars 1862.

⁶⁶ François DELAPORTE, *Le savoir de la maladie, essai sur le Choléra de 1832 à Paris*, Paris, PUF, 1990. En 1889, cependant, les commerçants tamataviens reviennent à une position plus classique. (*Cf. infra*).

⁶⁷ En l'occurrence, il s'agit de la Compagnie des Messageries Maritimes.

⁶⁸ Convergence des attitudes : l'isolement des malades en dehors des villes ou des villages est une tradition ancienne des hauts plateaux ; mais c'est également ce que conseillait le Résident général à Tananarive, faute de

vaccine gratuitement toutes les personnes qui le désirent et le Résident français Jore se plaît à signaler que de nombreux Malgaches ont eu recours à ses services⁶⁹. Le 24 août, les risques d'épidémies semblent contenus, selon les renseignements fournis par le gouverneur, même si le docteur déclare avoir encore découvert deux cas à la fin du mois. L'épidémie a donc été bénigne et l'on espère à Tamatave pouvoir communiquer normalement avec le paquebot de La Réunion annoncé pour le 26 septembre. Mais à cette date, le *Mendoza* arrive avec une patente chargée : à Maurice le 23 septembre, neuf personnes étaient atteintes de la variole et un autre cas s'était déclaré à La Réunion⁷⁰. Le docteur d'Ennery, médecin sanitaire du gouvernement malgache, met immédiatement le navire en quarantaine. Mais le capitaine du navire et les Messageries Maritimes protestent arguant du fait qu'il n'y a pas de lazaret à Tamatave et qu'il faudrait donc conduire ses passagers jusqu'à Zanzibar. Finalement, ces derniers débarquent le 28 septembre avec l'assentiment du Gouverneur qui manifeste l'intention de les faire conduire, en suivant la plage, jusqu'à la Pointe Tanio, (en périphérie de la ville). Mais il y renonce finalement⁷¹. En dépit des efforts de la police merina les passagers se répandent alors dans la ville⁷².

Cependant derrière ce mouvement de résistance, les arrière-pensées diplomatiques se multiplient. Aux yeux des autorités françaises, il s'agit d'évaluer d'une façon critique les capacités de l'administration malgache :

*« Je communique au gouverneur de Tamatave tous les renseignements qui me paraissent toucher la santé publique. Mais je me garde bien d'intervenir dans la délicate question des quarantaines, je laisse à l'autorité locale toute la responsabilité des mesures sanitaires qu'elle juge à propos de prendre, mais quelle n'a le plus souvent ni les moyens ni l'énergie de faire respecter »*⁷³.

C'est ainsi que l'absence de lazaret disqualifie Madagascar et l'exclue des « nations civilisées » et rend même suspecte sa volonté de se protéger des épidémies. Bompard⁷⁴, consulté sur l'affaire du *Mendoza* répond en ces termes à Jore :

*« Bien que le droit international laisse à chaque état toute latitude pour prendre les mesures sanitaires qui lui paraissent convenables, certains usages se sont universellement établis qui ont pour ainsi dire force de loi. En aucun port régulièrement ouvert au commerce européen on ne repousse les voyageurs provenant de pays suspects ni même contaminés et jamais on ne refuse à un navire mis en quarantaine de rigueur et à plus forte raison en quarantaine d'observation de débarquer ses passagers afin de lui permettre de continuer sa route... Il est sans contredit du devoir d'un gouvernement policé d'installer des lazarets dans ses principaux ports... »*⁷⁵.

vaccins : « Si la variole s'étendait, le mieux serait de soigner les malades hors de la ville et de brûler les linges et matelas qui leur auraient servi... ». Cf. ANOM 3Z 261, 11 sept. 1889.

⁶⁹ Surtout des Merina si l'on en croit un article du journal tamatavien *La Cloche* (10 octobre 1889) : « À Tamatave les hova comprennent si bien l'immunité que procure la vaccine qu'ils accourent en foule là où on vaccine gratuitement. »

⁷⁰ ANOM, 3Z 261, Résident de Tamatave à Résident général, Tananarive, 26 septembre 1889.

⁷¹ ANOM, 3Z 261, Résident de Tamatave à Résident général, Tananarive, 20 septembre 1889.

⁷² LACOMME, *op. cit.*, T.2. Cf. ANOM 3Z 261 : Le Résident de Tamatave indique au Résident général dans son télégramme du 28 septembre que la quarantaine n'a pu être maintenue à l'égard des 49 passagers du *Mendoza* ; ces derniers ayant été mis sur un chaland, fourni par les Messageries Maritimes et débarqués en face de la Mission Catholique, à la pointe Tanio.

⁷³ ANOM 3Z 261, Résident de Tamatave à Résident général, Tananarive, télégramme n°69, 17 août 1889.

⁷⁴ Résident général de France à Madagascar de décembre 1889 à octobre 1891.

⁷⁵ ANOM 3Z 261, 26 septembre 1889.

Pourtant, du côté européen les moyens ne sont pas nécessairement à la hauteur de la critique. Le 24 août, la Résidence générale de Tananarive informe Tamatave qu'elle ne dispose plus de vaccin et qu'elle n'en aura plus avant plusieurs mois. Les pharmaciens de Tamatave sont invités à s'approvisionner à La Réunion⁷⁶.

D'autre part la variole de 1889 est l'objet d'un conflit larvé entre le gouverneur de Tamatave et le consul britannique que prétend arbitrer le Résident français. Sauzier, représentant de sa Majesté britannique, est accusé d'avoir réintroduit la variole pour n'avoir pas fait respecter la quarantaine en organisant le débarquement de passagers d'un vaisseau qui y était soumis. Le consul britannique à son tour accuse Rainandriamanpandry⁷⁷ d'avoir autorisé par faveur le débarquement d'un passager venant de Maurice et se rendant au Cap de Bonne Espérance⁷⁸. Les deux se plaignent auprès du Premier Ministre. Dans ce contexte les autorités françaises jubilent : « *De cet ensemble de fait, il résulte, à mon avis, que le gouverneur qui jusqu'à ce jour s'était efforcé de tenir une balance à peu près égale entre les Français et les Anglais se trouve actuellement dans l'impasse d'où il ne peut sortir qu'avec votre aide...* » confie Jore au Résident Général français⁷⁹.

Enfin les contradictions des Européens eux-mêmes apparaissent à travers le comportement des compagnies de transport maritime. En effet, les Messageries Maritimes qui font pression pour transgresser la quarantaine lorsqu'il s'agit de déposer des passagers l'appliquent avec rigueur à Tamatave, alors qu'il n'y a pas de variole. Ainsi, au début du mois d'octobre, l'Ava de la même compagnie que le Mendoza refuse de communiquer avec Tamatave, au grand scandale du Résident Général :

« *Je vous prie d'exprimer d'urgence au commandant de l'Ava toute ma surprise qu'il se soit mis en quarantaine par suite de la récente communication de Tamatave avec le Mendoza (...) On manquera d'autant moins d'attribuer cette décision à un parti pris de la Compagnie des Messageries Maritimes, que le Mendoza ne pouvait être suspect qu'en raison de la provenance des Mascareignes où précisément se rend l'Ava.* »⁸⁰

Dans un autre télégramme, il signale une autre contradiction non moins importante « *que le débarquement des passagers du Mendoza n'a été autorisé que sur les vives instances du commandant de ce bâtiment, votre collègue.* »⁸¹

Il faut se rendre à l'évidence, la compagnie ne prend pas plus au sérieux la quarantaine malgache que les Résidents, mais chez ces derniers perce alors une amertume certaine perceptible dans les propos du Vice-résident :

⁷⁶ ANOM, 3Z 261, 24 août 1889. En fait, il viendra de Maurice.

⁷⁷ Né en 1836 dans une famille proche du pouvoir, il apprend l'Anglais dans sa jeunesse. Intellectuel, pasteur, dont les talents de prédicateur sont reconnus par les Jésuites, il fut également enseignant. Brièvement ministre des Affaires étrangères en 1881, il devient en 1882 gouverneur général de la Province orientale. Commandant des troupes, il résiste triomphalement à l'expédition française de 1883-85. Il est fusillé sur ordre de Gallieni le 15 octobre 1896 (Stephen ELLIS : *L'insurrection des menalamba, une révolte à Madagascar (1895-1898)* Karthala-Ambozontana, 1998, p 246-247).

⁷⁸ « *Je n'ai jamais donné cette autorisation c'est une calomnie* » réplique l'incriminé qui ajoute : « *le consul britannique proteste constamment contre les quarantaines... J'ai de nombreuses lettres de lui qui peuvent en témoigner.* »

⁷⁹ ANOM, 3Z 261, Résidence de Tamatave à Résidence Générale de Tananarive, 25 août 1889. La réponse de Bompard marque la même satisfaction : « *Grâce aux bonnes relations que vous avez su vous créer avec les autorités indigènes de votre poste, l'influence française à Tamatave a gagné à ces dissensments et vous avez pu mettre à profit le besoin d'appui qu'éprouve Rainandriamanpandry en présence des attaques dont il est l'objet pour rapprocher de nous ce personnage dont l'hostilité était noire récemment encore.* » (Tananarive, 28 août 1889).

⁸⁰ ANOM, 3Z 261, Résidence de Tamatave à Résidence Générale de Tananarive, 7 octobre 1889, télégramme n°138.

⁸¹ *Ibid.*, le 8 octobre 1889, télégramme n°141.

*« J'ai pu constater que les compagnies des paquebots ont une tendance à ne pas vouloir se soumettre à Tamatave aux règlements qu'elles respectent dans les autres pays... Le gouverneur est disposé à construire à la Pointe Tanio un petit lazaret. Mais le lazaret ne suffit pas. Il faut des règlements qui garantissent l'exécution des mesures sanitaires. Les diverses autorités étrangères accepteront-elles ces règlements ? en poursuivront-elles l'exécution ? Toutes ces questions ne peuvent être résolues qu'à Tananarive. »*⁸²

Cependant, cette question des quarantaines mécontente la colonie commerçante de Tamatave. Dans un article du journal *La Cloche*, un certain Demos (heureux pseudonyme !) ironise sur ce thème : ces mesures sont « *un legs des temps barbares au monde moderne* » et une spécificité régionale. De La Réunion et de Maurice, il écrit :

« Il est rare de voir une année se passer sans quarantaine. Et quand par un hasard providentiel les deux îles sont indemnes de quelque épidémie embryonnaire, on regarde avec anxiété du côté de Madagascar ; et alors, Ô bonheur ! on finit par découvrir dans un des mille recoins de cette île immense, ou dans un de ses nombreux satellites, une maladie quelconque forte à craindre. Entre temps on se rabat sur quelque navire de l'Inde à coolies dont la moindre défécation est passée au crible de la critique médicale, qui s'efforce d'y trouver le choléra. »

L'auteur ne manque pas de pointer le caractère diplomatique de telles mesures : « *s'il [le gouvernement malgache] prend des arrêtés, c'est pour plaire à Messieurs les Consuls...* »⁸³. Le crime capital de la quarantaine, c'est bien évidemment l'entrave au commerce : si le navire à voiles peut prendre son mal en patience, il n'en va pas de même des convois à vapeur dont la rapidité est « *détruite* »⁸⁴ et dont l'immobilisation coûte cher. Échappe alors ce cri du cœur ; « *N'est-il pas vraiment désolant de voir toutes les relations commerciales rompues avec La Réunion et Maurice depuis plus de deux mois. D'énormes quantités de marchandises pour l'Europe et ces deux îles s'accumulent dans les magasins et se chargent de frais qui anéantiront les bénéfices...* »

La quarantaine efficace et l'établissement d'un lazaret, qui sont une des revendications constantes des diplomates étrangers auprès des autorités malgaches, sont condamnés par les élites commerçantes de la ville. Mais le gouvernement autochtone doit affronter de plus hautes exigences pour obtenir le brevet d'état policé. Partant de la certitude que :

« Le monde vraiment civilisé cherche toujours à multiplier et à faciliter les communications entre les peuples. » l'auteur de l'article réclame : « *que le gouvernement hova fasse par mesure de précaution et par humanité vacciner en masse ses sujets*⁸⁵ *et il n'en perdra pas autant et ne verra pas chaque année la population de l'île diminuer de plus en plus et nous, nous gagnerons à cela de ne plus voir Tamatave mis en quarantaine.* »

⁸² *Ibid.*, le 28 septembre 1889, télégramme n°9.

⁸³ Il y est question de « *simulacre de quarantaine* ». Le thème de l'imitation est couramment utilisé pour disqualifier les efforts de « modernisation » du Royaume de Madagascar.

⁸⁴ Les quarantaines sont accusées d'avoir contribué à renforcer l'isolement des îles : « *les grandes compagnies commerciales de navigation à vapeur craignent ces deux îles plus que la peste et font tous leurs efforts pour les éviter* », ANOM, 3Z 261.

⁸⁵ Il s'agit là des Betsimisaraka. On note en effet que ceux-ci et les autres populations de l'intérieur du pays ne pouvant accéder, comme les Merina et les Vazaha, à des médecins et des vaccins, la variole leur est funeste.

Ces arguments font écho à des thèses développées en Europe⁸⁶.

B. Les progrès contrariés de la prévention et des traitements

Si les quarantaines pèsent de plus en plus lourdement à la fin du siècle sur les échanges entre les différentes régions de l'océan Indien occidental, il est néanmoins difficile de s'en passer. Pendant une période assez brève qui couvre à peine la décennie 1890, une politique de libéralisation s'amorce. Le lobby du commerce défend alors la stratégie hygiéniste soutenue par les progrès médicaux : en 1880, Laveran identifie l'hématozoaire responsable du paludisme et ses soupçons à l'égard du vecteur, le moustique, sont confirmés en 1893. La « révolution pasteurienne » produit des effets spectaculaires : alors que la première vaccination est expérimentée sur l'homme en 1885, dès 1892, le vaccin contre la fièvre typhoïde est mis au point suivi par celle d'un vaccin contre le choléra en 1894. L'année suivante Yersin isole le bacille de la peste et met au point le premier sérum anti pestieux⁸⁷. Mais le retour en grâce des quarantaines est rapide. Certes, les éléments spectaculaires qu'elles mettent en scène sont propres à rassurer l'opinion publique. Mais l'argument qui plaide le plus sûrement en faveur de ce maintien, c'est l'incapacité d'instituer toute autre forme de politique sanitaire efficace, faute de traitements d'une part, et à cause des limites que rencontrent les règlements sanitaires dans leur application d'autre part.

Si la quinine est un traitement dont l'efficacité est reconnue depuis longtemps, il est difficile de s'en procurer en quantité suffisante quand le paludisme prend des formes épidémiques et il est non moins difficile à doser ; on lui préfère pendant longtemps des purgatifs et ce sont les travaux d'urbanisation et de drainage, entrepris sous la menace du choléra et de la peste au tournant du siècle, qui contribuent au recul relatif du paludisme en milieu urbain.

Les méthodes de prévention de la variole, connues depuis le début du siècle, demeurent aléatoires : le transport et la conservation de la vaccine venue d'Europe sont difficiles, même après la mise en service du canal de Suez. Le docteur Clarac doute des succès des tentatives de variolisation ou de vaccination, pourtant initiées très tôt à Madagascar⁸⁸, dès le règne de Radama I (1810-1828)⁸⁹. Il estime que ce n'est qu'à partir de 1900, grâce à la création de l'Institut Pasteur de Tananarive (définitivement installé en 1899) et la mise en place de l'Assistance Médicale Indigène (AMI)⁹⁰ qu'on put pratiquer des campagnes de vaccinations systématiques et efficaces, et qu'on a constaté le recul de la variole d'abord sur le plateau central, pour ne plus se manifester que sur les côtes, en particulier au nord-ouest où quelques foyers se formèrent dans la province de Majunga, et dans cette ville même. À Mayotte également, le docteur Blin met en cause la qualité des vaccins pour expliquer le relatif échec des campagnes de vaccination des années 1890⁹¹. Enfin, aux Mascareignes, à Mayotte, aux Comores, on signale des résistances à la vaccination. À Mayotte, des musulmans craignent qu'on leur injecte du sang « de blanc » infecté à dessein de germes nouveaux pour les faire mourir⁹². Les conceptions que les

⁸⁶ Cf. Léon COLIN *op. cit.* : « la prophylaxie, par l'assainissement du pays menacé, par l'amélioration de toutes les conditions sociales de ses habitants est plus spécialement adoptée par les peuples civilisés... ».

⁸⁷ Pierre DARMON, *L'Homme et les microbes XVII^e-XX^e siècle*. Paris, Fayard, 1999.

⁸⁸ Jenner mis son traitement au point en 1796.

⁸⁹ Dr CLARAC *Épidémie de variole à Madagascar*, *op. cit.*, pp. 435-436 ; Françoise RAISON-JOURDE, *Bible et pouvoir...*, *op. cit.*, p 681-682 ; Jean VALETTE, « Note sur l'introduction de la vaccine à Madagascar (1818) », *Bulletin de l'Académie Malgache*, 1964/42 (n°1), pp. 57-60.

⁹⁰ Yvan-Georges PAILLARD, « Recherches démographiques au début de l'époque coloniale et les documents de l'A.M.I. », *Cahiers d'Études Africaines* n°105-106, 1987, pp. 17-42.

⁹¹ Dr BLIN, *Le paludisme à Mayotte...*, *op.cit.*, pp. 420-421

⁹² *Ibid.*, p. 422.

hindous ont de la variole seraient également un obstacle : le variolé est une manifestation de la déesse Kali, être sacré auquel on ne peut s'opposer⁹³. À La Réunion, le docteur Laffont souligne également les préjugés contre la vaccination : les campagnes d'inoculation connaissent peu de succès. Seule la crainte de l'imminence d'une menace pousse la population vers le vaccin. C'est le cas en 1899, à l'annonce d'un cas de variole sur un bateau en provenance de Madagascar et, en 1905, lorsqu'elle réapparaît à Maurice⁹⁴.

Si les populations sont prises en étau entre leur peur panique des épidémies et leur méfiance à l'égard des traitements, les administrations voient leur désir de se débarrasser des quarantaines singulièrement contrarié par leur incapacité à développer une autre politique sanitaire. Le cas réunionnais est à cet égard éclairant. Les mesures prises en 1892, lors d'une nouvelle épidémie de variole, montrent les limites de l'efficacité de l'administration : elle avait alors organisé une campagne de vaccination de grande ampleur en multipliant les centres, particulièrement à Saint-Denis⁹⁵, mais aussi dans un certain nombre d'endroits jugés critiques, le camp Ozoux et les Lataniers. L'épidémie se déclenche finalement à Saint-Joseph et à Saint-Benoît en septembre. La campagne de vaccination se poursuit alors que les premiers décès sont enregistrés à Grand Bois et à Saint-Pierre, puis à Saint-Denis en 1894⁹⁶. En novembre, une opération de désinfection, de vaccination et de revaccination est entreprise, mais les mesures d'hygiène sont peu appliquées par les autorités municipales et peu suivies par la population :

« La dernière épidémie de variole a montré combien il était difficile de faire accepter par la population et des administrations municipales les mesures de préservation les plus élémentaires et même la vaccination qui est partout négligée dans la colonie »⁹⁷.

Lorsque le décret sanitaire du 20 janvier 1896 sur le service sanitaire et maritime supprima les quarantaines entre la France et l'Algérie et les remplaça par des mesures prophylactiques prises autant que possible soit au départ, soit à bord du navire, sous contrôle médical, il institua une surveillance sanitaire appliquée en cas de nécessité aux passagers. Cette dernière, au contraire de l'observation qui suppose l'internement au lazaret, se déroule à domicile. Elle exigeait l'instauration d'un passeport sanitaire comportant des informations précises⁹⁸. Un rapport examina la possibilité de le transposer à La Réunion. Il conclut par la négative. Le contrôle incomberait aux municipalités. Les communes étaient dépourvues d'un service d'informations sanitaires et de services d'hygiène. Il dénonce les faiblesses de l'encadrement sanitaire et médical de l'île : les déclarations de décès se font sans certificat, les maladies contagieuses ne sont déclarées que très irrégulièrement, l'isolement à domicile n'est pas appliqué et, de toute façon, les communes sont dépourvues tout aussi bien de personnel que de matériel de désinfection alors même que l'observation des règles d'hygiène est difficile à obtenir de la population.

Le rapport rappelle que l'objectif final demeure la disparition des quarantaines : « lorsque la colonie et les communes seront munies d'une organisation et d'un matériel suffisant, cette observation au lazaret pourra être remplacée par la surveillance sanitaire ».

⁹³ Dr BLIN, « Préjugés des Hindous sur la variole », Annales d'Hygiène et de Médecine coloniales, tome III, 1900, p. 292. Jehanne-Emmanuelle, MONNIER, Céline RAMSAMY-GIANCONE, 2020, *op. cit.*

⁹⁴ Philosophe, Laffont constate : « la menace d'un danger, même imaginaire a toujours fait plus à La Réunion pour la campagne vaccinale que les lois les mieux comprises. » *op. cit.*, p. 535.

⁹⁵ À l'hôtel de ville, à l'hôpital colonial et à l'école laïque de Sainte-Geneviève.

⁹⁶ À la caserne et à la prison.

⁹⁷ ADR, 5M52. Les victimes de l'épidémie provenaient des quartiers populaires où l'on s'entassait, ou bien des travailleurs étrangers à l'île (Malgaches, Chinois, Indiens).

⁹⁸ Nom du passager ; date de départ du navire ; celui de la commune de destination (*cf. ADR, 5M52*).

Il faut alors continuer de se préserver des agressions extérieures afin de pallier la faible emprise des décisions sanitaires sur la population et si l'on ne peut se passer des quarantaines, on multiplie les tentatives pour les contourner ou les réduire. On limite ainsi leur application à la peste, au choléra et à la fièvre jaune, tandis qu'en parallèle le typhus et la variole peuvent faire l'objet de mesures exceptionnelles⁹⁹. La durée des quarantaines est raccourcie. Pour le reste, la colonie se décharge de ses responsabilités sur les ports d'embarquement ou même sur les navires.

Pourtant, les infrastructures locales continuent de freiner les progrès des « méthodes microbiennes » : le 15 mars 1905, le médecin major de l'armée coloniale, directeur des services de santé, écrit au gouverneur de La Réunion :

« Vous n'ignorez pas, monsieur le Gouverneur, que malgré votre circulaire du 21 novembre 1903, aucun bureau d'hygiène de la colonie, pas même celui de Saint-Denis ne fonctionne ... Quand une maladie fait son apparition dans une localité, on attend qu'elle soit devenue épidémique et ait déjà occasionné de nombreux ravages pour s'en inquiéter [...] Les bureaux d'hygiène continuent leur sommeil léthargique et les instructions concernant les mesures à prendre contre les maladies endémiques, épidémiques et contagieuses sont toujours recouvertes de poussière dans les bibliothèques municipales¹⁰⁰. »

C'est pourquoi, à La Réunion, les mesures allant dans le sens d'un allégement des quarantaines font toutes plus ou moins long feu : l'arrêté du 22 juillet 1901, qui tente de mettre sur pied un système de passeport sanitaire, délivré aux passagers vaccinés à l'embarquement au sérum de Yersin¹⁰¹ et acceptant le principe d'une visite médicale tous les cinq jours après leur arrivée, est remis en cause en 1907 en raison des progrès de la peste¹⁰². Mais sous la menace de celle-ci et le retour de la variole en 1894-1895, les deux lazarets de la Grande Chaloupe sont rénovés. Un pavillon d'isolement est construit et on propose d'y installer une étuve à vapeur sous pression, des salles de bains et des douches. Une station sanitaire fut installée au port de la pointe des Galets, sur la langue de sable qui ferme ce port du côté de la mer pour la désinfection des marchandises, des bagages, des effets usagés, de la literie, etc. Elle est dotée d'une aire bétonnée pour la désinfection des grains. En 1900, les lazarets étaient en état de recevoir toutes les catégories de passagers¹⁰³.

En fait, dès 1906 des quarantaines de plus en plus strictes sont remises en application, au grand dam de la Chambre de Commerce qui y voit une véritable menace, aussi bien pour la liberté commerciale, que pour l'approvisionnement de l'île en riz. Elles sont renouvelées en 1909, 1910, 1914, au fur et à mesure que se dégrade la situation sanitaire à Maurice. L'administration locale dépasse alors même (et de loin) les exigences des normes internationales : ces dernières permettaient l'accès en libre pratique des navires venant des ports contaminés pourvu qu'ils soient indemnes de peste et la surveillance des passagers et des équipages était limitée à cinq jours. À La Réunion, les bateaux sont isolés sur bouée et les passagers sont emmenés par trains spéciaux au lazaret pour un internement de 13 jours.

⁹⁹ Ce qui est d'ailleurs conforme au traité de Paris.

¹⁰⁰ ADR, 5M34, St. Denis 15 mars 1905.

¹⁰¹ Yersin a mis au point son sérum en 1895 et l'a expérimenté en Asie, l'année suivante (cf. Darmon).

¹⁰² « Les chances de contamination par la peste augmentent chaque année en raison de la diffusion de cette maladie et de la multiplicité des rapports avec les pays contaminés. »

¹⁰³ A.D. MOREL, médecin major de 1^{re} classe des troupes coloniales : « *Lazarets des colonies françaises* », Annales d'hygiène coloniale, juillet août septembre 1907, Tome X p. 562.

CONCLUSION

Le succès des quarantaines, en dépit des contraintes économiques qu'elles suscitent et de leur efficacité toute relative, est dû à l'effet sécurisant qu'elles produisent sur les opinions publiques. Aux Seychelles comme à La Réunion, elles sont réclamées par la presse. En octobre 1899, le *Réveil* lance ce plaidoyer des plus vibrants : « *et nous, pauvre petit atome au milieu de l'océan Indien, livré sans défense autre que nos quarantaines à l'invasion des épidémies, nous aurions la sottise d'ouvrir nos portes aux fléaux rien que pour favoriser les navires marchands ! mais c'est de la démence !* »¹⁰⁴. Là aussi, la fréquence avec laquelle elles sont appliquées provoque un conflit avec les Messageries Maritimes qui se conclura par l'abandon de l'escale seychelloise par celles-ci.

Le sentiment de vulnérabilité l'emporte sur celui d'isolement si caractéristique de la première moitié du siècle¹⁰⁵. Même Zanzibar, qui semble avoir ignoré les quarantaines tout au long du XIX^e siècle, y compris lors de l'épidémie de 1899, en instaure une à partir de 1905. L'accélération des transports, l'arrivée de migrants du travail venus d'Inde et de Chine, terres d'élection de la peste et du choléra, suscitent la crainte de l'étranger. Ce sentiment, toutefois, n'est pas propre à la zone. En Europe également, il gagne du terrain : la déclaration du professeur Brouardel « *l'Égypte est à la porte de l'Europe* »¹⁰⁶ trouve un écho dans cette constatation du *Réveil* selon laquelle les Seychelles se trouvent à huit jours de vapeur de Bombay¹⁰⁷. De même que le mythe négatif du Levantin se développe en Europe, l'engagé indien, cerné de stéréotypes négatifs, devient sa réplique dans cette zone¹⁰⁸. Toutefois, ce sentiment de vulnérabilité ne se traduit pas seulement par la méfiance et la stigmatisation de populations extérieures à l'aire insulaire (Indiens ou Africains), la suspicion s'exprime également à l'égard des îles voisines. Évoquant la variole à Mayotte, le docteur Blin (1905) écrit : « *à chacune de ses apparitions dans la colonie, il a été facile d'établir que le cas initial provenait toujours d'une colonie voisine* ». Tout comme la fréquence de ses relations avec Madagascar interdit à La Réunion d'abandonner les quarantaines¹⁰⁹. Aussi, précautions sanitaires et surveillances s'exercent-elles en priorité à l'égard de populations proches : les boutres indiens ou comoriens qui font le cabotage entre Madagascar, Nosy Be, Zanzibar et Mayotte, mais aussi les passagers « indigènes » des grands courriers. Ceux de Madagascar, de Zanzibar et de Nosy Be sont évacués vers les lazarets qui sont créés dans toutes les îles¹¹⁰.

¹⁰⁴ *Le Réveil*, 13 octobre 1899. Ce journal était publié aux Seychelles.

¹⁰⁵ Cependant, les Seychelles semblent avoir échappé à l'épidémie de peste.

¹⁰⁶ Paul BROUARDEL, « Préservation de l'Europe des maladies infectieuses », *Annales d'Hygiène Publique*, 1885, t. 2, cité par Pierre DARMON, *L'Homme et les microbes...*, op. cit.

¹⁰⁷ *Le Réveil* du 18 août 1899.

¹⁰⁸ Pierre DARMON, *L'Homme et les microbes...*, op. cit ; Virginie CHAILLOU, *De l'Inde à La Réunion...*, op.cit. ; Jehanne-Emmanuelle MONNIER et Céline RAMSAMY-GIANCONE, *Soigner, prier, s'adapter...*, op. cit.

¹⁰⁹ « *La fréquence actuelle de nos relations avec Madagascar autant que l'impossibilité de s'assurer de l'existence de certaines maladies transmissibles, telles que la rougeole, la variole, qui peuvent se produire fréquemment ou non sur un point quelconque des côtes de Madagascar...* » rendent nécessaire d'appliquer à des maladies autres que la peste, le choléra, ou la fièvre jaune les mesures d'isolement (ADR, 5M52).

¹¹⁰ En particulier à Madagascar, à cause de la peste, et à Mayotte. Mais il semble qu'il n'en existe plus, ni à Anjouan, ni à la Grande Comore.

L'EXPÉRIENCE DES POLITIQUES SANITAIRES À L'ÉCOLE FACE AUX ÉPIDÉMIES (FIN XIX^e SIÈCLE – PANDÉMIE DE COVID-19 – MADAGASCAR)

Delphine BURGUET

Anthropologue

Institut des mondes africains, EHESS

Mutualité sociale agricole (MSA)

Institut national de médecine agricole (INMA)

Nathalie LADEN

Médecin généraliste, Médecin du travail

Mutualité sociale agricole (MSA)

Résumé : La pandémie de Covid-19, inédite par son ampleur, a bouleversé le contexte sanitaire mondial, obligeant les gouvernements à instaurer des politiques sanitaires spécifiques. Cette expérience a permis en outre d'évaluer les moyens de lutte contre cette épidémie et d'apporter un éclairage notamment sur les institutions pouvant venir en appui dans la mise en œuvre des politiques de santé. À Madagascar, à partir de la période coloniale, l'école, institution progressivement médicalisée, devient ainsi un espace privilégié de diffusion des politiques sanitaires, s'enrichissant de son vécu face à la lutte contre les épidémies, mais tout en reflétant des inégalités sociales et de santé... Qu'en est-il aujourd'hui ? Que reste-t-il de ces expériences du passé ? Quel rôle joue l'institution scolaire du pays dans la politique sanitaire face au Covid-19 ? Sert-elle d'autres enjeux ? L'étude de cas porte sur une école privée, laïque, mixte, promouvant l'accès à la scolarisation d'enfants issus de familles défavorisées, lui conférant ainsi un caractère social. Elle permet d'apporter quelques éléments de réponse à travers l'observation de l'application des directives sanitaires au sein de cette structure, dans ce contexte épidémique.

Mots-clés : Ecole – Epidémies – Covid-19 – Covid-organics – Politiques sanitaires – Inégalités de santé - Madagascar

Abstract : *The Covid-19 pandemic, whose scope was unprecedented, changed the global health context, forcing governments to introduce specific health policies. This experience also made possible the evaluation of means to combat this epidemic and to shed light on the institutions that can help implementing health policies. In Madagascar, from the colonial period onwards, the school institution, which has progressively been medicalized, became a privileged space for the dissemination of health policies, enriched by its*

experience in the fight against epidemics, but at the same time reflecting social and health inequalities... What is the situation today? What remains of these past experiences? What role does the country's educational institution play in health policy against Covid-19? Does it serve other purposes? The case study concerns a private, secular, mixed school that promotes access to schooling for children from low-income families, thus giving it a social character. The study provides some possible answers through the observation of health directives' application within this structure, in this epidemic context.

Keywords : School - Epidemics - Covid-19 - Covid-organics - Health policies - Health inequalities - Madagascar

« *Dans les ruelles de la capitale Antananarivo, c'est l'armée qui a reçu la mission de livrer à domicile une potion gratuite du Covid-Organics, censée protéger du coronavirus. Des militaires malgaches en uniforme font donc du porte-à-porte avec des sachets de tisane sous le bras, accompagnés du mode d'emploi de ce produit conçu par l'Institut malgache de recherche appliquée (IMRA). Si de nombreux Malgaches ont accueilli à bras ouverts la distribution inattendue et gratuite de ce remède traditionnel vanté par leur président, Andry Rajoelina, "l'opération tisane" n'est pas du goût de tout le monde. La distribution du Covid-Organics a même suscité une vive polémique depuis qu'il a été donné à consommer par les élèves qui ont repris le chemin de l'école la semaine dernière. Certains ont refusé de s'y soumettre sans avoir obtenu l'accord de leurs parents, rapporte la presse malgache.* »¹

L'article de presse de « Franceinfo Afrique », publié le 27 avril 2020, s'ouvre sur les mesures sanitaires mises en place à l'école afin de lutter contre la pandémie de Covid-19. D'emblée, on comprend qu'il est question d'un nouveau remède traditionnel amélioré (ou RTA), le Covid-Organics, distribué par l'armée aux écoles de la capitale, Tananarive, à destination des élèves. Un point de tension apparaît immédiatement, fruit de l'injonction gouvernementale à adopter ce remède alors même que des oppositions émergent concernant cette mesure. L'article questionne ainsi l'école en tant qu'espace multiple : espace gouverné, espace de contagion, mais aussi espace protégé. Il vise à montrer l'évolution de la fonction sanitaire et médicale de l'école, en tant qu'espace privilégié de la prophylaxie destinée à la santé infantile, maternelle et familiale.

L'école est en effet un espace d'étude qui permet de saisir les enjeux politiques qui jalonnent les questions de santé lorsqu'elles s'articulent à la question de la jeunesse, et ainsi mieux résister le rôle des pratiques mises en œuvre dans l'éducation sanitaire. Des enjeux qui donnent par ailleurs la possibilité de repérer et d'interroger la (re)production des inégalités sociales au prisme de la santé. Au sein de l'école, les mesures sanitaires conçues et transmises par les autorités de santé sont mises en œuvre localement par le corps enseignant et/ou médical pour traiter directement les jeunes populations. La prise en compte des politiques sanitaires dans le temps, du XIX^e siècle jusqu'à la crise sanitaire provoquée par la pandémie à SARS-CoV-2 en 2020, apporte ainsi un éclairage sur l'école en tant qu'espace politisé de santé. Dans leur introduction à l'ouvrage *Femmes, enfants et santé à Madagascar. Approches anthropologiques comparées*, Pourette *et al.* précisent que la

¹ https://www.francetvinfo.fr/monde/afrique/societe-africaine/covid-organics-a-madagascar-des-militaires-font-du-porte-a-porte-pour-distribuer-la-tisane-dans-la-capitale_3937247.html

question des inégalités de santé à Madagascar reste peu étudiée et fait l'objet de rares publications scientifiques, tout comme celle des inégalités de santé à l'école, notamment en contexte épidémique. Face à ce constat, cet article est pensé comme une première tentative pour initier une recherche sur une histoire et une anthropologie de la santé à l'école, à travers le prisme des inégalités. De fait, des études approfondies restent à mener sur ce sujet et il ne s'agit pas ici prétendre épouser cette question, mais de déployer quelques premières questions sur des enjeux encore trop méconnus.

Pour ce faire, nous recoupions différentes sources. Les Archives nationales de Madagascar et les Archives nationales d'outre-mer constituent des fonds précieux lorsqu'il s'agit de mobiliser d'anciens articles de presse et des archives administratives en santé publique durant la période coloniale – notamment les rapports de l'Assistance médicale indigène, les rapports généraux sur le fonctionnement des services sanitaires et médicaux de Madagascar et les écrits liés à des « œuvres privées ». Parallèlement aux archives, des références académiques sur l'histoire de Madagascar et sur l'Afrique dans le domaine de l'enseignement viennent compléter le travail d'analyse. La question des mesures sanitaires et de leurs applications face au Covid-19, ainsi que celle des pratiques de santé à l'école durant la pandémie ont donné lieu à différents entretiens oraux réalisés en mai et juin 2021². Enfin, des articles de la presse locale et internationale sur la crise sanitaire à Madagascar sont largement exploités afin de pallier le manque d'observations ethnographiques, impossibles à réaliser en temps de crise sanitaire et en condition répétée de confinement. L'article est coécrit par une anthropologue et une médecin, ce qui ouvre à une articulation disciplinaire de la problématique et des façons d'aborder le domaine de la santé et des soins à l'école.

L'article traite en premier lieu de l'hygiène scolaire et de la médicalisation de l'école en période coloniale, notamment depuis la mise en place de l'Assistance médicale indigène et le développement de l'enseignement. Cette première partie permet de repérer une certaine forme de reproduction des inégalités sociales et de santé, produit de la sélection élitiste des écoles missionnaires. La deuxième partie s'attache à articuler les différentes réformes de l'enseignement et les programmes d'éducation à la santé des élèves à partir de l'indépendance du pays. Il s'agit aussi de discuter du rôle des acteurs internationaux dans l'*« arène »*³ scolaire, notamment avec des actions sanitaires d'envergure, portées par une politique de santé globale en Afrique. Enfin, une dernière partie analyse le contexte de la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 afin de questionner l'application des mesures gouvernementales à l'école dans l'objectif de lutter contre l'épidémie. L'étude de cas donne la possibilité de discuter des difficultés des populations les plus vulnérables pour accéder à l'eau, à l'hygiène, aux soins et à l'information sanitaire.

I) POUVOIR COLONIAL ET VULNÉRABILITÉ DES POPULATIONS

A. Hygiène scolaire et médicalisation

Au XVIII^e siècle, les écrits des médecins n'évoquent pas la médecine dans le milieu scolaire. Ce sont les instituteurs et parents qui se chargent de contrôler les pratiques

² Entretiens par Nathalie Laden. La rencontre avec les lieux et les acteurs date d'avant la pandémie, courant 2019. Ces entretiens ont été réalisés en période de confinement, via un outil de visioconférence, avec la direction de l'établissement et un membre du corps enseignant ayant la fonction de responsable social. La connaissance antérieure à l'épidémie des protagonistes a permis d'obtenir ces entretiens durant la pandémie.

³ Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN, *Anthropologie et développement. Essais en socio-anthropologie du changement social*, Paris, Karthala, 1995.

sanitaires dans les écoles. En cas d'épidémies de variole ou de rougeole, le médecin n'est pas toujours convoqué dans les collèges et pensionnats. Font exception les Frères des écoles chrétiennes respectant les préceptes tels que le renouvellement de l'air, le balayage de la classe et le respect de la tenue vestimentaire pour les enfants pauvres dont ils ont la charge. Les précautions de santé ne sont pas généralisées, seuls les enfants des élites bénéficient d'une attention pour la protection contre les épidémies, pour les soins et pour la préservation des maux.

Le programme de la politique coloniale d'éducation et d'hygiène est bâti sur la base des préoccupations hygiénistes françaises, au début du XVIII^e siècle et qui, plus tard dans les années 1870, prend forme sous le nom d'hygiène scolaire⁴. Ces préoccupations hygiénistes en France sont sensiblement les mêmes à Madagascar à la fin du XIX^e siècle : la lutte contre l'insalubrité, la lutte contre les épidémies, l'alimentation et la propreté corporelle, la gymnastique, la lutte contre l'alcoolisme, l'étude de l'inspection médicale et la prévention des maladies dites scolaires⁵. Ces maladies sont produites ou aggravées à l'école et appartiennent à deux groupes, le premier regroupant la myopie et la scoliose, le deuxième les affections parasitaires ou microbiennes. Elles sont appelées maladies scolaires lorsqu'elles atteignent l'école, impactent le fonctionnement de l'école et mobilisent les autorités scolaires.

Parmi les maladies contagieuses, sont classées les maladies parasitaires, comme la phthiriasi (pou) et la gale (sarcopte) : les élèves sont alors exclus de l'école et ne sont à nouveau admis qu'après guérison et désinfection complète des vêtements. La deuxième catégorie renferme les maladies de la peau et du cuir chevelu, comme la gourme, maladie contagieuse, et l'herpès, un indice de la présence de la teigne dans le cuir chevelu. Ces maladies nécessitent l'isolement de l'élève malade sur un temps long, pour une durée allant de plusieurs mois à une année. La dernière catégorie regroupe les maladies infectieuses, produites par la présence dans l'organisme d'un microbe pathogène. Elles attirent rapidement l'attention des instituteurs, car elles prennent plus ou moins vite un caractère épidémique. La rougeole est la maladie la plus fréquente. Les écoles maternelles et les dernières classes des écoles primaires sont celles qui sont ordinairement atteintes. La maladie se propage alors toujours par contact direct, soit d'un enfant malade à un enfant sain, soit d'une tierce personne portant les germes d'un malade à un élève sain, ou bien encore par des livres et des objets souillés par un enfant atteint. Les élèves détectés sont renvoyés à leur famille.

D'autres maladies contagieuses (à l'image de la scarlatine, la variole, la varicelle, la diphtérie, les oreillons, la coqueluche, la tuberculose ou encore la méningite) amènent l'école à mettre en place des mesures sanitaires afin d'éteindre le foyer épidémique. La classe est par exemple désinfectée à l'aide de vapeurs d'aldéhyde formique. Les meubles et les objets sont lavés à l'eau de Javel, au crésyl, ou avec une solution phéniquée.

L'instituteur est vu, en France et à Madagascar, comme un auxiliaire précieux pour faire progresser les populations, tant au niveau physique, moral, qu'intellectuel. C'est ainsi que l'hygiène scolaire s'impose dans l'enseignement, s'inscrivant ici dans un souhait de démocratisation de l'instruction, une volonté d'amélioration des conditions de vie, et

⁴ Séverine PARAYRE, « De l'hygiène à l'hygiène scolaire : les voies de la prévention à l'école (XVIII^e-XIX^e siècles) », *Carrefours de l'éducation*, n°32, 2011, pp. 49-63.

⁵ Séverine PARAYRE, « L'entrée de l'éducation à la santé à l'école par la prévention (XVIII^e-XIX^e siècles) », *Recherches & Educations*, n°3, *Santé et Education*, pp. 25-46.

l'objectif d'un contrôle des populations⁶. En cette période de développement de l'hygiène scolaire, il est aussi question de sa médicalisation, processus qui prend naissance au XVIII^e siècle en France, et est à la fois d'ordre scientifique, technique et socio-culturel. La médicalisation de la société doit ainsi permettre l'accès d'une partie croissante de la population à la médecine officielle (ou biomédecine ou médecine occidentale), pour tout ce qui touche à la santé⁷.

Les mesures de santé en milieu scolaire à Madagascar s'intègrent dans cette politique de santé qui prend son origine à la fin du XIX^e siècle, lorsque l'île devient une colonie française. La politique coloniale ainsi appliquée prévoit plusieurs mises en œuvre ayant pour objectif le progrès de la civilisation, comprenant entre autres la construction d'infrastructures, notamment des écoles et des hôpitaux, et la croissance démographique de la population malgache caractérisée jusqu'alors par une mortalité excessive des enfants et des conditions sanitaires particulièrement préoccupantes⁸.

B. Face aux épidémies, l'assistance médicale indigène

Madagascar passe sous protectorat français en 1885, effectif en 1895, puis devient colonie française le 6 août 1896. Dans cette période de changement politique, la santé devient l'affaire du gouvernement colonial, qui souhaite séparer les actions religieuses des actions politiques et ainsi promouvoir une approche rationnelle de la maladie, détachée de son contexte social et culturel. L'amélioration de l'état sanitaire du pays est alors l'objectif principal de la politique de santé, afin de faire progresser la situation démographique. Les administrateurs coloniaux en poste dans le pays constatent des taux de morbidité très élevés, bien plus que dans les autres colonies françaises, en Afrique et en Asie. Le Général Gallieni⁹ compte alors sur les services sanitaires pour freiner cette mortalité jugée excessive¹⁰. La pratique médicale coloniale est présentée comme une science auxiliaire de la colonisation française, qui associe l'administration et l'enseignement¹¹. À ses débuts, le service d'hygiène publique indigène vise avant tout la lutte contre les grandes endémies et l'alcoolisme.

À Madagascar, tout comme en Afrique, les populations sont touchées par des vagues épidémiques (paludisme, variole, choléra, peste, fièvre jaune...) qui déciment les populations. Les campagnes de vaccination, quand elles existent, n'atteignent pas toutes les régions, notamment les régions côtières, ce qui rend les populations plus vulnérables encore. L'échec des politiques sanitaires et des campagnes de vaccination face au nombre de décès apporte un fort discrédit à la médecine occidentale et à la gestion politique de la santé. En Afrique subsaharienne, à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle, les épidémies de peste et de fièvre jaune amènent la France à réfléchir à un éventuel abandon de ses

⁶ Annie TSCHIRHART, « Rôle et évolution de l'hygiène scolaire dans l'enseignement secondaire de 1800 à 1910, *Carrefours de l'éducation*, 2008 (n°26), pp. 202-213.

⁷ Jean-Pierre GOUBERT, « The medicalization of french society at the end of the Ancien Régime », in Lloyd G. STEVENSON, *A celebration of medical history*. Baltimore/London, Johns Hopkins University Press, 1982, pp. 157-172.

⁸ Delphine BURGUET, *Figures des maîtres rituels. Les devins-guérisseurs dans l'histoire et aujourd'hui : savoir, action et pouvoir à Madagascar*, Thèse de doctorat, Paris, EHESS, 2014.

⁹ Gouverneur général de Madagascar de 1896 à 1905.

¹⁰ Delphine BURGUET, « Apprendre à soigner en période coloniale. De la transmission formelle des savoirs biomédicaux à la pratique hybride des soins (Madagascar, Imerina)», *Autrepart*, 2017/82 (n°2), pp. 35-50.

¹¹ Laurence MONNAIS-ROUSSELOT, *Médecine et colonisation*, Paris, CNRS, 1999.

possessions¹². Pourtant, l'État colonial met en œuvre des actions de grande ampleur et inscrit sa politique sanitaire dans le courant hygiéniste développé en Europe. Pour exemple, et si la psychiatrie n'est pas une priorité de l'Etat, le premier asile d'aliénés est inauguré en 1912, dans la proximité de Tananarive, faisant de l'île le premier territoire colonial français à accueillir une institution entièrement dédiée à la psychiatrie¹³.

L'État français ouvre tout d'abord des écoles de médecine et des écoles normales, puis des centres universitaires à Alger, Hanoï, Tunis et Dakar. Ce sont ces écoles de médecine indigènes qui bénéficient d'un développement plus rapide que les autres formations, notamment l'école de médecine de Tananarive créée en 1896¹⁴. L'enseignement dispensé associe théorie et pratique comme l'enseignement au lit du malade, l'étude de dossiers de patients et la formation continue¹⁵. La promotion de la santé maternelle et infantile est bien présente, avec l'école de sage-femmes, mais elle n'est pas la priorité des politiques sanitaires à ses débuts. Comme à Dakar, elle prend de l'importance après la Première Guerre mondiale¹⁶.

Parallèlement, des œuvres privées et confessionnelles participent aux actions de l'Assistance médicale indigène (AMI). Avec l'autorisation de l'administration, ces œuvres contribuent à étendre le système de santé de la médecine moderne : l'association féminine PAX d'Ambositra (région betsileo), par exemple, fait effectuer aux jeunes filles des stages d'instruction pratique à l'hôpital et à la maternité de la ville avec la collaboration du médecin inspecteur de la circonscription médicale d'Ambositra. L'orphelinat des sœurs de la Providence recueille quant à lui des petites filles malgaches recevant une éducation ménagère et apprenant à coudre et à broder¹⁷.

Les campagnes de vulgarisation de la médecine et d'éducation sanitaire sont aussi assurées par les médecins de colonisation qui effectuent des tournées dans les villages, donnant conseils, consultations gratuites ou conférences sur l'hygiène et les règles élémentaires de la médecine domestique¹⁸. Dans chaque province, les sage-femmes diplômées sont chargées de donner des soins et d'accoucher gratuitement les femmes indigènes. Elles initient leurs patientes et nourrices aux règles de l'hygiène et, au besoin, conduisent elles-mêmes aux médecins celles qui nécessiteraient des soins spécifiques. Des ambulances (postes de secours) participent également au rapprochement vers les populations, dont les soignants doivent pouvoir traiter toutes les catégories de malades¹⁹. Toutefois, leurs installations s'effectuent proches de villes importantes de l'Île, n'apportant soins et conseils qu'aux populations les plus urbaines²⁰.

¹² Jean-Pierre DOZON, *La cause des prophètes. Politique et religion en Afrique contemporaine*, Paris, Éditions du Seuil, 1995.

¹³ Raphaël GALLIEN, « La chair de l'asile. Le quotidien de la folie, entre violences ordinaires et ambitions disciplinaires (Madagascar, 1941) », *Politique africaine*, 2020 (n° 157), pp. 71-89. DOI : 10.3917/polaf.157.0071.

¹⁴ Delphine BURGUET, « Apprendre à soigner... », *op. cit.*

¹⁵ Pierre SINGARAVELOU, « "L'enseignement supérieur colonial". Un état des lieux », *Histoire de l'éducation*, 2009 (n°122), pp. 71-92.

¹⁶ Mor NDAO, « Enfance et ordre colonial. La politique sanitaire au Sénégal : discours et réalités (1930-1960) », *Revue Sénégalaise d'Histoire*, 2005.

¹⁷ Archives nationales de Madagascar, chemise « Œuvres privées », 1935-1940.

¹⁸ Delphine BURGUET, *Figures des maîtres rituels...*, *op. cit.*

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ Archives nationales de Madagascar. Dans un numéro du *Journal Officiel de Madagascar et Dépendances*, en 1899, l'utilité de ces ambulances est mise en avant car celles-ci permettent d'aller à la rencontre des populations, du moins de celle des villes importantes de toute l'île. Ainsi, « ces créations, dues à l'initiative des commandants

Les premières populations à être dotées d'un organisme complet d'assistance médicale sont « les plus peuplées, les plus civilisées, les plus riches »²¹, c'est-à-dire les populations merina et betsileo, situées sur les Hautes Terres. Les autres ne bénéficient pas dans l'immédiat de l'assistance médicale indigène (AMI)²². La stratégie de l'AMI est d'ailleurs dénoncée dans la presse par les colons français car elle privilégie certains territoires et laisse à l'abandon les populations côtières²³. Le paiement de la taxe spéciale de l'AMI dû par tous les hommes adultes ne leur permet pas de bénéficier de cette assistance médicale gratuite²⁴. Hugues Berthier fait le constat suivant en 1930 :

« Tananarive a été doté, depuis notre prise de possession du pays, d'une école normale qui donne de bons instituteurs, puis d'une école de médecine où sont formés des praticiens instruits et des sages-femmes qui, réparties dans la colonie, rendent des services excellents et ont permis la création d'une œuvre d'assistance médicale remarquable. Enfin, une école administrative assure le recrutement des autres fonctionnaires. Un certain nombre de Hova²⁵ ont fait leurs études en France et Tananarive possède une douzaine de docteurs en médecine diplômés à Paris et à Montpellier et deux chirurgiens – dentistes qui exercent [...] ». ²⁶

La « politique des races »²⁷ mise en place par le Général Gallieni, repose sur deux principes : abattre l'hégémonie merina et confier des fonctions intermédiaires aux originaires des autres régions. Mais cette politique n'a véritablement commencé à prendre forme qu'à partir de 1930²⁸. De fait, les inégalités se sont creusées en fonction des régions, du rang social et des territoires (centres urbains/campagnes).

C. L'école coloniale, fabrique des inégalités

La première école est bâtie à Tananarive en 1820 par la London Missionary Society, mission protestante anglaise, dont les élèves sont issus de la noblesse merina. Les cours se

de cercle et des médecins, ont certainement déjà rendu de grands services aux populations qui ont une tendance de plus en plus marquée à venir demander des soins aux médecins européens » (Mardi 16 février 1899, 16^{ème} année, n°366, pages 3004 et 3005).

²¹ *La Dépêche coloniale*, 31 décembre 190, page 349, titre de l'article : « L'assistance médicale et l'hygiène indigène à Madagascar ».

²² Archives Nationales d'outre-mer (ANOM), 5(5) D42, « Rapport général sur le fonctionnement des services sanitaires et médicaux de Madagascar ».

²³ Archives nationale de Madagascar : *Tribune de Madagascar* (journal d'opposition au Gouverneur Général Picquié, édité à Tananarive) le mardi 8 avril 1913, n°602, écrit par un Français vivant chez les Betsimisaraka : « C'est que l'assistance médicale [...] n'a pas encore trouvé le moyen d'étendre sa protection dans les campagnes de la côte où cependant l'indigène verse un impôt pour l'entretien de cette assistance. Tout ce que l'on a tenté jusqu'à ce jour est insuffisant. Les sages-femmes sont loin d'être assez nombreuses pour satisfaire aux plus modestes exigences, les médecins de colonisation se déplacent trop rarement. Nous signalons le danger : la race betsimisaraka est en train de disparaître ».

²⁴ Faranirina ESOAVELOMANDROSO, « Résistance à la médecine en situation coloniale : la peste à Madagascar » *Annales. Economies, sociétés, civilisations*, n°2, 1981, pp. 168-190. DOI : <https://doi.org/10.3406/ahess.1981.282726>

²⁵ Le terme recouvre plusieurs sens. À l'époque royale, il faisait référence au terme « roturier », mais il comportait des statuts particuliers qui supposaient parfois de grands priviléges. Le terme était aussi utilisé pour désigner plus largement les Merina, surtout durant la période coloniale. Mais chez les Betsileo, le terme signifie « noble » (*andriana* chez les Merina).

²⁶ Hugues BERTHIER, *Droit civil à Madagascar*, 1930, Tananarive, Imprimerie officielle.

²⁷ Faranirina ESOAVELOMANDROSO-RAJAONAH, « Politique des races et enseignement colonial (jusqu'en 1940) », *Omaly sy anio*, 1977 (n°5-6), pp. 245-256 ; Faranirina V. RAJAONAH et Odile VACHER, « Altérités et clivages en situation coloniale », *Études rurales*, 2014, (n°194), pp.145-172.

²⁸ *Ibid.*

font en anglais²⁹. Par la suite, diverses missions chrétiennes construisent à leur tour des établissements scolaires à travers le pays en fonction d'une répartition inégale entre régions. Ainsi, la partie sud de l'Île est perçue comme plus « réfractaire » que les autres à l'évangélisation, d'où une présence plus limitée des écoles confessionnelles dans cette région³⁰. En fonction des règnes, le développement de l'enseignement connaît ruptures et progressions. C'est ainsi que sous le règne de Ranavalona I^{ère} (1828-1861), les projets de création d'écoles sont interrompus, alors que sous le règne de Radama II (1861-1863) le développement des infrastructures dans tous les domaines reprend et l'école connaît à nouveau une période d'expansion. Le principe de l'obligation scolaire voit le jour dans les lois gouvernementales de 1876, véritablement appliquées après la parution du Code des 305 articles en 1881. Ce dernier stipule l'obligation scolaire pour tous les enfants âgés de plus de 7 ans³¹.

Sont également créés par la London Missionary Society des ateliers pour former de futurs artisans charpentiers, forgerons, tisserands, tanneurs... Sous le règne de Radama I^{er} les missionnaires font la promotion d'un enseignement technique, au moins en Imerina. Les élèves sortis de ces formations acquièrent alors une notoriété et une affirmation de leur position sociale³², notamment grâce à leur formation selon un modèle occidental, avec la maîtrise de la lecture et de l'écriture³³. L'instruction introduite au XIX^e siècle par les missionnaires dans les Hautes Terres centrales est bien intégrée et les souverains encouragent l'enseignement pour former les *manamboninahitra*, officiers de la royauté. C'est ainsi que le Gouvernement colonial recrute ses premiers auxiliaires parmi ces officiers déjà instruits³⁴.

À partir de 1896, le service de l'enseignement s'appuie sur ce qui existe, c'est-à-dire l'enseignement privé, majoritairement religieux. La conception métropolitaine dichotomique de l'enseignement primaire, considérée comme « l'école du peuple » et l'enseignement secondaire, coûteux et formant les élites, est utilisée de la même façon à Madagascar³⁵. À cela, s'ajoute un « enseignement indigène », basé sur des critères de « race », qui se réfère tant à un aspect biologique qu'à un ensemble socio-culturel, et sur la distinction entre nationalité et citoyenneté³⁶. La conceptualisation de l'éducation pour les indigènes repose sur deux idéologies opposées : la première conçoit une éducation civilisatrice qui élèverait les âmes des non civilisés, des barbares ; l'autre pense que les indigènes ne seraient pas capables d'être éduqués, ayant des caractères mentaux limités et héréditaires, donc immuables.

Dès 1900, l'enseignement « officiel », c'est-à-dire l'enseignement public, se développe face au besoin de main-d'œuvre qualifiée pour l'administration et poussé par la

²⁹ Abraham LATSAKA, *Politiques scolaires et stratégies concurrentielles à Madagascar de 1810 à 1910*, Thèse de Doctorat, Université de Lyon, 1984.

³⁰ Marie-Christine DELEIGNE. « Partenariat bailleur/État et communauté pour l'enseignement primaire dans le sud de Madagascar : les écoles à « contrat-programme » », *Autrepart*, 2001/17 (n°1), pp. 133-153.

³¹ *Ibid.*

³² Maminiaina RAZAFINDRABE, *Mission, Religion et Politique : étude sur la pénétration du protestantisme à Madagascar*, (1818-1861), Thèse de troisième cycle, Strasbourg, 1976.

³³ Charles ZENY, *L'éducation de base à Madagascar, de 1960 à 1976 : motivations et contenus des changements*, thèse de Doctorat, Université Lyon 2, 1983.

³⁴ Faranirina V. RAJAONAH et Odile VACHER, « Altérités et clivages... », *op. cit.*

³⁵ Simon DUTEIL, « Un instituteur colonial à Madagascar au début du XX^e siècle », *Histoire de l'éducation*, 2010/4 (n°128). DOI : <https://doi.org/10.4000/histoire-education.2271>

³⁶ *Ibid.*

concurrence avec l'enseignement privé. Les principaux objectifs sont « *d'imposer et de développer l'apprentissage du français, de professionnaliser l'enseignement et de former des auxiliaires administratifs* »³⁷. Sous l'impulsion de Pierre Deschamps, directeur du service et fondateur de la Mission laïque française, l'administration commence à recruter plus massivement un personnel laïc³⁸. L'enseignement indigène est divisé en trois degrés : le premier degré (enseignant exclusivement indigène) correspond à un enseignement primaire élémentaire et permet un apprentissage basique de la langue française, avec des cours de morale et « d'hygiène coloniale », c'est-à-dire adaptée au contexte colonial. À cela s'ajoutent des rudiments de travaux manuels et d'agriculture pour les garçons, de couture pour les filles. Le second degré, composé d'écoles régionales (ER) pour les garçons et d'écoles ménagères (EM) pour les filles, forme à des métiers techniques ou prépare au troisième degré, dirigées par des instituteurs ou des institutrices français. Le troisième degré donne accès à l'école professionnelle supérieure, à l'école d'agriculture ou à l'école Le Myre-de-Vilers pour former les instituteurs, interprètes, agents de l'administration et préparer à l'école de médecine³⁹. Tous sont centralisés à Tananarive.

À partir de ce moment, l'enseignement connaît un essor important mais limité aux cantons où il existe des écoles officielles avec pour objectif de former de futurs agents de l'administration coloniale, des agriculteurs et des ouvriers⁴⁰. Après l'arrêté de 1905, il ne sera plus jamais vraiment question de réformes jusqu'à l'indépendance de Madagascar, en 1960. Cet arrêté a principalement créé et organisé un enseignement spécialement dédié aux indigènes, caractérisé par une organisation hiérarchisée avec une tendance à la professionnalisation⁴¹ qui vise les populations pauvres et urbaines ainsi que les populations rurales, majoritaires dans le pays, à travers un enseignement dispensé en langue locale et en français réduit⁴². Pourtant, la politique de scolarisation favorise avant tout les élites⁴³. La population merina fournit la majorité des élèves et des fonctionnaires, alors même que l'État colonial, dès le début de la colonisation, s'est officiellement donné pour objectif de supprimer l'hégémonie merina. Et ce, malgré une croissance régulière étalée sur 30 à 40 ans du nombre d'élèves appartenant aux autres régions. Les élèves merina sont en effet ceux qui maîtrisent le mieux le français, ce qui leur permet d'accéder plus facilement au deuxième degré et aux concours d'admission aux écoles ménagères et régionales. Les bons élèves étant très majoritairement ceux vivant dans un milieu favorable à l'assimilation du français, la politique scolaire tend de fait à privilégier les enfants de commerçants, de fonctionnaires, etc., merina et betsileo pour la plupart⁴⁴.

³⁷ *Ibid.*

³⁸ Simon DUTEIL, « Institutrices françaises à Madagascar (1896-1939) », *Outre-mers*, 2011 (n°370-371), pp. 161-172. DOI : <https://doi.org/10.3406/oultre.2011.4543>

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ Marie-Christine DELEIGNE. « Partenariat bailleur/État... », *op. cit.*

⁴¹ Linda LEHMIL, « L'édition d'un enseignement pour les indigènes : Madagascar et l'Algérie dans l'Empire français », *Labyrinthe*, 2006 (n°24), pp. 91-112.

⁴² *Ibid.*

⁴³ Il en est de même de l'enseignement supérieur avec l'école de médecine. Voir Delphine BURGUET, « Apprendre à soigner en période coloniale... », *op. cit.* ; « Des soins à l'occidentale. Médecins et malades indigènes face à l'Assistance médicale indigène », in Dolorès POURRETTE et al. *Femmes, enfants et santé à Madagascar. Approches anthropologiques comparées*, L'Harmattan, 2018, pp. 41-56.

⁴⁴ Faranirina ESOAVELOMANDROSO, « Langue, culture et colonisation à Madagascar : Malgache et français dans l'enseignement officiel (1895-1910) », *Omaly sy Anio*, 1976/n°3-4, pp. 105-166 ; « Politique des races et enseignement colonial (jusqu'en 1940) », *Omaly sy Anio*, 1977/n°5-6, pp. 245-256.

D. La médicalisation de l'école coloniale

Le programme de développement des mesures sanitaires s'appuie sur la vulgarisation de l'hygiène publique et privée. L'insalubrité et l'épidémie sont combattues par l'intermédiaire du message hygiéniste et la propagande du discours médical : éducation, instruction, apprentissage... Ainsi, l'école participe activement à la vulgarisation de la médecine coloniale, en accueillant les campagnes de vaccination et les médecins conférenciers relayés par les instituteurs durant les cours d'hygiène et d'éducation sportive.

Le 1^{er} mai 1915, l'Inspecteur des troupes coloniales et Directeur du Service Santé mentionne les mises en œuvre déjà réalisées en matière de vulgarisation des notions d'hygiène :

« Des efforts ont été faits en vue de répandre parmi la population, les notions les plus élémentaires de l'hygiène, de leur apprendre comment on conserve la santé et comment on évite la maladie. Une note d'hygiène a été insérée dans l'almanach malgache, une brochure en langue malgache, sur l'hygiène infantile, a été publiée. Une circulaire a prescrit aux médecins indigènes de profiter de toutes les occasions que leur fournit l'exécution de leur service pour donner des conseils d'hygiène aux habitants. Dans les maternités, les sages-femmes ont continué à donner tous conseils utiles aux femmes enceintes qui se sont adressées à elles. La propagande des idées d'hygiène a été menée également dans les écoles et dans les corps de troupes. Ces efforts ne sauraient évidemment modifier avant longtemps les errements de la population malgache surtout celle des campagnes mais c'est par l'éducation des jeunes générations que l'on obtiendra les résultats désirés. »⁴⁵

Dans la logique coloniale, l'encadrement des élèves ne se limite pas à la discipline ou au travail en classe mais, entre autres, à l'apprentissage de la santé⁴⁶ puisqu'il s'inscrit dans la mission « civilisatrice » portée par la France et remplit, de fait, l'objectif d'assurer la croissance d'une population malgache en bonne santé. L'institution scolaire se révèle ainsi être à la fois un relais politique et sanitaire. Charles Renel, alors Directeur de l'enseignement à Madagascar, mentionne que l'enseignement « est un des meilleurs moyens de lutter contre l'influence des anciens chefs et surtout des sorciers. Or il faut annihiler le pouvoir des sorciers, des vendeurs d'ody⁴⁷, des faiseurs de sikidy⁴⁸, pour amener les Indigènes à se servir de l'Assistance médicale, et on peut dire que partout l'école doit précéder l'hôpital et l'instituteur le médecin »⁴⁹. Les administrateurs coloniaux luttent alors contre les épidémies mais aussi contre toutes figures socio-politiques locales, figures de contre-pouvoir, ayant autorité sur les populations au niveau religieux et thérapeutique⁵⁰. Tout comme en France, l'hygiène scolaire en période coloniale tente de s'imposer pour devenir progressivement un champ de la médecine préventive, mais les médecins,

⁴⁵ ANOM, Mad GGM 5(5) D10, « Rapport annuel sur le fonctionnement du service de santé à Madagascar en 1914 ».

⁴⁶ Simon DUTEIL, « Un instituteur colonial... », *op. cit.* Il précise ainsi que les directeurs sont également attentifs aux idées, positions et comportements politiques des élèves, car l'instruction comporte des risques d'inéquation entre institution et statut, ainsi que d'une mise en contestation du système colonial.

⁴⁷ Le terme vernaculaire est traduit en français selon différents mots comme talisman, fétiche, gris-gris, idole, remède, sorcellerie, charme... Il est supposé détenir une charge sacrée, une puissance ou une efficacité pouvant agir sur les choses.

⁴⁸ Technique divinatoire.

⁴⁹ Simon DUTEIL, *Enseignants coloniaux. Madagascar, 1896-1960*, thèse de Doctorat, Université du Havre, 2009, p. 243.

⁵⁰ Delphine BURGUET, *Figures des maîtres rituels...*, *op. cit.*

personnels d'établissements et instituteurs sont confrontés à des difficultés matérielles, financières, pratiques, humaines et culturelles.

Les enseignants sont alors perçus comme les intermédiaires entre les élèves, leurs parents et l'Assistance médicale indigène. L'enseignement devient « *un instrument central pour la diffusion d'une rationalité médicale et de valeurs sociales* » avec des cours d'hygiène à l'école dès le premier degré⁵¹. La charge sanitaire de l'instituteur s'accroît progressivement, celui-ci devant réaliser les campagnes de vaccination et de revaccination antivariolique, transmettre des instructions sur les maladies épidémiques et contagieuses, détecter celles qui apparaissent à l'école et prévenir les médecins, en plus de se charger de sensibiliser les élèves aux risques de la consommation d'alcool. Toutefois, l'instituteur, tout comme le médecin, est confronté aux réticences et résistances des familles⁵². Par exemple, lors de l'épidémie de peste de 1936, dans la région de l'Imerina, les campagnes de vaccination programmées pour les élèves sont rejetées : ils désertent les écoles et les familles s'enferment chez elles ou abandonnent leur village⁵³.

À la suite de l'arrêté du 18 février 1928, la médecine scolaire est dénommée « Inspection Sanitaire Scolaire », qui devient plus tard, en 1945, le Service National d'Hygiène Scolaire et Universitaire⁵⁴ mettant en œuvre les obligations légales concernant le contrôle médical, la surveillance des établissements scolaires, l'hygiène et l'état sanitaire des élèves. Avec l'arrêté n° 23-55 / CG du 24 janvier 1955, le premier Centre Médico-Scolaire est créé dans la commune de Tananarive⁵⁵ et l'extension de l'implantation des Centres d'Inspection Sanitaire Scolaire aux chefs-lieux des cinq provinces se fait progressivement. Le Médecin-Chef de chaque Bureau Municipal d'Hygiène est alors tenu de faire l'inspection des élèves des écoles publiques et privées chaque année⁵⁶.

En parallèle de ces changements dans les politiques de l'enseignement et de la médecine scolaire, d'autres acteurs entrent sur la scène de l'éducation et de la santé à l'école, et ce dès l'après Deuxième Guerre mondiale. Des réunions informelles se mettent en place à partir de 1946 entre les pays acteurs de l'empire colonial, sur la base des projets portés par l'Unesco et l'Assemblée des Nations Unis, afin de faire le point sur l'éducation telle que développée jusqu'à présent dans ces territoires et avec l'objectif d'implanter localement des universités. Cette coopération entre la France, la Belgique et le Royaume-Uni se prolonge sous une forme institutionnalisée à partir de 1950, sous la dénomination de « Commission de coopération technique en Afrique au Sud du Sahara » (CCTA) qui a comme priorité la santé, l'alimentation, le travail, l'agriculture et l'éducation. Plusieurs conférences sont organisées, notamment à Tananarive en 1954⁵⁷. Outre les échanges sur des thématiques techniques et éducatives, cette commission a pour ambition de limiter la présence des organisations internationales sur le continent africain et à Madagascar.

⁵¹ Simon DUTEIL, *Enseignants coloniaux..., op. cit.*, p. 243.

⁵² Delphine BURGUET, *Figures des maîtres rituels..., op. cit.*

⁵³ Faranirina ESOAVELOMANDROSO, « Résistance à la médecine... », *op. cit.*

⁵⁴ Ordonnance n° 45.24 du 18 octobre 1945.

⁵⁵ Charles ZENY, *L'éducation de base à Madagascar..., op. cit.*

⁵⁶ *Ibid.*

⁵⁷ Damiano MATASCI, « « Un rendez-vous africain » l'Unesco, la fin des empires coloniaux et le plan d'Addis-Abeba (1945-1961) », *Histoire Politique*, 2020 (n°41) ; DOI : <https://doi.org/10.4000/histoirepolitique.380>

II) GOUVERNER LA SANTÉ À PARTIR DE L'INDÉPENDANCE

A. Réformes de l'enseignement et « éducation à la santé »

Les inégalités territoriales de santé repérées dès la construction des premières écoles confessionnelles et des établissements de formation technique au XIX^e siècle sont accentuées en période coloniale. Les populations des territoires ruraux, reculés et parfois difficiles d'accès, demeurent isolées, sans possibilité d'obtenir les mêmes services sanitaires que les autres. Certaines zones de Madagascar restent ainsi peu administrées et non soutenues en raison d'une gestion étatique centralisée. Durant la Première République (1960-1972), on assiste au développement de l'enseignement secondaire et à la mise en place d'un enseignement supérieur (pour les cadres administratifs), mais ce système, héritier de l'époque coloniale, apparaît élitiste et peu adapté aux besoins de la population⁵⁸. Dans ce nouveau régime politico-administratif, la santé scolaire est portée par le ministère de la Santé et celui des Affaires culturelles qui entreprennent des réformes et des changements de gestion notamment avec l'ordonnance n° 62-072 du 12 octobre 1962. Celle-ci prévoit que tous les élèves et étudiants ont l'obligation de se soumettre aux visites médicales. Elle crée également le Service de l'Education et de la Médecine Sociale⁵⁹, dépendant du Service Central de la Médecine Préventive et Sociale⁶⁰. À cette période, dans l'enseignement primaire, on lutte avant tout pour le développement de l'éducation et de l'hygiène nutritionnelles, ainsi que contre le paludisme⁶¹ à travers la chimioprophylaxie – qui vise notamment à prévenir le risque de paludisme à *Plasmodium falciparum*, souvent mortel. Tout le personnel de santé et de l'enseignement est mobilisé à cette fin⁶².

Le système scolaire connaît de profondes réformes sous la Deuxième République du président Didier Ratsiraka (1975-1991), marquée par une révolution socialiste basée sur une volonté de démocratisation, de décentralisation et de malgachisation de l'enseignement. Toutefois, si les écoles se multiplient jusque dans les régions rurales auparavant coupées du système éducatif et sanitaire, la politique de Ratsiraka entraîne le développement quantitatif du système au détriment de sa qualité : la formation des instituteurs et la création de matériel pédagogique ne suivent pas et la gestion du système devient aléatoire avec la raréfaction, voire l'absence de contrôle et de suivi des enseignants⁶³. Les mauvaises conditions des enseignants les amènent à se désinvestir de leur rôle éducatif, à abandonner leur métier. Les écoles publiques ferment face à la diminution des effectifs scolaires, et ceci au profit de l'enseignement privé mieux considéré. Les différences de scolarisation selon le milieu de résidence restent alors très marquées : selon les données du recensement de 1993, 69% des enfants de 6-14 ans fréquentent l'école en milieu urbain, contre 42% en milieu rural. Mais la fréquentation scolaire est caractérisée par de très fortes disparités régionales : aux extrêmes, les provinces situées autour de Tananarive, en Imerina, où les enfants sont très scolarisés et celles du sud/sud-ouest de l'île dans la région de Toliara, où ils sont peu scolarisés⁶⁴.

⁵⁸ Marie-Christine DELEIGNE, « Partenariat bailleur/État... », *op. cit.*

⁵⁹ Décret n° 64-284 du 13 juillet 1964.

⁶⁰ Ce service central comprend cinq divisions : Division Centrale d'Inspection Sanitaire Scolaire / Division Centrale de Nutrition / Division Centrale de la Protection Maternelle et Infantile / Division Centrale d'Education Sanitaire / Division Centrale d'Assainissement.

⁶¹ Note de service n° 16-9757 Mes / DP / SFMS du 17 septembre 1973.

⁶² Charles ZENY, *L'éducation de base à Madagascar...*, *op. cit.*

⁶³ Marie-Christine DELEIGNE, « Partenariat bailleur/État... », *op. cit.*

⁶⁴ *Ibid.*

Au niveau sanitaire, cette politique s'inscrit dans un contexte mondial marqué par la Charte d'Ottawa, fruit de la première Conférence internationale de la promotion de la santé réunie dans la ville éponyme en 1986. Cette Charte considère la santé comme « une ressource de la vie quotidienne et non comme un but de la vie. [...] Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités physiques »⁶⁵. Le terme d'« éducation à la santé »⁶⁶ fait son apparition, considérant l'élève comme acteur du système éducatif et de santé. Elle souhaite notamment dépasser le seul cadre préventif, dont l'enseignement de l'hygiène était issu. Ce ne sont plus simplement protection, accroissement et redressement du corps qui y sont défendus, mais aussi une nouvelle vision du mieux-être et de l'épanouissement de l'élève, à travers un enrichissement des compétences psychosociales⁶⁷.

B. Fonds internationaux et kits de santé

Les organisations internationales s'installent sur la Grande Île en s'inscrivant dans un cadre politique de santé publique et concentrent leurs activités sur les problématiques de santé, notamment à l'école. Elles mettent ainsi en place des programmes de santé préventive concernant l'hygiène en période coloniale, puis des campagnes de vaccination et des formations sanitaires qualifiantes en période post-coloniale. La surveillance médicale des élèves est effective par l'action des personnels médico-sanitaires et des instituteurs, actions portées par celles-ci⁶⁸. La question du lien entre l'éducation et la santé est ancienne et discutée chez les missionnaires chrétiens et les administrateurs coloniaux dès la fin du XIX^e siècle. L'Unesco met à son programme la même question à la fin des années 1940 et considère ce programme comme un investissement productif, parallèlement à la question de l'« africanisation », avec le « plan d'Addis-Abeba »⁶⁹. Dès les indépendances, les organisations internationales et les organisations non gouvernementales s'installent pleinement à Madagascar et apportent avec elles des plans d'aide à l'éducation sanitaire à l'école. Même si les programmes d'éducation, de certification et de validation des cursus restent nationaux, l'école ouvre ses portes à un grand nombre d'acteurs internationaux, ce qui fait émerger de nouvelles formes de gouvernance de l'école⁷⁰. La libéralisation du « marché scolaire » entraîne alors l'augmentation des écoles privées, générant de fait de nouvelles hiérarchisations de la demande. La privatisation de l'école accélère ensuite le processus de décharge des responsabilités de l'État vers le privé avec de nouvelles formes de gouvernement⁷¹.

⁶⁵ Conférence du 21 novembre 1986. Définition complète : « La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. »

⁶⁶ Ou « éducation pour la santé », plutôt utilisés dans le milieu hospitalier.

⁶⁷ Didier NOURRISSON, Séverine PARAYRE, « Histoire de l'éducation à la santé à l'école : une lente et complexe ascension (XVIII^e-XXI^e siècles) », *Spirale*, 2012 (n°50), pp. 81-94.

⁶⁸ *Ibid.*

⁶⁹ *Ibid.*

⁷⁰ Marie-France LANGE, « École et mondialisation. Vers un nouvel ordre scolaire ? », *Cahiers d'Études africaines*, 2003 (n° 169-170), pp. 143-166.

⁷¹ Hélène CHARTON, « Penser la fabrique de l'école comme un objet politique », *Politique africaine*, 2015/139 (n°3), pp. 7-21.



Lavage des mains dans la cour d'école. Fonds privé.

Un grand nombre de ces organisations, en association avec le Ministère de l'Education et de l'Enseignement Technique et Professionnel, montent des projets pour apprendre aux élèves les mesures d'hygiène et de santé. Les Fonds internationaux, ONG, associations humanitaires, fondations mais aussi les ambassades, financent par exemple des kits pédagogiques à l'école à l'échelle locale ou nationale, en fonction des fonds et des objectifs, afin de favoriser l'apprentissage de bonnes pratiques de santé. Parmi ces programmes, on retrouve la lutte contre les épidémies ou les addictions, une volonté d'éducation à une meilleure nutrition, à l'éducation sexuelle, ainsi que le « WASH » abréviation anglophone qui désigne « eau, assainissement et hygiène ». Ces actions reposent sur une organisation de terrain qui mobilise les autorités et les acteurs locaux, ayant fonction d'intermédiaire ou d'auxiliaire, afin de cibler plus précisément les élèves en zones rurales et urbaines vulnérables et en difficulté économique. Les préoccupations

sont alors celles de l'hygiène, l'accès à l'eau, l'assainissement et l'accès aux soins. En temps de pandémie, ces mesures sont particulièrement mises à l'épreuve et prennent toute leur importance.

Depuis les années 2000, la « santé en kit » permet de sensibiliser les élèves en grand nombre sur des territoires élargis, prenant en compte des régions reculées et en grande difficulté. La Fondation Mérieux est l'une de ces institutions qui déploie un programme conséquent en termes d'hygiène et de soins préventifs. Les financements sont souvent renforcés par d'autres programmes d'accès à l'eau et à l'hygiène, à l'image du programme « WASH » de la fondation AnBer. Médecins, ingénieurs pédagogiques, formateurs et animateurs travaillent avec des cellules de terrain grâce aux relais d'associations locales (Graines de bitume, ACCESMAD, Moringa Wave, Tanora Garan'Teen...) qui permettent le déploiement des kits. Les populations cibles sont surtout les mères et les enfants, à partir de projets faits pour encourager le lavage des mains et les séances de déparasitage. Plus récemment, l'éducation à la santé est devenue la priorité dans la gouvernance de la santé à l'international.

III) POLITIQUES SANITAIRES ET VULNÉRABILITÉS À L'ÉCOLE EN CONTEXTE ÉPIDÉMIQUE

A. L'école, espace de prévention et de riposte au Sars-CoV-2

Dans le contexte de la pandémie de Covid-19, l'État malgache organise le rapatriement de ses ressortissants à l'étranger du 11 au 19 mars 2020 puis, à partir du 20 mars, applique une série de mesures sanitaires. À la suite de l'identification des trois premiers cas, Madagascar ferme ses frontières et décide de l'état d'urgence sanitaire avec un confinement partiel pour Tananarive et Tamatave dès le 22 mars. Dans le cadre de ce confinement, des mesures strictes sont prises, notamment la fermeture de tous les établissements scolaires et des universités⁷².

À ces mesures d'ordre général, des gestes barrière sont préconisés tels que le port de masque (ou « cache-bouches ») et le lavage des mains. Afin de maîtriser la propagation du virus, le Centre de Commandement Opérationnel (CCO) est officiellement mis en place le 23 mars 2020. Les premiers dons pour la lutte anti-covid arrivent de la Fondation chinoise Jack Ma, avec 100 000 masques et 20 000 kits de Test de Dépistage Rapide (TDR). D'autres dons, en provenance notamment du Système des Nations Unies à Madagascar (à travers l'OMS, l'OIT, le PAM, le PNUD et l'UNICEF) et de la coopération allemande au développement, viennent apporter leur soutien tout au long de l'année 2020.

Le 8 avril 2020, le Président malgache annonce l'élaboration d'un remède traditionnel amélioré (RTA) qui soignerait la maladie de Covid-19, fabriqué localement mais sans divulguer le nom de la plante à l'origine de ce remède. À l'aide d'une prophétie annoncée par une voyante brésilienne le 16 avril dans un documentaire télévisé, l'arrivée du remède vient ainsi confirmer le caractère prophétique du message. Ainsi, le 19 avril 2020, le chef d'État annonce en direct à la télévision le lancement du « Covid-Organics » (CVO) officiellement développé par l'Institut malgache de recherches appliquées (Imra)⁷³, et dévoile le nom de la plante principale : l'Artemisia annua⁷⁴. Dans la plupart des

⁷² C'est aussi la fermeture des lieux de culte et des lieux de rassemblement, l'interdiction de tout rassemblement de plus de cinquante personnes, l'interdiction de circulation des transports en commun, le couvre-feu de 20h à 5h du matin.

⁷³ Institut malgache de recherches appliquées, situé à Tananarive, créée par le Professeur Rakoto Ratsimamanga.

⁷⁴ A la lecture d'articles médicaux sur cette plante comme médicament antipaludique, on constate que les avis scientifiques divergent quant à son efficacité. Artemisia est un genre vaste de plantes qui rassemble près de 400

apparitions télévisées, le Président malgache porte une bouteille de CVO et en boit plusieurs gorgées pour montrer l'exemple et en faire la promotion. Le CVO se présente sous trois formes : en bouteilles étiquetées (33cl / 1 litre), en poudre sous forme d'infusion et en boîte de 14 infusettes selon un packaging façonné aux couleurs du parti présidentiel (orange et blanc) et du pays (rouge, vert et blanc)⁷⁵. Quelques jours à peine après le lancement, des distributions en vrac sont assurées par des agents de la Commune Urbaine de Tananarive accompagnés par des forces de l'ordre et par des médias qui couvrent l'événement. La tisane est transportée dans des véhicules dédiés à la lutte anti-Covid et stockée dans des tonneaux de 250 litres. Le CVO est ensuite transvasé dans des seaux. La population est alignée sur plusieurs colonnes, bouteilles vides à la main pour la réception de la tisane⁷⁶. Outre Tananarive, les autres provinces touchées par le Covid-19, à savoir Tamatave et Fianarantsoa, font aussi partie de la campagne de distribution massive.

Dès le 24 avril 2020, le remède est distribué dans toutes les écoles de la capitale. Un journaliste décrit :

« Il est midi, ce 24 avril, lorsqu'un pick-up dédié à la lutte contre le coronavirus pénètre dans la cour du lycée Jean Joseph Rabearivelo, en plein cœur d'Antananarivo. À l'arrière du véhicule, deux militaires et leur fusil d'assaut gardent le précieux chargement : un tonneau blanc contenant 250 litres de « remède » contre le Covid-19. Les hommes en treillis transvasent le liquide dans des seaux. Les élèves, vêtus de blouses bleues, sont déjà alignés sur plusieurs colonnes : un par un, ils remplissent leur bouteille vide, imitant leur proviseur qui a montré plus tôt »⁷⁷.

À ce jour, il n'existe pas de preuve concluante de l'efficacité du Covid-Organics contre le Covid-19, mais le remède continue à être développé notamment avec la mise sur le marché d'une variante appelée CVO+, fabriquée sous forme de gélule dans une nouvelle usine pharmaceutique située dans les environs de Tananarive. Selon la déclaration du Président Rajoelina, le 2 octobre 2020, l'objectif est de « faire connaître au monde entier les gélules produites à partir des plantes locales. On peut changer le monde à travers la nature, les ressources naturelles et les savoir-faire malgaches »⁷⁸.

espèces. Les quantités les plus élevées d'artémisinine ont été trouvées dans A. annua, mais A. apiacea et A. lancea en présentent aussi mais en moindres quantités. Certains chercheurs pensent que ce n'est pas l'espèce A. annua mais l'espèce A. apiacea qui aurait été utilisée en Chine il y a 2 000 ans. L'artémisinine est reconnue comme un antipaludique dans les années 1970. Cette dynamique est motivée par la recherche de nouveaux médicaments antipaludiques, à la suite de la résistance aux médicaments de populations paludéennes. C'est ainsi que la résistance à la chloroquine est apparue en 1957, après sa généralisation en 1950 seulement. Cette résistance a été observée en Amérique du Sud et le long de la frontière entre le Cambodge et la Thaïlande, puis dans l'ensemble de l'Asie du Sud-Est. Voir Delphine BURGUET et Pierrine DIDIER, « Quand les savoirs traditionnels deviennent sujet d'actualité, le cas du Covid-Organics à Madagascar », *Anthropologie d'une médecine en voie de développement. Des soins ancestraux aux nouvelles pratiques thérapeutiques dans l'océan Indien occidental*, Collection « Anthropologies et médecines », L'Harmattan, à paraître.

⁷⁵ <http://www.midi-madagasikara.mg/covid-19/2020/04/19/allocution-presidentielle-nouvelles-mesures-un-remede-trouve/>

https://www.francetvinfo.fr/monde/afrique/societe-africaine/madagascar-covid-organics-le-remede-du-president-rajoelina-contre-le-coronavirus-voit-le-jour_3925621.html

⁷⁶ <https://www.madagascar-tribune.com/Le-Covid-organics-distribue-en-vrac-dans-les-quartiers-de-la-capitale.html>

⁷⁷ <https://www.jeuneafrique.com/935642/societe/coronavirus-a-madagascar-le-remede-dandry-rajoelina-coule-a-fLOTS/>

⁷⁸ « Le président malgache vante un nouveau remède contre le Covid-19, une gélule à base de plantes baptisée CVO+ » : https://www.francetvinfo.fr/monde/afrique/societe-africaine/le-president-malgache-vante-un-nouveau-remede-contre-le-covid-19-une-gelule-a-base-de-plantes-baptisee-cvo_4130721.html

Lasco et Yu⁷⁹ analyse le succès du CVO et CVO+ par sa portée à la fois messianique, traditionnelle et politique. Dans le cadre des mises en œuvre de politique de santé publique en contexte de crise, les gouvernements ont tendance à proposer des solutions à caractère mystique, à l'image ici, dans ce contexte pandémique, d'un remède présenté comme « miracle ». D'après ces auteurs, le « messianisme pharmaceutique » comprend quatre caractéristiques que l'on retrouve dans le cas du CVO à Madagascar : il émerge en période de crise sanitaire extraordinaire ; il s'appuie sur des connaissances, des pratiques et des sentiments préexistants ; il emprunte à l'autorité médicale, souvent hétérodoxe ; et il implique des substances accessibles, abordables et/ou familières.



Classe d'élèves du CM2 aménagée selon les recommandations sanitaires. Fonds privé.

Les établissements scolaires sont concernés par ces mesures sanitaires, devant, en fonction des différentes phases de la pandémie, alterner entre fermetures et réouvertures des classes, conditionnées par la mise en place de protocoles sanitaires livrés par le ministère de l'Éducation nationale. Les directions et le corps enseignant expérimentent ainsi la mise en œuvre de ces mesures. La prise de CVO est rendue obligatoire pour les zones rouges Covid avec le protocole d'administration suivant : trois bouteilles par élève par semaine, deux bouteilles par adulte par jour pendant une semaine. Le 10 août 2020, après une nouvelle période de confinement de juin à août, est évoqué le retour des élèves de la classe intermédiaire pour rattrapage. La rentrée du mois d'octobre 2020 concerne cette fois-ci tous les élèves avec des consignes sanitaires identiques : respect des gestes barrière, distanciation, désinfection avant ouverture, port du masque pour tous les élèves, mais la prise de CVO n'est plus obligatoire. En mars 2021, l'état d'urgence sanitaire est à nouveau mis en place à la suite d'une deuxième vague épidémique, avec fermeture complète des écoles.

⁷⁹ Gideon LASCO et Vincen Gregory YU, “Pharmaceutical messianism and the COVID-19 pandemic”, *Social Science & Medicine*, 2022. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114567> ; Delphine BURGUET et Pierrine DIDIER, « Quand les savoirs traditionnels deviennent sujet d'actualité, le cas du Covid-Organics à Madagascar », *Anthropologie d'une médecine en voie de développement. Des soins ancestraux aux nouvelles pratiques thérapeutiques dans l'océan Indien occidental*, Collection « Anthropologies et médecines », L'Harmattan, à paraître.

B. L'école face aux directives des autorités de santé

Notre enquête se déroule sur les Hautes Terres, qui comprend les régions de l'Imerina et du Betsileo, en période de pandémie, entre mai et juin 2021. L'étude porte sur une école privée, laïque, mixte, ayant comme ligne conductrice de favoriser l'accès à la scolarisation d'enfants issus de familles défavorisées et d'en assurer le suivi, lui conférant ainsi un caractère social. L'établissement accueille en son sein quinze classes, soit plusieurs centaines d'élèves, encadrés par près d'une vingtaine d'enseignants dispensant un niveau d'enseignement de la maternelle à la troisième. L'école dispose d'équipements sanitaires (latrines et points d'eau) lui permettant de faire respecter le protocole des règles d'hygiène établi dans son règlement, avec une autonomie concernant l'accès à l'eau potable et à l'électricité.

Comme toutes les autres écoles publiques et privées, elle doit mettre en œuvre le protocole sanitaire reçu du ministère de l'Éducation en association avec les partenaires internationaux (OMS, Unicef, UNFPA, ACCESS, PSI, USAID). La direction, ainsi que les enseignants, ont l'obligation d'appliquer les mesures mises en place pour la prévention et la lutte contre le Covid-19 et doivent faire respecter par les parents et les élèves les gestes barrières préventifs et les consignes de riposte en cas de contagion : « *L'État donne l'information et puis notre supérieur nous informe, nous impose, ce n'est pas simplement informé mais imposé, pour suivre les règlements. Il y a des affichages qui expliquent la manifestation de la maladie oui, qui expliquent aussi les règles des gestes barrière et toutes les règles qu'on doit appliquer.* » (Enseignant, responsable social)

L'école désinfecte ses locaux au Virokill⁸⁰ et confectionne les masques distribués par la suite à ses élèves avec des consignes claires pour leur entretien : les laver avec du savon, les faire sécher au soleil et les repasser. Elle achète également le gel désinfectant pour les mains. Si les écoles de la région de l'Imerina, autour de Tananarive, ont reçu des livraisons de masques gratuits, ce ne fut pas le cas à l'échelle nationale. Les initiatives pour confectionner des masques se sont multipliées, tout comme les tactiques mises en place pour en acheter en grande quantité et ainsi faire diminuer leur coût : « *Le port du masque, c'est pour tout le monde, pour tous les enfants. [...] L'année dernière [2020], quelques écoles à la capitale ont eu des masques gratuits [...] Il y a une différence entre les écoles publiques et les écoles privées, parce que les établissements publics, c'est plus proche de l'État.* » (Enseignant, responsable social)

Le Chef d'établissement et les enseignants organisent les salles de classe, les espaces de récréations et les points d'eau avec le souci de faire respecter les distances physiques entre les élèves. Sur le plan médical, les personnels repèrent les signes cliniques pouvant être liés au Covid-19 avant l'entrée dans l'école des élèves puis lors des apprentissages (hyperthermie, céphalées, toux...). Une surveillance des élèves est renforcée et les enseignants sensibilisent leur classe sur la pandémie. Lorsque le Covid-Organics a été déposé dans toutes les écoles des zones à risques, la direction a mis en place sa distribution pour tous ses élèves et enseignants. Cependant, dès la fin de l'obligation de l'utiliser, le protocole a été arrêté car le remède n'a plus rencontré le succès des premières semaines, ceci à la suite des différentes vagues et du nombre de décès dans le pays. Le chef d'établissement parle d'un manque de confiance en l'efficacité du remède et d'un prix estimé trop élevé : « *Je ne sais pas si le Covid-Organics est efficace. Pourquoi il y a des chefs, des autorités et des gens bien placés qui sont attaqués et morts ? [...] Ce sont des*

⁸⁰ Produit fourni par la société de distribution de produits désinfectants et de traitements agricoles et d'élevage, appliqué par le personnel de l'école avec pulvérisateur, gants et masque.

gens bien placés qui prennent le Covid-Organics presque comme une tisane. Donc moi, je ne trouve pas trop d'efficacité à ce Covid-Organics. [...] Et avec un prix un peu exorbitant. » (Chef d'établissement)

Les consignes données par le Gouvernement semblent claires pour la direction et les enseignants : « *l'État a donné tous les gestes que l'on doit respecter* » et concernant les masques « *... des consignes précises sur leur utilisation* » (Enseignant, responsable social). Lorsque le CVO était distribué gratuitement, la communication autour de sa posologie paraissait accessible et lisible sur les étiquettes, quelle que soit sa forme : « *l'information est écrite sur les bouteilles ou dans les sachets... le mode d'utilisation est bien inscrit* ». Les radios locales ont également relayé les préconisations données par l'État et le mode d'emploi du remède. C'est aussi un responsable de l'Education nationale qui est venu à l'école pour montrer comment l'utiliser pour l'ensemble du personnel et des élèves.

L'école est donc utilisée comme un espace de médicalisation renforcée, lieu de prévention et de riposte. L'instituteur en est l'auxiliaire, l'intermédiaire devant permettre l'application des règles sanitaires par les enfants et leurs parents. Le chef de l'établissement évoque l'idée du respect de l'autorité, celle de la direction et celle de l'État. Les instituteurs assurent une vigilance renforcée des mesures sanitaires : « *en classe toujours les professeurs qui disent « Montez les caches bouches », car ce n'est pas une habitude pour eux [...]. En classe, tous les personnels enseignants respectent et donnent les règles aux élèves qu'ils doivent suivre : laver les mains, garder toujours les distances même pendant les goûters et en classe les gestes barrière sont respectés* » (Enseignant, responsable social)

L'école est également un espace contrôlé par les autorités car considérée comme espace de contamination. Si l'école met en œuvre beaucoup plus que le protocole sanitaire de base délivré par le Gouvernement, toutes les bonnes pratiques et les situations sanitaires des élèves doivent être consignées dans un rapport quotidien, puis hebdomadaire, livrés à l'administration. En tant qu'intermédiaire entre l'État et une partie de la population, l'école comme espace protégé est aussi espace de contagion lors d'épidémies. Le chef d'établissement explique ainsi devoir régulièrement justifier administrativement la situation sanitaire rencontrée dans son école :

« Tous les jours, je dois dresser un rapport et le déposer auprès du médecin inspecteur. Et chaque fin de semaine, c'est à dire vendredi après-midi, j'ai une réunion avec tous les directeurs d'établissement pour parler de la situation. Et on a un rapport collectif à déposer au chef de district. Oui, parce que d'après le gouvernement, ce sont les établissements scolaires dont il faut se méfier beaucoup. C'est un travail énorme, un rapport chiffré avec des preuves concernant la situation générale. Et de temps en temps, il y a des policiers qui arrivent subitement. » (Chef d'établissement)

C. L'école à caractère social : un accès à la santé

Outre ces mesures sanitaires obligatoires, l'école initie depuis le début du protocole sanitaire d'autres mesures, non répertoriées dans le protocole relatif au fonctionnement des établissements scolaires, comme la prise de température et la distribution de produits de première nécessité aux familles en difficultés économiques. Cette mesure supplémentaire vise à réduire la précarité des familles due à la pandémie. Les parents d'élèves de cette école se trouvent pour certains dans l'obligation d'aller travailler pour ne pas perdre leur emploi, ou contraint d'aller chercher du travail à la journée. Le non-respect du confinement fait

augmenter le risque de contagion au sein des familles : « *Au niveau de la famille aussi, la vie devient très difficile chaque jour. Et même s'il y a le confinement, le père de famille doit sortir pour chercher du travail. Mais pendant le travail, il ne respecte pas les gestes parce qu'il n'y a pas de moyen pour, par exemple, acheter du gel mains.* » (Enseignant, responsable social)

L'école bénéficie d'un équipement et d'un protocole sanitaires déjà présents avant même l'épidémie de Covid-19. Au niveau des soins, l'école poursuit des campagnes de vermifuges que l'État ne prend plus en charge, comme précédemment⁸¹.

« *C'est le seul établissement qui donne du vermifuge, à l'école, et après ça, nos enfants sont bien parce qu'il y a aussi des maladies qui sont chez nous avec les vers, tout ça, c'est lié à la saleté. C'est une première étape de soins que l'État malgache ne fait plus. [...] Je le mets dans les rapports et puis je tiens au courant les médecins inspecteurs. Ainsi, ça fait presque une dizaine d'années qu'on s'en occupe, parce qu'on a constaté qu'il y avait beaucoup d'enfants qui viennent à l'école qui ne sont même pas traités et qui ont des petits ventres. Et le conseil du médecin, c'est de donner du vermifuge.* » (Chef d'établissement)

L'accès à l'eau à l'intérieur de l'école est un élément majeur de l'éducation à la santé et de l'accès à l'hygiène pour les enfants.

« *On est indépendant au niveau de l'eau et au niveau de l'hygiène, donc nous n'avons pas de problèmes, parce qu'on a un puits [...] Au niveau de l'hygiène, de la propreté, l'école se distingue. Chacun fait un peu à sa manière, avec ses moyens, à travers ses relations. Il y a des écoles confessionnelles aussi qui sont aidées par l'Église. Donc chacun a sa manière, chacun travaille de son côté.* » (Chef d'établissement)

De plus, l'école tisse des liens professionnels avec des acteurs de santé, ce qui facilite la prise en charge médicale des élèves en cas de besoin. Le chef d'établissement met également en place une veille sanitaire, en réalisant un suivi des élèves et des familles en dehors de l'école, au domicile. L'enseignant responsable social en visite chez les familles prend des nouvelles des enfants. Il les prend en charge s'il détecte des signes infectieux et contacte le médecin pour une consultation.

D. En dehors de l'école : difficultés face à la pandémie

Les enseignants observent des différences de pratiques des élèves concernant les gestes barrières selon qu'ils se trouvent dans l'enceinte de l'école ou à l'extérieur. L'école est dans ce contexte l'espace privilégié du respect des mesures sanitaires, sous contrôle des enseignants et des personnels de direction. Les mesures sanitaires sont respectées, voire renforcées. À l'extérieur de l'école, dans l'espace public et domestique, on observe que les élèves respectent moins, voir plus du tout, les gestes barrières : « *Le problème pour eux, c'est que quand les élèves partent chez eux, ils ont l'habitude d'enlever le cache bouche*

⁸¹ De nombreux projets d'administration de vermifuges portés par les organisations internationales et humanitaires en partenariat avec le ministère de la Santé et le ministère de l'Éducation ont donné lieu à des campagnes massives de déparasitage et à des formations à destination des enseignants sur le sujet. Par exemple, dans les années 2000, un vaste programme d'éducation est mis en œuvre à travers des activités locales d'information, d'éducation et de communication, avec administration de vermifuge, de fer et de folates, deux fois par semaine aux élèves par les enseignants. Sur 3 ans, 430 000 élèves ont reçu le traitement dans 4 585 écoles. Madagascar a également lancé un programme de vermifugation en 2012 visant à cibler tous les enfants du pays, plus de 5 millions au total. Voir World Food Programme, *La Faim et la Santé. Collection : La Faim dans le Monde*, 2007, Routledge, 192 p.

[...] *C'est dans la rue que les élèves peuvent attraper les virus.* » (Enseignant, responsable social). Les difficultés sociales et les vulnérabilités des populations sont marquées par la variabilité du respect des mesures sanitaires, ceci en fonction de facteurs socio-économiques, culturels et territoriaux. Ce phénomène est observé dans l'espace domestique selon les possibilités matérielles et financières des familles :

« On ne respecte pas la distance dans une même famille, sauf s'il y a quelqu'un dans la famille déclaré positif. Il faut s'isoler dans une autre chambre mais ce n'est pas respecté parce qu'une famille vit dans une même chambre. [...] Ce sont les moyens pour chaque famille qui ne sont pas suffisants pour effectuer l'application des mesures. [...] Actuellement, on vit des périodes très difficiles pour trouver de l'eau [...], c'est très difficile d'appliquer à la lettre les mesures données par l'État, les gestes barrière de cette maladie. » (Responsable social)

L'école a l'obligation de mettre en œuvre le protocole sanitaire, étant un établissement agréé par l'État et responsable de ses élèves à l'intérieur de l'établissement. Ces mesures sont mises en place après concertation politique entre différents ministères et organisations internationales, ce qui, aux yeux des populations, renvoie surtout un message politique. Il semble que les populations rurales des alentours de la ville où se situe l'école soient perçues comme réfractaires aux mesures sanitaires, considérées avant tout comme une action politique, venue de la capitale. Le refus de l'existence de la pandémie, le manque d'information ou l'ignorance des enjeux de santé de l'épidémie amèneraient ces populations à des comportements à risques :

« Il y a des raisons politiques pour certaines populations qui nient l'existence de cette maladie, ils ne pensent seulement que ça c'est les politiques du gouvernement. Certaines personnes, surtout ceux qui n'habitent pas en ville, les campagnards, ils ne mettent pas le cache bouche. Ce sont les décisions que les forces publiques prennent qu'ils craignent mais pas la maladie. [...] C'est très facile pour la population, surtout la population à la campagne, d'attraper le virus, parce qu'il y a les jours de marché. Tous les gens de la campagne montent en ville pour faire leurs achats. Mais en arrivant en ville, ils ne respectent pas bien les gestes et les règles qu'on leur impose [...] Et à la campagne, ils ne respectent pas le masque, parce qu'ils ne croient pas que le Covid peut arriver chez eux. C'est ça le problème pour l'application des mesures barrière. » (Responsable social)

On constate ainsi des représentations stéréotypées vis-à-vis des populations de la campagne qui semblent manquer d'informations face aux risques sanitaires. Cette perception des campagnes qui ne respectent pas les mesures gouvernementales se retrouve sur le temps long, qu'il s'agisse d'épisodés épidémiques depuis le XIX^e siècle ou de pratiques plus régulières liées aux croyances locales. Cette représentation d'une campagne réfractaire aux décisions politiques face à un État trop lointain est à la fois vérifiée : certaines populations rurales sont méfiantes et craignent les autorités étatiques (cas notamment lors des campagnes de vaccination) ; et réfutée, car les réseaux d'information sont efficaces entre territoires grâce aux intermédiaires, passeurs d'informations et acteurs de terrain⁸².

CONCLUSION

L'article montre l'évolution des inégalités sociales dans le domaine de l'éducation et de la santé articulées aux mesures sanitaires pour lutter, entre autres, contre les épidémies.

⁸² Delphine BURGUET, *Figures des maîtres rituels..., op. cit.*

Dès le XIX^e siècle, les enjeux sociaux liés à l’enseignement et à la santé se cristallisent au moment où les missionnaires prennent une place de plus en plus importante dans les actions de terrain, puis lorsque les administrateurs coloniaux mettent en œuvre une politique coloniale de développement. Après l’indépendance du pays, les différentes politiques successives tentent de réduire ces inégalités et ces disparités régionales, mais les mesures d’éducation sanitaire à l’école restent difficiles à appliquer du fait de nombreuses failles culturelles, sociales et territoriales des politiques de santé. L’école est le reflet des problèmes socio-économiques du pays et de la santé des populations : « *espace historiquement construit, l’école apparaît comme un lieu où s’entrecroisent les logiques sociales, économiques et politiques portées par la diversité des acteurs et des agents qui sont au cœur de sa fabrique. C'est ce qui en fait également une arène, un champ de bataille politique, où s'affrontent différents référentiels et systèmes de valeurs et où s'expriment à tous les niveaux des rapports de pouvoir* »⁸³.

Entre héritage du passé et nouveauté pharmaceutique, le Covid-Organics montre comment l’école reste un espace politisé de santé, particulièrement instrumentalisée en temps de crise. Elle apparaît comme le miroir des décisions sanitaires publiques locales et des enjeux globaux de santé, dans le prolongement des politiques passées, coloniales et post-coloniales, puis internationales. Des mesures sanitaires sont données en direction des jeunes populations dans l’espace scolaire, à l’instar de la campagne de distribution massive et obligatoire du Covid-Organics, qui, dans le même mouvement, démontrent le souhait qu’à l’Etat malgache de se libérer de ses anciens liens avec la France et plus largement avec l’Europe. La distribution du remède au niveau national et dans plusieurs pays africains révèle les enjeux scientifiques, politiques, identitaires et culturels sous-jacents : fabrication tirée d’un savoir traditionnel et d’une pharmacopée locale ; valorisation de la recherche scientifique africaine ; autonomie dans la prise de décision d’une politique locale ; revendication d’un savoir et de compétences africaines. Dans le cadre scolaire, les jeunes populations font alors l’expérience d’une crise qui est tout autant épidémique que politique, scientifique et identitaire.

En somme, l’étude de cas de la pandémie à SARS-Cov-2 apporte un éclairage sur la façon dont les politiques publiques de santé sont appliquées à l’école, considérée en fonction des discours et des situations, soit comme un espace à la fois protégé, grâce aux mesures d’hygiène et de soins ; soit comme un espace de contagion, où les élèves se contaminent du fait de la collectivité et propagent le virus dans les espaces publics et domestiques ; soit comme un espace contrôlé, notamment par l’obligation d’appliquer les politiques sanitaires. L’étude d’une école laïque privée à caractère social apporte ainsi une meilleure compréhension des conditions de vie et de soins des élèves et de leurs familles, face à des inégalités sociales au sein de populations qui vivent difficilement les mesures sanitaires en temps d’épidémie, notamment lorsqu’il s’agit de confiner ou de permettre un accès à l’eau et à la nourriture. Modelée en un espace de gouvernementalité qui se charge de contrôler esprit et corps des élèves⁸⁴, l’école se dévoile comme une arène complexe, reflet des inégalités sociales et de santé.

⁸³ Hélène CHARTON, « Penser la fabrique de l’école... », *op. cit.*

⁸⁴ *Ibid.*

PROMOUVOIR LA SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT À LA RÉUNION DE 1946 À 1990

Émeline DE BOISVILLIERS
Docteur en histoire
OIES, Université de La Réunion

Résumé : Entre 1946 et 1990, le domaine de la périnatalité connaît à La Réunion de nombreux bouleversements. Malgré l'acquisition du statut de département français en 1946, La Réunion présente tous les aspects du sous-développement avec une mortalité maternelle et infantile élevée. La départementalisation est donc introduite dans un contexte sanitaire préoccupant. Il faut attendre le courant des années 1970 pour que la santé des mères et des jeunes enfants donne lieu à de multiples interventions des pouvoirs publics. Dans le cadre des politiques de santé, les stratégies de soins mises en place tout au long des années 80 montrent une nette évolution des indicateurs de santé.

Mots-clés : périnatalité, santé, mères, enfants, Réunion.

Abstract: Between 1946 and 1990, there have been an upheaval in the perinatality sector. Despite the acquisition of the french département in 1946, Réunion island shows a backwardness aspect in maternal infant mortality. The department status have been introduced due to poor health outcomes. In the 70's, government involvement have stepped in for mother's health and young children. In health policy, health care strategies established during the 80's have determined an important trend in health.

Keywords: Perinatal, health, mothers, childrens, Reunion

Avant la départementalisation et l'instauration de mesures sociales, seule une minorité de la population peut faire appel à un médecin et accéder aux soins. La pauvreté s'accompagne d'une grande précarité des conditions de vie : habitats vétustes voire insalubres, malnutrition, hygiène insuffisante qui présente de lourdes conséquences sur la population. Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, bien qu'épargnée par les combats, La Réunion présente toutes les caractéristiques d'une société de plantation sous-développée, avec une prédominance des maladies infectieuses et une mortalité maternelle et infantile élevée¹. Même si depuis 1909 le Service de Santé et d'Hygiène publique propose et prescrit les mesures à prendre en vue de protéger la vie et la santé des mères et des enfants, les indicateurs de santé progressent peu. Le premier enjeu est de lutter contre la mortalité

¹ André SCHERER, *La Réunion*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 1980.

maternelle et infantile, mais le manque de professionnels et de structures adaptées, aggrave une situation déjà préoccupante. La mortalité des enfants est excessive et plus élevée que la mortalité générale. Celle-ci est notamment causée par les mauvaises conditions d'accouchement ou encore par les maladies diverses. Même si les moyens sont limités, la départmentalisation voit l'émergence de nouvelles politiques de prévention largement inspirées par les médecins et les femmes soignantes. Si l'encadrement médical insuffisant pousse certaines femmes réunionnaises à avoir recours aux soins transmis par les matrones², d'autres justifient ce recours aux accoucheuses pour des raisons culturelles. L'art de l'accouchement fait en effet appel à un ensemble de représentations et de savoir-faire transmis essentiellement par la parole et le geste dans le monde des femmes, en dehors de la médecine³. Tout au long du XX^e siècle, la grossesse, la naissance et la petite enfance sont de véritables enjeux pour les pouvoirs publics et les acteurs politiques. L'arrivée de professionnels bien formés insuffle des modifications rapides du secteur sanitaire. La promotion par l'éducation individuelle et collective de la santé mais aussi l'évolution des techniques de soin en obstétrique et en pédiatrie améliore les indicateurs périnataux. Les politiques publiques commencent alors à se focaliser sur la période périnatale. En croisant des documents d'archives composés de rapports, de documents administratifs, de coupures de presse, de correspondances, avec des entretiens réalisés auprès de professionnels de santé, nous montrons quelles mesures sont mises en place en matière de promotion et d'éducation à la santé et comment elles sont appréhendées, notamment par les mères.

I) PENSER ET AGIR POUR LUTTER CONTRE LA MORTALITÉ MATERNELLE ET INFANTILE DÈS 1946.

La situation sanitaire de l'île demeure préoccupante durant la première partie du XX^e siècle. En effet, les quelques services hospitaliers sont submergés par des pathologies liées à des carences multiples, à la dénutrition, aux parasites et aux conditions socio-économiques. Les actions mises en place comme la protection de l'enfance en 1913, puis l'Aide médico-sociale (AMS) en 1934 (cette dernière étant mise en place sous l'impulsion du docteur Raymond Vergès, directeur des services de santé) ne peuvent répondre aux besoins de la population. Le programme d'hygiène sociale débute alors avec la création de la Protection maternelle et infantile (PMI).

A. UNE NOUVELLE POLITIQUE DE PRÉVENTION SANITAIRE : LA PMI

En 1947, sur 9 893 naissances comptabilisées à La Réunion, 1 430 décès d'enfants sont déclarés, soit 144‰. La mortalité infantile du département est comparable à celle observée en métropole à la fin du XIX^e siècle⁴. Afin de protéger les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans, est créée la PMI. La politique publique qui permet la mise en place de la PMI est instituée en métropole au lendemain de la guerre par l'ordonnance du 2 novembre 1945. Toutefois, celle-ci n'est appliquée dans son intégralité qu'à partir de 1950, avec sa mise en place à La Réunion. Ce retard s'explique par le fait que l'île ne connaît que très lentement les effets de la Loi du 19 mars 1946 qui fait d'elle un département français, ce qui lui vaut l'expression de « département abandonné »⁵. Une expression qui

² Pascale HANCART PETITET, *L'art des matrones revisité. Naissances contemporaines en question*. Paris, Faustroll Descartes, 2011.

³ Laurence POURCHEZ, *Savoirs des femmes, Médecine traditionnelle et nature (Maurice, Réunion, Rodrigues)*. Paris, UNESCO Publishing, 2011.

⁴ Archives départementale de La Réunion (ADR), série GB 1693, « Rapport sur le département de La Réunion par J. Finance », avril 1948.

⁵ Yvan COMBEAU, « La départmentalisation de mars 1946 : La rupture sur la voie de l'attachement ». *Revue Historique de l'océan Indien* n°13, *Les ruptures dans l'histoire de La Réunion*, 2016, pp.33-42.

traduit l'absence de réalisations concrètes en termes d'infrastructures médicales et sociales tout au long des années 1950. En effet, les besoins immédiats de la France métropolitaine d'après-guerre ont vite détourné l'engagement entrepris en 1946. Face à l'accumulation des retards en termes d'investissement auxquels s'ajoutent les effets dévastateurs des cyclones d'avril 1945 et de janvier 1948, amertume et désillusion s'installent ainsi au sein de la population. En avril 1948, dans son rapport sur le département de La Réunion, Jean Finance, Inspecteur Général conclut que la situation sanitaire de l'île est préoccupante. La mortalité infantile et maternelle doit être combattue plus énergiquement et devient alors une priorité des autorités publiques. La mortalité infantile résulte d'une mauvaise alimentation, d'une surveillance médicale des femmes enceintes insuffisante et d'une hygiène précaire à l'origine d'infections fréquentes et de maladies contagieuses. Ainsi, l'ordonnance du 2 novembre 1945 met en place la protection médico-sociale des femmes et des enfants, de la naissance à six ans. Avant la départementalisation, les consultations de suivi de grossesse et de pédiatrie préventive sont réalisées dans des dispensaires communaux et à domicile par des sages-femmes visiteuses du service d'Assistance médico-sociale. Puis, dès l'application de l'ordonnance, les centres de PMI utilisent les maternités départementales et communales et peuvent bénéficier de l'aide des sages-femmes visiteuses. Entre 1945 et 1947, les élèves de l'école de sages-femmes sont nommées. Rémunérées par le service de santé, elles n'exercent pas en maternités, mais consultent dans les dispensaires, et se déplacent au domicile des femmes pour les accouchements et les soins de suites de couches. La création de ce corps a pour but de réduire la mortalité. Ces sages-femmes sont des infirmières libérales et opèrent dans les localités les plus éloignées comme à l'Entre-Deux, à Saint-Joseph, à la Plaine des Palmistes, ou encore à Cilaos. Il convient de préciser que le département comptabilise seulement vingt sages-femmes assistantes en 1946. Même si leurs actions en libérale permettent d'augmenter les accouchements en maternité, les sages-femmes libérales et les AMS ne font pas pour autant reculer le travail des matrones qui continueront à pratiquer les accouchements à domicile dans les hauts et les communes les plus reculées de l'île jusqu'en 1970⁶. En 1946, l'assistance médico-sociale comptabilise 1 075 consultations prénatales contre 7 777 en 1947, et 20 220 consultations d'enfants de 0 à 5 ans⁷. La Maternité départementale de Saint-Denis créée en 1904, quant à elle, réalise 3 242 consultations prénatales.

B. LES ACTIONS DE LA PMI

Le premier centre de la PMI se situe à Saint-Denis et des centres secondaires ouvrent à Saint-Paul, Saint-Pierre et Saint-Benoît. En 1952, le département compte 61 centres de PMI. Les différents rapports annuels de la Direction départementale de la santé (DDS) indiquent une évolution majeure de la PMI puisqu'en 1960, 79 dispensaires desservent les 23 communes du département et 96 en 1970⁸. Chaque centre de PMI est placé sous la responsabilité d'un médecin, qui encadre une sage-femme et/ou une puéricultrice, une infirmière et une auxiliaire de puériculture. Il y a au moins une fois par mois une consultation pré et post-natale. Au sein des grands centres, ces consultations sont hebdomadaires et assurées, en principe, par le médecin de PMI, à défaut par la sage-femme. Les professionnels de PMI donnent diverses recommandations aux mères en matière d'hygiène, d'alimentation, de soins aux nourrissons et aux jeunes enfants⁹. Les centres de

⁶ Laurence POURCHEZ, « Les matrones réunionnaises. Éléments du folklore local ou actrices de l'évolution des conduites familiales et biomédicales liées à la grossesse et à la naissance ? » in Pascale HANCART (ed.), *L'art des matrones revisité*, Paris, Faustroll Descartes, 2011, pp. 29-58.

⁷ ADR, série GB 1693. Rapport sur le département de La Réunion par J. Finance, avril 1948.

⁸ ADR, série 2PER964, « Rapports annuels de 1956-1969 ».

⁹ Anne HUGON, *Être mère en situation coloniale (Gold Coast, années 1910-1950)*, Paris, Éditions de La Sorbonne, 2020.

PMI sont alors chargés de prévention sanitaire et non de soin. En effet, les décès sont essentiellement dus aux conditions de vie de l'enfant (l'alimentation, l'hygiène) ou liés à la naissance. Selon Madame Sammartano, sage-femme à La Réunion depuis 1979, « Les conditions de la naissance, les accouchements trop longs ou encore les infections des mamans et/ou des bébés étaient les principales causes de la mortalité »¹⁰. Le service de PMI reste l'infrastructure évidente du médico-social dans le département. Le Directeur la direction des Affaires sanitaires et sociales (DASS) souligne que le dévouement du personnel est exemplaire, mais ne suffit pas. En effet, l'insuffisance de personnels qualifiés reste un obstacle à l'extension de leurs activités. Cette carence est d'autant plus importante pour les médecins et les sages-femmes. En 1958, seulement 31 médecins, 25 sages-femmes et 10 infirmières sont répartis dans les 72 dispensaires¹¹. Il est difficile de pouvoir obtenir un concours régulier de médecins vacataires. La PMI est peu considérée pour les médecins car essentiellement orientée vers le préventif. De fait, la médecine préventive est pendant longtemps perçue comme « féminine », d'autant plus qu'il s'agit de santé maternelle et infantile, domaine relevant des rôles féminins traditionnels. L'anthropologue Laurence Pourchez montre ainsi que les femmes restent « porteuses d'une part importante des savoirs traditionnels »¹². Les savoirs des femmes sont liés au corps, à la maternité, aux enfants, à l'utilisation de remèdes, pour aider à l'accouchement ou encore relatifs au traitement des maladies infantiles. Par ailleurs, la faible rémunération des médecins vacataires, qui n'a pas réellement évolué depuis 1950, n'est pas de nature à faciliter le concours de ces médecins : « les dispensaires de PMI ont toujours manqué de médecins, car ils sont mal payés et ne veulent pas faire de préventions »¹³ explique ainsi l'une des infirmières travaillant en PMI. Pourtant, même si le nombre de médecins et de femmes soignantes reste insuffisant, les centres rencontrent un certain succès auprès des Réunionnaises. Tous les chiffres montrent que femmes et enfants viennent en très grand nombre aux consultations. Les rapports annuels de la DASS pour l'année 1960, font état de 23 349 consultations maternelles et de 75 050 consultations infantiles pour 79 centres en fonction¹⁴. Cet engouement peut se justifier par une nouvelle action de la PMI, à savoir la distribution de lait en poudre aux familles les plus nécessiteuses. En dehors des consultations les mères doivent présenter le carnet de santé de l'enfant pour obtenir le lait sec. Et malgré le nombre respectable de dispensaires, les mères doivent parfois parcourir des kilomètres en raison de l'éparpillement de l'habitat dans le département.

Par ailleurs, les médecins installés en libéral ne voient pas toujours d'un très bon œil un discours politique qui tend à justifier l'améliorer des conditions de santé des mères et de leurs enfants par l'unique mise en place de la PMI. Ils n'hésitent pas à exposer leur mécontentement face à cette volonté de « détruire la part prise par les médecins libéraux dans l'amélioration de la santé dans l'île »¹⁵. Le syndicat des médecins dénonce les actions de « racolage » de la DDASS qui donne l'impression que la santé dans le département s'améliore uniquement grâce à elle. Les centres de PMI sont accusés de « racoler » grâce à la distribution de boîtes de lait et de faire pression par le biais de campagnes sur les mères de famille pour qu'elles aillent consulter dans les PMI plutôt que chez les médecins de ville. Ces derniers évoquent le « recrutement » systématique que subissent les familles de la part du personnel de la PMI et de la DDASS. Il est vrai que si beaucoup de mères amènent leurs

¹⁰ Entretien du 20 juillet 2017, Mme Sammartano, sage-femme à la maternité du CHU de Saint-Denis.

¹¹ ADR, série 2PER964. Rapports annuels de 1956-1969.

¹² Laurence POURCHEZ, *Savoirs des femmes, Médecine traditionnelle et nature* (Maurice, Réunion, Rodrigues), Paris, UNESCO Publishing, 2011, p.35.

¹³ Entretien du 30 mars 2019, Claudine Mussard, infirmière puéricultrice, maternité, PMI.

¹⁴ ADR, série 2PER964, « Rapports annuels de 1956-1969 ».

¹⁵ ADR, série 667PA63, Extrait du journal « *Le Quotidien de La Réunion* » en date du 18 mai 1981.

enfants en consultation, d'autres ne voient plus l'intérêt de venir en consultation après la vaccination si l'enfant est bien portant :

« Une fois vaccinées, certaines mères ne jugent plus nécessaire de présenter l'enfant. Cela est fort regrettable car à cet âge, beaucoup d'enfants présentent des maladies carentielles. Pour cela, les femmes soignantes allaient à pied à la rencontre des mères et des enfants à leur domicile »¹⁶.

D'après la chef de la PMI, cette « rivalité » entre les médecins de la PMI et les médecins libéraux n'aurait pas eu lieu d'être, tout le monde ayant sa place. Il est incontestable que la multiplication des cabinets médicaux sur le secteur et l'amélioration générale de la santé des enfants entraînent une diminution du nombre de consultations quotidiennes pour chaque cabinet. Le service de PMI sert donc de « bouc émissaire »¹⁷ à des médecins de ville qui voit leur activité modifiée. Afin d'améliorer la collaboration entre les médecins libéraux et les médecins de PMI, il est décidé par le syndicat des médecins et la DDASS que le libre choix du médecin soit respecté et qu'il n'y ait aucun problème si la famille souhaite être suivie conjointement par le médecin libéral et celui de la PMI. Mais les différents accords ne semblent pas satisfaire les médecins libéraux, puisqu'ils « souhaitent vivement voir clarifier les positions de la PMI » qui sort selon eux « du cadre de [ses] attributions »¹⁸. Les médecins libéraux ne veulent pas voir disparaître ces structures en tant que telles, mais ils souhaitent que celles-ci exercent strictement dans leur domaine de compétence. Malgré les relations distendues entre professions libérales et acteurs de la PMI, une réelle complémentarité entre les acteurs de santé demeure indispensable. La protection de la santé des populations est mission commune et leurs interventions sont indissociables dans un système de santé moderne¹⁹. Les changements préconisés par les pédiatres et les spécialistes vont dès lors permettre une amélioration des indicateurs de santé.

II) ACTEURS ET ACTRICES DES ÉVOLUTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES

Les années 1970 incarnent l'entrée du département dans la mise en place de politiques périnatales, dans le perfectionnement des structures hospitalières et des pratiques de soins. Les professionnels font face à différentes pathologies qui touchent le département. Leur priorité est de promouvoir la santé par l'éducation collective et individuelle, mais aussi de dénoncer les conditions d'accouchement, responsables à leurs yeux de morts néonatales et de handicaps. Dès le milieu des années 1970, la santé des mères et des jeunes enfants donne lieu à de multiples interventions des pouvoirs publics.

A. LA PROMOTION DE LA SANTÉ PAR L'ÉDUCATION COLLECTIVE ET INDIVIDUELLE

Parmi les évènements qui ont marqué l'essor du progrès technique, la baisse de la mortalité infantile est peut-être celui qui a le plus contribué à modifier la façon de vivre de la population réunionnaise. Les problèmes de santé liés aux maladies infectieuses à La Réunion sont très différents de ceux de la France métropolitaine. Cela est lié à l'environnement tropical de l'île et aux micro-organismes en cause. En effet, comme La Réunion est située en zone intertropicale, son climat chaud et humide est un terrain privilégié pour l'accroissement de nombreux parasites. Les maladies parasitaires demeurent jusqu'à aujourd'hui à l'état endémique dans toute l'île, avec des conséquences importantes

¹⁶ Entretien du 30 mars 2019, Claudine Mussard, infirmière puéricultrice, maternité, PMI, toujours en activité.

¹⁷ Entretien du 17 mars 2018, Rochat Colette, pédiatre, médecin chef de PMI, 32 années d'expérience professionnelle.

¹⁸ Archives Intermédiaires de La Réunion, série 667PA63, « Journal de l'île de La Réunion » du 7 avril 1986, p.5.

¹⁹ Didier TABUTEAU, « Pouvoirs publics et professions de santé », *Les Tribunes de la santé*, vol. 26, n° 1, 2010, pp. 103-121.

sur la santé générale de la population, et sur la santé infantile en particulier. Mais ces pathologies sont aussi directement liées aux conditions de vie et au niveau du développement de La Réunion. Médecins et autorités portent alors une attention particulière à la lutte contre les maladies infectieuses et parasitaires. En 1969, le ministère de la santé publique et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) confient au Professeur Larivière de la Faculté de Médecine de Paris la mission d'évaluer la situation réelle de l'endémie parasitaire entérique²⁰ à La Réunion et d'étudier les méthodes d'actions sanitaires à mettre en place afin d'éradiquer ces maladies. Le rapport révèle un taux d'infestation de 95% des enfants examinés de moins de 15 ans, un taux de mortalité infantile important (50‰ contre 17‰ en Métropole), 50 à 60% d'enfants sous-nutris et plus de 50% d'enfants anémiques²¹. Le Centre International de l'Enfance conclut alors que La Réunion se place au rang des régions du monde les plus parasités grâce à l'étude des dossiers d'enfants hospitalisés. Les différents sujets reçoivent des traitements médicamenteux, mais malgré l'action curative 53% des sujets traités restent parasités. Le traitement ne comporte en général qu'une seule cure qui n'élimine pas tous les ascaris. De plus, certains traitements ne résultent pas toujours d'une prescription médicale. Bien souvent, les familles ne consultent un médecin qu'après avoir épuisé les ressources locales de la médecine et la pharmacopée traditionnelles²². Le stade d'évolution de la maladie retarde ou complique le traitement, et l'échec des différents soins est parfois dominé par des réinfections permanentes. Si cette importante endémie parasitaire entérique est extrêmement lourde pour l'individu, elle l'est aussi pour la collectivité. Les cabinets médicaux et les services hospitaliers sont submergés par des pathologies de carences multiples liées aux parasitoses et aux conditions socio-économiques. Les services de pédiatrie sont occupés pour environ un tiers par des enfants parasités. Au début des années 1970, dans le service de pédiatrie (73 lits) de l'hôpital Félix Guyon à Saint-Denis, 867 hospitalisations sont comptabilisées dont 189 enfants (soit plus de 1 sur 5) hospitalisés pour parasitose seule et 76 pour dénutrition associée aux parasitoses. En effet, l'enfant est malnutri parce que parasité et il est infesté parce que mal nourri dans un « milieu » pollué. Les 189 enfants hospitalisés entraînent 4 725 journées d'hospitalisations dont le coût se chiffre à 33 216 750 francs CFA. En ajoutant les 76 parasitoses associées et les cas liés à la dénutrition, durant le seul premier semestre de 1970 les coûts d'hospitalisation s'élèvent à 45 871 750 francs CFA²³. Trois actions peuvent être envisagées afin de rompre définitivement la chaîne épidémiologique de transmission : l'action médicamenteuse, l'assainissement et l'hygiène du milieu ainsi que l'éducation sanitaire. Toutefois, jusqu'à la fin de l'année 1969 l'éducation sanitaire est pratiquement inexistante à La Réunion. En octobre 1969, le Comité départemental d'Action sanitaire et sociale, organe consultatif créé en 1967, s'accorde sur un programme sanitaire urgent à mettre en œuvre. Le comité souhaite créer à La Réunion comme en métropole une association d'éducation sanitaire et sociale dont le but est « la promotion par l'éducation individuelle et collective, de la santé physique et mentale, ainsi que la promotion sociale »²⁴. La mission du Professeur Larivière aboutit l'année suivante à la création de l'Association réunionnaise d'éducation sanitaire et sociale (ARESS) et en 1971 à la création du Laboratoire départementale d'épidémiologie et d'hygiène du milieu. Parmi les orientations données au projet, l'enjeu de l'hygiène du milieu et de la lutte contre les parasitoses est

²⁰ Parasites qui se trouvent dans les intestins.

²¹ ADR, série 1447W1, « Les parasitoses intestinales humaines dans l'île de La Réunion. Rapport de mission du Pr. M. Larivière de la faculté de médecine de Paris ».

²² Albert LOPEZ, « La santé en transition à la Réunion de 1946 à 1986 : bouleversements et limites des conquêtes de la santé dans un département d'Outre-Mer », in *Annales de Géographie*, t. 98, n°546, 1989. pp. 152-178.

²³ Archives Intermédiaires de La Réunion, série 667PA42, *Annales de Parasitologies*, t.48, n°2, 1973.

²⁴ ADR, série 1542W42, ARESS, 1973.

majeur. L'objectif principal est d'établir le contact avec la population par des moyens audiovisuels pour qu'elle prenne conscience de son rôle dans la prise en charge de l'amélioration de ses conditions de vie sur le plan sanitaire. L'action première de l'ARESS débute avec l'amélioration des conditions de vie et de logement de la population. Les critères socio-démographiques et l'état de l'habitation sont en effet des causes importantes dans le parasitisme intestinal. Les logements sont généralement précaires, très rudimentaires et rarement raccordés au réseau de distribution d'eau et d'électricité. En 1967, sur 32 268 logements ayant l'eau courante, 2 170 ne possèdent pas de WC. Parmi les 45 317 habitations sans l'eau courante, 15 698 ne comptent aucun WC. Même quand une eau correcte est distribuée, elle est la plupart du temps polluée lors de son transport et de son stockage. L'ARESS met ainsi à la disposition des familles un récipient servant au portage de l'eau avec une désinfection facile par javellisation. La marche à suivre pour le traitement de l'eau est enseignée aux familles par les différemment moyens d'information à disposition, et notamment la radio. Cette dernière reste en effet le moyen le plus répandu car il ne nécessite pas d'électricité et touche les familles les plus isolées. Les tracts, les émissions télé, la presse sont aussi largement utilisés. À la fin des années 1980, le taux des logements raccordés à un réseau d'eau traitée s'élève à 94%. Toutefois les 6% restant n'ayant pas accès à l'eau traitée restent très défavorisés. Le taux d'enfants parasités atteint 63% lorsque le réseau d'eau reste non traité et 14% si celui-ci est propre à la consommation. L'absence de WC constitue toujours un risque particulier de parasitisme. Si dans les années 1950 à La Réunion jusqu'à 300 décès par an sont dus à des parasites, le risque d'une maladie infectieuse ou parasitaire est passé de 9,5 pour 1 000 naissances en 1965 à 6,9% en 1970 et 0,32% en 1983²⁵. Pour les professionnels, « ce qui a été fait à La Réunion en matière d'hygiène, d'assainissement fut spectaculaire et la disparition de certaines maladies également »²⁶. Dans la lutte contre la mortalité infantile, les mesures d'hygiène, d'éducation sanitaire et d'assainissement ont permis la baisse des décès d'enfants liés aux facteurs « exogènes ». Les maladies infectieuses voient leur pronostic évoluer vers la guérison. Leur traitement avant tout préventif devient curatif. Mais la mortalité périnatale reste élevée et préoccupe les professionnels de santé. La périnatalité devient alors un domaine de recherche particulièrement important avec une prise de conscience quant à la question des handicaps physiques qui constitue l'un des problèmes de santé majeurs du département au début des années 1980. Pédiatres et obstétriciens s'attachent dès lors à renforcer la sécurité des naissances et développent des recherches sur le diagnostic prénatal ou la protection de la maternité.

B. L'ÉVOLUTION DE LA PÉDIATRIE : COMMENT DISPENSER DES SOINS ?

Le premier hôpital pédiatrique du département est inauguré le 19 juin 1947 à Saint-Denis et est géré par l'Association Saint-François d'Assise (ASFA). Cette association, anciennement Hospice de Saint-François d'Assise, est créée en 1918 par Madame Louise Samat et n'a de cesse d'évoluer. Cet établissement accueille et soigne bénévolement les enfants les plus démunis, avec à sa tête un



Louise Samat, fondatrice de l'ASFA. (Source : Association Saint-François d'Assise)

²⁵ Archives Intermédiaires de La Réunion, série 168PA31, « Enquête sur les parasitoses à La Réunion », 1979.

²⁶ Entretien du 4 juillet 2018, Alain Fourmaintraux, pédiatre à l'hôpital d'enfants de Saint-Louis, trente-cinq années d'expérience professionnelle.

médecin, assisté de religieuses qui pour certaines font office d'infirmières. En 1953, l'hôpital pédiatrique voit arriver la première femme pédiatre de l'île en la personne de sœur Colette, de son vrai nom Henriette Gascuel. Elle est née le 19 mai 1919 à St Jean-du-Gard et passe toute son enfance au Maroc. De retour en France avec sa famille, elle entreprend à Paris des études de médecine. Elle se spécialise en pédiatrie sous la direction du professeur Robert Debré (père de Michel Debré, Premier ministre et député de La Réunion). Membre



Sœur Colette à l'hôpital d'enfants de Saint-Denis (Source : Collection du docteur Monique Sibout, pédiatre à l'hôpital d'enfants de Saint-Denis)

de la première équipe médicale sur la réanimation des prématurés en France, elle soutient sa thèse sur l'alimentation des nourrissons. En juin 1950, Henriette Gascuel entre à l'Institut des Franciscaines Missionnaire de Marie et arrive à La Réunion le 30 septembre 1953. En décembre 1955 elle y prononce ses vœux perpétuels et devient sœur Colette. Cette femme marque de son empreinte l'histoire de la pédiatrie à La Réunion, à la fois en tant que pionnière mais aussi parce qu'elle contribue à former plusieurs promotions d'infirmières et d'auxiliaires de puériculture sur place. Dans une île où la malnutrition est importante, elle s'engage dans un projet architectural pour un « vrai » hôpital face au nombre grandissant d'enfants malades. La construction du deuxième établissement pédiatrique débute en 1952 à l'initiative du Père Favron²⁷ à Saint-Louis. Celui-ci sollicite l'État, le département et les communes afin d'obtenir des subventions, des dons et des legs. Le préfet Pierre Demange, premier préfet de La Réunion, s'inquiète de « l'état physique lamentable des enfants » et s'engage dans une politique d'aide pour l'émergence de cette institution, même si la législation ne prévoit pas d'aides aux établissements privés. L'hôpital ouvre ses portes en

²⁷ René Jean Baptiste Favron, dit Père Favron reçoit le 29 mars 1939 l'ordination sacerdotale. Il demande à être rattaché au diocèse de Saint-Denis de La Réunion, alors terre de mission. Il est le fondateur d'œuvres sociales et d'hôpitaux à La Réunion. À son arrivée à La Réunion le 17 juin 1939, il est confronté à des situations de misère et de souffrance extrêmes.



Sœur Colette et le Professeur Robert Debré
(Source : Collection du docteur Monique Sibout)

mars 1953. Le succès de ces deux structures est immédiat auprès du public : l'hôpital d'enfants de Saint-Louis affiche un taux d'occupation de 91% en 1955 et celui de Saint-Denis un taux de 98%²⁸. En dépit des taux d'occupation importants, ces deux structures restent jusqu'aux années 1960 les seules à pouvoir accueillir les enfants malades. Cette situation engendre alors, par manque de places et de personnels soignants, des refus d'hospitalisation. Le

nombre de patients est ainsi supérieur à la capacité d'accueil théorique et les prématurés sont alors élevés dans des boîtes de coton hydrophile par manque de places²⁹. Mais dès le début des années 1960, l'hospice communal de Saint-Paul (1960), l'hôpital intercommunal de Saint-André et de Saint-Benoît (1961) ainsi que celui de Saint-Pierre (1963) viennent combler le manque de lits avec l'ouverture de nouveaux services de pédiatrie. En dehors des consultations externes qui relèvent de la PMI, les services de pédiatrie traitent et se consacrent essentiellement comme déjà évoqué aux maladies infectieuses et parasitaires. Jusqu'en 1972, aucun service destiné aux prématurés n'existe à La Réunion, alors que le premier service de néonatalogie français voit le jour en 1959 à Paris à l'initiative du Professeur Alexandre Minkowski³⁰. Le 10 mars 1975, Sœur Marie-Thérèse Hervot, Vice-présidente de l'Association Saint-François d'Assise mais également supérieure de la Communauté des Sœurs Franciscaines Missionnaire de Marie à Saint Denis, sollicite le préfet afin d'obtenir l'agrément pour l'ouverture d'un nouveau service de prématurés à l'hôpital d'enfants de Saint-Denis, comprenant cinq couveuses et cinq lits de pré-sortie supplémentaires. L'Association Saint-François d'Assise est tout à la fois l'organisme responsable de l'aménagement et de l'exploitation du service. Il ne s'agit pas de constructions mais de réaménagements. Ce service est appelé à desservir la même circonscription que celle de l'hôpital d'enfants de Saint-Denis (de Saint-Paul à Sainte-Rose) et est réservé en priorité aux prématurés malades ayant posé des problèmes de réanimation à l'accouchement : césarienne, problèmes respiratoires, infections, accouchements difficiles, et souffrance fœtale de manière plus générale. En 1976, l'hôpital d'enfants de Saint-Denis se retrouve dans une impasse avec le décès de Sœur Colette et la perte de la pédiatre qu'elle était. Le recrutement va alors se faire en métropole, avec l'arrivée d'infirmières et de pédiatres qui doit permettre de réduire le décalage technologique. Cette arrivée permet de réduire le décalage technologique avec la métropole. L'année 1952 voit l'avènement de la ventilation artificielle³¹, technique qui est adaptée aux nouveau-nés dans

²⁸ ADR, série 2PER964-1/6/8 ; « Rapports annuels de 1955, 1957, 1962 et 1968 ».

²⁹ Entretien du 12 août 2017, Michel Turquet, pédiatre hospitalier, libéral, 50 années d'expérience professionnelle.

³⁰ Nommé médecin des hôpitaux de Paris en 1959, il s'investit pleinement dans le développement de la néonatalogie, une discipline qui, grâce à l'application des techniques de la réanimation à la pédiatrie, est alors en plein essor. De 1958 à 1967, il dirige le Centre de recherches biologiques néonatales à l'hôpital Cochin Maternité Port-Royal de Paris

³¹ Le Danois Lassen au cours d'une épidémie de poliomyélite inaugure la ventilation artificielle grâce à un appareil

les années 1960³². À La Réunion, c'est grâce aux compétences de deux pédiatres métropolitains qu'en 1976, l'hôpital d'enfants de Saint-Denis se dote du premier service de réanimation néonatale avec ventilation assistée. Le service de réanimation reçoit alors la totalité des nouveau-nés des autres maternités de l'île et est capable d'assurer des soins intensifs de haut niveau : le service de nouveau-nés possède dix lits, neuf couveuses et quatre respirateurs³³. Il faut attendre 1979 pour que le sud du département se modernise avec l'ouverture du service de réanimation néonatale à l'hôpital d'enfants de Saint-Louis, ouvert depuis 1953. Au milieu des années 1980, le département de La Réunion compte trois services de néonatalogie à Saint-Denis (Centre hospitalier, hôpital d'enfants et clinique Sainte Clotilde) et deux services dans le sud (hôpital d'enfants de Saint-Louis et à l'hôpital de Saint-Pierre³⁴). La Réunion est de mieux en mieux dotée en capital technique dans le secteur de la santé et les différents paramètres de la mortalité infantile sont divisés par deux, passant de 25,7‰ à 17‰ (9,9‰ en métropole) entre 1975 et 1979, et de 11,3‰ à 8‰ pour la mortalité néonatale précoce³⁵. Mais les conditions de la grossesse, de l'accouchement et des premiers mois de la vie continuent d'interroger les spécialistes de la santé à La Réunion.



Soignante au service des prématurés (Source : Collection du docteur Monique Sibout)

mis au point par le Suédois Gunnar Engström.

³² Bernard SALLE et Paul VERT, « Chronique historique. Néonatalogie : passé et présent », *Bulletin Académie Nationale de médecine*, n°6, 2013.

³³ La revue de pédiatrie, *La santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent à l'île de La Réunion*, Tome XXIV, n°6, Juin-Juillet 1988.

³⁴ Archives Intermédiaires de La Réunion, série 168PA AD7, Établissements hospitaliers, service de pédiatrie : rapports annuels 1983-1984.

³⁵ ADR, série 2PER964, « Rapports annuels de 1970 à 1979 ».

III) LES OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ RELATIVE À LA GROSSESSE ET À LA NAISSANCE

Ainsi, en matière de périnatalité, La Réunion affiche au début des années 1980 des chiffres encore très médiocres. Dans les faits, les politiques publiques se sont avant tout concentrées sur les soins apportés au bébé, se souciant moins d'autres aspects pourtant primordiaux que sont notamment les soins apportés à la mère durant la grossesse et l'accouchement. Les professionnels de santé, les membres du Conseil général et de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) souhaitent dès lors mieux sensibiliser les femmes enceintes et assurer des accouchements plus sûrs. Dans le même élan, il s'agit d'accroître la sécurité de la mère et de l'enfant lors de la naissance par le recours à des normes précises de fonctionnement.

A. PRÉVENIR POUR SAUVER

Si les composantes exogènes de la mortalité infantile ont rattrapé les niveaux métropolitains, la périnatalité et la mortinatalité sont respectivement 2 et 2,4 fois plus élevées qu'en métropole et il faut attendre les années 1965-1970 pour constater une chute significative de ces indices. Les conditions sanitaires des nouveau-nés sont en effet moins favorables qu'en métropole. L'analyse des causes de décès dans les rapports de la DDASS pour les bébés de moins d'un an en 1981-1982-1983, montre que les anomalies congénitales sont responsables de 18% des décès, quand les affections périnatales sont responsables de 43% du total de la mortalité infantile. Ces taux s'expliquent par une mauvaise surveillance de la grossesse de la mère quand elle n'est pas tout simplement inexistante. La surveillance prénatale se heurte à plusieurs obstacles. Certaines régions de l'île, notamment les Hauts et les Cirques, restent encore mal desservies sur le plan médical et ce malgré de réels efforts accomplis par les services de la PMI dans les décennies précédentes. De plus, par manque d'informations, certaines couches modestes de la population ont un suivi irrégulier. En retenant la catégorie socio-professionnelle, la mortinatalité enregistre des taux plus élevés chez les agriculteurs exploitants et salariés, chez les employés de maison et les inactifs, pour lesquels les accouchements à domicile sont plus fréquents que pour d'autres professions. Les affections périnatales incluent principalement la prématurité, le syndrome de détresse respiratoire du fœtus et du nouveau-né. Dans la mesure où ces pathologies sévissent principalement in utero et immédiatement après la naissance, leur prépondérance va de pair avec un accroissement du poids de la mortalité périnatale avant un an. La situation périnatale réunionnaise se caractérise par des taux de prématurité et de naissances de petit poids supérieurs aux taux métropolitains. Cette précarité sanitaire des nouveau-nés s'explique aussi par le mauvais état de santé relatif des Réunionnaises : problèmes d'alcoolisme, de diabète et d'hypertension sont notamment plus habituels qu'en métropole. Les problèmes liés à l'alcool se retrouvent notamment dans le Syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF), identifié sur l'île en 1976 par perception sensible grâce aux travaux de deux pédiatres³⁶. Dans les années 1980, plusieurs travaux confirment la prévalence élevée des grossesses avec alcoolisation nocive sur l'île³⁷. Mais ce n'est que vers le milieu des années 1990 que la prévention des effets de l'alcool sur le fœtus devient une priorité et est inscrit dans le Projet régional de Santé. C'est ainsi que se constitue un premier réseau de prévention, Réunisaf. D'après les observations, le contexte socio-économique

³⁶ Paul LEMOINE, Henri HAROUSSEAU., Jean-Pierre BORTEYRU, « Les enfants de parents alcooliques. Anomalies observées. A propos de 127 cas », in Revue Ouest Médical, 1968.

³⁷ Jean Pierre TURRI, *À propos de 31 observations d'embryofœtopathie alcoolique à l'île de La Réunion*, Thèse de médecine, Université Pierre et Marie Curie, 1983.

(chômage estimé à 31,4% en 1982, problèmes conjugaux...) rend de plus en plus criantes les inégalités en termes de mortalité infantile³⁸. Mais les professionnels observent également des facteurs de risques plus fréquents à La Réunion, comme les malformations congénitales (deuxième cause de décès infantile). Afin de « prévenir » les anomalies, le dépistage des maladies génétiques et la réalisation progressive du diagnostic prénatal sont mis en place à partir de 1981, alors que ces examens sont pratiqués en métropole depuis 1972³⁹. La mise en place de ce dépistage évite par ailleurs le départ en métropole de patientes plus aisées, soucieuses du bon développement de leur enfant⁴⁰. D'une manière plus large, la systématisation de ce dépistage par les professionnels fait apparaître un taux de maladies génétiques plus important à La Réunion qu'en métropole.

« L'amour ne commande pas ! Mais mon expérience de 31 années de pédiatrie hospitalière à La Réunion retient que cette île est détentrice de records mondiaux pour certaines maladies génétiques (plusieurs siècles au cours desquels la population s'est reproduite « entre soi » ont abouti à ces concentrations de défauts génétiques : myopathies, neuropathies, mucoviscidose...) et qu'il est bénéfique « génétiquement » parlant de se reproduire avec des non Réunionnais »⁴¹.

Même si aucune étude scientifique ne recoupe cette affirmation, des recherches sont menées à propos des anomalies génétiques transmises au fil des générations. La généticienne Alexandra Henrion Claude chargée de recherche Inserm à l'unité « Génétique et épigénétique des maladies métaboliques, neurosensorielles et du développement » (Inserm/Université Paris Descartes) et François Cartault généticien du CHU de La Réunion, se sont penchés sur les origines génétiques d'une maladie grave, baptisée « Ravine », puisqu'elle se manifeste essentiellement dans les populations en bordure de ravines. Elle touche certains enfants de La Réunion avant leur premier anniversaire. Les maladies génétiques et congénitales apparaissent car la population insulaire favorise de fait une certaine consanguinité. Dans les différents rapports des Archives Intermédiaires de La Réunion, pour les étiologies de la mortinatalité et de la mortalité périnatale, nous retrouvons par exemple pour l'année 1981 à la maternité de Saint-Louis et de Saint-Pierre, 26,5% et 22% de M.F.I.U (morts fœtales in utero) parmi lesquelles nous pouvons citer les anomalies chromosomiques et les malformations du nouveau-né⁴². Selon l'historien Prosper Eve, les Hauts de l'île sont des espaces plus propices à la consanguinité, « c'est un phénomène de quartiers sudistes en altitude »⁴³. C'est un fait de la société post esclavagiste à La Réunion, et est le reflet d'une homogamie et d'une endogamie accentuée⁴⁴. En 1984, 57,5% des patients venant dans le cadre d'une consultation génétique demandent un diagnostic prénatal, contre seulement 22% en 1981⁴⁵. Les Réunionnaises cherchent de plus en plus une sécurité médicale. Les pédiatres métropolitains identifient alors les gènes, les mutations responsables des maladies et posent un diagnostic précoce pour mieux protéger les enfants. Ainsi, les

³⁸ Albert LOPEZ, « La santé en transition à la Réunion de 1946 à 1986 : bouleversements et limites des conquêtes de la santé dans un département d'Outre-Mer », in *Annales de Géographie*, t. 98, n°546, 1989. pp. 152-178.

³⁹ Archives Intermédiaires de La Réunion, série 667PA18, « Courriers échangés entre la DDASS et la PMI et le ministère de la Santé, 1979-1981 ».

⁴⁰ *Ibid.*

⁴¹ Entretien du 5 septembre 2018, François Lesure, pédiatre à l'hôpital d'enfants de Saint-Denis, 31 années d'expérience professionnelle.

⁴² Archives Intermédiaires de La Réunion, Série 168PA : Santé de l'enfant, périnatalité, suivi de grossesse, accouchements, IVG, maladies infectieuses, démographie, politique familiale.

⁴³ Prosper EVE, *Ile de La Réunion. Société et religion*, Saint-Denis de La Réunion, Océan Editions, 2007.

⁴⁴ Gilles GERARD, « Le choix du conjoint en société créole : étude anthropologique du champ matrimonial et approche des processus d'acculturation : trois siècles de mariage à Saint-Leu, île de La Réunion », Thèse de doctorat d'ethnologie, Université de La Réunion, 1997.

⁴⁵ ADR, série 1521W357, « Le diagnostic prénatal dans le département de La Réunion », 1982.

techniques de diagnostic prénatal offrent l'opportunité à des couples à risques d'envisager des grossesses plus sûres. Mais sécuriser les grossesses et les naissances, c'est aussi réaliser de la prévention auprès des femmes enceintes qui accouchent toujours à domicile.

B. QUAND LES FEMMES ACCOUCHENT AUTREMENT

Les accouchements à domicile, 75% du total des accouchements en 1961, représentent encore près de 40% des accouchements en 1971. Lors de la mise en place du programme de périnatalité, les femmes soignantes et plus particulièrement les sages-femmes, pointent du doigt la pratique d'accouchements à domicile et le manque de suivi régulier des femmes enceintes. Ce facteur a longtemps pesé sur les pathologies relevant de la gynécologie et de l'obstétrique, donc sur la mortalité infantile. En effet, la part de ces accouchements semble être une cause non négligeable de la mortalité infantile. Depuis le milieu des années 1970, la majorité des femmes, sous la pression des médecins et des pouvoirs publics, mettent leur enfant au monde en milieu hospitalier⁴⁶ : en plus d'un meilleur suivi médical, des primes sont offertes par l'État à celles qui s'inscrivent dans un parcours de soin hospitalier. Mais en 1981, 7,6% des naissances se déroulent encore à domicile contre 0,4%⁴⁷ en métropole. Les conceptions traditionnelles de l'accouchement sont toujours présentes dans les mœurs en dépit des bouleversements induits par le développement du modèle hospitalier. En 1985, l'État attribue dans le cadre des crédits régionalisés de prévention la somme de 10 000 francs destinée à la mise en place d'une action d'éducation pour la santé en matière de périnatalogie. Deux pédiatres, un gynécologue et un médecin informaticien de la DDASS participent à cette enquête avec l'aide des sages-femmes de la PMI venues de différentes communes de l'île. L'objectif de cette enquête est d'apprécier dans le cadre de la mortalité périnatale le rôle éventuel des accouchements en-dehors des maternités. Les professionnels souhaitent également connaître le profil de la population qui accouche à domicile (répartition géographique, âge, état matrimonial, déroulement de la grossesse, motivation du choix du lieu de naissance). Selon les chiffres officiels de l'INSEE, le nombre total de naissances s'élève à 13 280 pour l'année 1985 (13 122 naissances vivantes et 158 mort-nés). Parallèlement, le service départemental de la PMI en collaboration avec les établissements d'accouchement comptabilise 12 879 naissances dans les différentes maternités de l'île et parmi elles 401 se déroulent hors établissements de soins. L'enquête révèle que 263 accouchées (soit 69%) déclarent avoir voulu accoucher hors maternité, 102 patientes (soit 76%) invoquent le choix personnel et 45 autres des habitudes familiales. La notion de « tradition » est encore présente dans certaines familles alors que les professionnels mettent en garde sur les risques qu'impliquent les accouchements à domicile. L'accouchement en milieu hospitalier modifie le modèle de la famille réunionnaise. Si bien souvent, à La Réunion, les pères sont réticents à se mêler des « affaires de femmes », quelques-uns commencent à s'investir en participant aux échographies ou aux différentes séances de préparation à l'accouchement. C'est le début du processus de paternalisation. Les grands-mères, dépossédées de leur rôle par les sages-femmes, sont en revanche de moins en moins présentes lors de l'accouchement. Mais elles retrouvent, du moins en apparence, une partie de leur pouvoir lors du retour au foyer de la mère et de l'enfant⁴⁸. Comme le développe Laurence Pourchez, des contradictions et des incohérences apparaissent entre les attitudes des professionnels médicaux et les croyances des femmes appartenant à la tradition. Certains mythes peuvent faire sourire les milieux

⁴⁶ Laurence POURCHEZ, *Grossesse, naissance et petite enfance en société créole (Île de La Réunion)*. Paris, Karthala, 2002.

⁴⁷ Françoise THEBAUD, *Quand nos grand-mères donnaient la vie. La maternité en France dans l'Entre-deux guerre*. Lyon, Presses Universitaire de Lyon, 1986, p. 165.

⁴⁸ Laurence POURCHEZ, *Grossesse, naissance et petite enfance..., op. cit.*

médicaux, mais les femmes y tiennent. Une sage-femme diplômée se souvient par exemple de cette interdiction, toujours présente dans les années 1990, de ne pas prendre de bain pendant quarante jours à la suite de l'accouchement en raison du fameux « refroidissement » des jeunes accouchées qui donne des douleurs au dos et aux jambes. D'autres apports technologiques viennent bouleverser la conception qu'ont les femmes réunionnaises sur l'enfant qu'elles portent. Traditionnellement, les femmes ne reconnaissent une existence à leur enfant qu'à la naissance. Mais l'introduction de l'échographie dès les années 1980 aide ces femmes à mieux se représenter leur enfant, et le fœtus est désormais considéré comme pleinement vivant dès les premières échographies⁴⁹. L'attention autrefois centrée sur la future mère « en travail », se fixe aussi, et de plus en plus, sur l'enfant à naître⁵⁰. Dès lors, c'est toute la grossesse qui est vécue différemment.

CONCLUSION

Entre 1946 et 1980, La Réunion a subi de manière accélérée un profond bouleversement de son système de santé. L'île tente de rompre avec la médecine coloniale pour laisser place à une révolution scientifique et technique autour de la médicalisation de la maternité. Les témoignages de nos interlocutrices laissent cependant entendre que les femmes continuent de cohabiter avec d'anciennes pratiques aux yeux des professionnels de santé. Au début des années 1950, La Réunion demeure dans une situation de sous-développement avec un taux de mortalité maternelle et infantile élevé et des infrastructures dans un état de vétusté préoccupant. Toutefois, la mise en place de premières consultations au sein de la PMI, de nouvelles mesures d'hygiène, de vaccinations, d'éducation sanitaire et d'assainissement, sensibilisent les mères aux soins destinés à leurs enfants. Sur le plan épidémiologique, même si durant les années 1960 une part importante de la population demeure parasitée, la mortalité reste stable grâce aux actions de la PMI. Le véritable tournant historique qui transforme durablement le système de santé réunionnais en faveur de la mère et de l'enfant se situe dans le courant des années 1970. L'analyse des composantes de la mortalité infantile met en évidence une diminution moindre de la mortalité néonatale et de la mortinatalité sur l'île par rapport à la France hexagonale pour des raisons avant tout sociales et d'éducation. La mise en place à La Réunion de l'ensemble des prestations et actes médicaux relatifs à la santé des mères et des enfants, par des visites prématernelles, par une restructuration importante de l'offre obstétrico-pédiatrique et par l'accouchement en maternité est assez récente. En effet, il faut attendre les années 1980 pour que la plus grande part des accouchements s'effectue en milieu hospitalier. De fait, c'est durant cette décennie que s'opère le basculement de pratiques rituelles et familiales localisées vers les méthodes plus sûres de l'obstétrique. L'apport d'une médecine moderne intervient dans un contexte particulier à La Réunion. Les pratiques traditionnelles véhiculées par la matrone et la femme qui aide (mère, grand-mère, tante, voisine) sont toujours présentes, mais se font désormais plus discrètes. Dès les années 1980, l'objectif des politiques de la périnatalité vise à accroître la sécurité de la mère et de l'enfant lors de la naissance par le recours à des normes précises de fonctionnement. L'étude des statistiques de mortalité et celle des résultats d'enquêtes de la DDASS et de l'INSERM conduites tout au long des années 1980, mettent en évidence une diminution importante de la mortalité périnatale. Les parturientes sont plus soucieuses de la sécurité des naissances et se dirigent de plus en plus vers les structures adaptées.

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ Yvonne KNIBIEHLER, *Accoucher : femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle*, Rennes, Presses de l'EHESS, 2016, p.48.

LES REPRÉSENTATIONS DE LA HONTE ET DE LA PAUVRETÉ DANS LES RELATIONS SOIGNANTS-SOIGNÉS EN MILIEU RURAL À MADAGASCAR

Elise HUYSMANS

Candidate au doctorat (PhD)

Laboratoire d'Anthropologie Prospective (LAAP), UCLouvain

Chiarella Mattern

Anthropologue, Institut Pasteur de Madagascar

Chercheuse associée UMR Ceped

IRD, Université Paris Cité, Inserm

Résumé : Cet article se base sur une étude anthropologique conduite à Madagascar en 2018 en santé maternelle. Nos résultats suggèrent qu'au niveau communautaire, la relation entre le soignant et le soigné est affectée par les représentations autour de la pauvreté des mères et parturientes. Cette pauvreté est associée essentiellement à un niveau économique faible et une incapacité pour celles-ci à se procurer du matériel de soins. En réponse à ces représentations, les parturientes développent des stratégies d'évitement de « la honte », notamment par la démonstration de leur capital matériel et financier lors de leurs consultations au centre de santé. Le recours aux soins prodigues par la matrone participe à ces stratégies permettant de « privatiser » la pauvreté.

Mots-clés : Madagascar – Anthropologie de la santé – Relations soignants/soignés – Pauvreté – Honte

Abstract: This article is based on an anthropological study conducted in Madagascar in 2018 in maternal health. Our results suggest that at the community level, the relationship between the caregiver and the cared-for is affected by representations around the poverty of mothers and parturients. This poverty is essentially associated with a low economic level and an inability for them to obtain health care materials. In response to these representations, parturients develop strategies to avoid "shame", by demonstrating their material and financial capital during their consultations at the health center. The use of care provided by the matron is part of these strategies to "privatize" poverty.

Keywords: Madagascar - Anthropology of health - Caregiver/cared for relationships - Poverty – Shame.

La santé de la mère et de l'enfant constitue une problématique majeure en santé publique à Madagascar. On y observe un taux de mortalité maternelle élevé, avec 478 décès sur 100 000 naissances vivantes en 2012¹. Par ailleurs, il est estimé qu'à Madagascar, 16 % des décès de femmes seraient dus à des causes liées à la grossesse, à l'accouchement et à ses complications. Une femme sur quarante-trois serait donc à risque de décéder pour cause maternelle durant sa vie générifique.

En outre, Madagascar est caractérisé par de faibles capacités de consensus politique qui marquent une économie délinquante² ayant considérablement affaibli son système de santé. Plus des trois quarts de la population malgache résident en milieu rural, et, en 2019, 75% des habitants de Madagascar vivaient sous le seuil de pauvreté³. Bien que le pays s'engage depuis les années 1960 à réformer son système de santé pour faciliter l'accès (entre autres financier) aux soins pour la population, les multiples crises politiques de ces dernières décennies ainsi que la crise sanitaire liée au coronavirus ont entraîné une fragilisation croissante du système de santé publique et de ses infrastructures⁴. Par conséquent, l'hôpital, et plus largement les formations sanitaires, constituent des lieux où se jouent un ensemble de tensions qui ont été longuement analysées au cours de ces dernières années, que cela soit à Madagascar⁵ ou dans d'autres contextes africains qui font écho à la situation présente sur l'île⁶.

Dans cet article, nous suggérons que la relation entre soignants et soignés en milieu communautaire est affectée par les représentations des soignants sur la pauvreté des soignés, plus particulièrement des mères et parturientes. Pour les soignants, cette pauvreté est associée essentiellement à un niveau économique faible ainsi qu'à une incapacité pour les mères, les parturientes et leurs familles à se procurer du matériel médical nécessaire pour les soins obstétricaux, ainsi que du linge neuf et de la nourriture en qualité et quantité suffisante. Ces représentations sont clairement explicitées par les soignants qui encouragent les mères à porter une attention particulière à leur apparence lors des visites aux centres de santé, justifiant l'impact que cette « négligence » peut avoir selon eux sur leur santé et celle de leurs enfants. En réponse à ces injonctions, les patients et les parturientes développent des stratégies afin d'éviter « la honte » et dans le but de ne pas rendre leur pauvreté publique au sein du centre de santé. Ce faisant, certaines familles qui en ont les moyens développent des logiques ostentatoires de démonstration de leurs possessions matérielles lors de moments clés du parcours de soins (hospitalisation, accouchement, soins postnataux et vaccination notamment). D'autres familles mettent en place des stratégies de « privatisation » de la pauvreté, en donnant à l'accouchement à domicile avec une matrone un sens nouveau : celui de rendre sa pauvreté invisible dans la sphère publique.

¹ INSTAT, 2013. Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Antananarivo, Madagascar. Il n'y a malheureusement pas de données plus récentes. Les derniers chiffres à l'UNICEF et à l'OMS datent également de 2012.

² Mireille RAZAFINDRAKOTO, FRANÇOIS Roubaud, Jean-Michel WACHSBERGER, « Introduction thématique », *Afrique Contemporaine*, 251 (3), 2014, pp. 13-23.

³ <https://www.banquemondiale.org/fr/country/madagascar/overview#1>

⁴ <https://www.banquemondiale.org/fr/country/madagascar/overview#1>

⁵ Voir notamment Dolorès POURETTE, Chiarella MATTERN, Christine BELLAS-CABANE C., Bodo RAVOLOLOMANGA, (éds.), *Femmes, enfants et santé à Madagascar. Approches anthropologiques comparées*. Paris, L'Harmattan, 2018. ; Claire MESTRE, *Maladies et violences ordinaires dans un hôpital malgache*, Paris, L'Harmattan, 2014. ; Chiarella MATTERN, *Le marché informel du médicament à Madagascar : une revanche populaire*, UCLouvain, Louvain-La-Neuve, 2017.

⁶ Yannick JAFFRE & Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN (Dir.), *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans les cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 2003.

Par conséquent, nous proposons deux points de discussions. Tout d'abord, les enjeux sous-jacents à ces représentations envers les parturientes peuvent être déterminants pour la qualité de soins prodigués et influent donc sur les recours aux soins des mères. Ensuite, nous suggérons que ces logiques de « honte » de la pauvreté qui naissent dans les centres de soins publics obligent à repenser les rôles accordés aux matrones dans le cadre de l'accompagnement des accouchements à domicile. Les logiques de stigmatisation de la pauvreté et les ruses des parturientes et des jeunes mamans pour y échapper nous permettent d'avoir un nouvel éclairage sur les relations entre soignants et soignés en milieu rural à Madagascar.

Plusieurs concepts sont à définir afin de poser le cadre théorique de cet article. En effet, si la notion de pauvreté est une notion du sens commun qui semble claire, et si le lien entre pauvreté et maladie est établi⁷, l'utilisation scientifique de cette notion peut poser question⁸. Les liens entre pauvreté et maladie ont largement été démontrés notamment par les chercheurs en santé publique et en sciences sociales. Ces liens sont abordés sous l'angle des politiques publiques⁹, des maladies associées à la « misère »¹⁰, des logiques sociales de pluralités thérapeutiques dans les parcours de soins pour faire face à la précarité¹¹, etc. Par ailleurs, comme l'a démontré l'économiste Amartya Sen, la pauvreté ne se définit pas en fonction d'un calcul comptable du nombre de ressources matérielles et financières disponibles pour un individu¹², mais elle doit être perçue comme un niveau de « capacités ». C'est-à-dire, les possibilités pour les individus à poser des choix et de faire des choses qu'ils ont des raisons de valoriser. L'économiste entend donc se concentrer sur les libertés concrètes de vivre des individus susceptibles d'être entravés par la pauvreté.

Dans le cadre de cet article, nous mobiliserons le terme de « pauvreté » pour nous référer à la vulnérabilité et à la faible capacité de choix en termes de santé qu'elle peut induire dans la recherche de soins obstétricaux. Par ailleurs, nous allons nous attacher à décrire comment cette pauvreté s'inscrit dans un ordre social particulier¹³, lié aux soins en infrastructures médicales. Plus précisément, nous allons démontrer la manière dont la perception de la pauvreté prend place dans des logiques de défiance entre les parturientes, leurs familles et le personnel soignant. La pauvreté se cristallise dans ce contexte par le manque de matériel défini comme nécessaire pour les soins obstétricaux par le personnel soignant (linge propre pour la mère et l'enfant, alimentation, etc.). Nous verrons qu'au travers du manque de matériel, la pauvreté devient publique et symbolise la défaillance sociale¹⁴. Ce « matériel » sera donc analysé ici en tant que support d'un mode de vie social¹⁵ et vecteur d'un sentiment de « honte ».

⁷ Bruno MEESSEN, Zhang ZHENZHONG, Wim VAN DAMME, Narayanan DEVADASAN, Bart CRIEL, Gerald BLOOM, « Iatrogenic poverty », *Tropical Medicine and International Health*, 8 (7), 2003, pp. 581-584.

⁸ Yannick JAFFRE & Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN (Dir.), *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans les cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 2003.

⁹ Didier FASSIN, « Entre politiques du vivant et politiques de la vie : pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés*, 24 (1), 2000, pp. 95-116.

¹⁰ Jeanne-Marie AMAT-ROZE, « Santé et tropicalité en Afrique subsaharienne : un système multirisque », in Gruénais & Pourtier (eds), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, La documentation française, numéro spécial, n°195, 2000.

¹¹ Yannick JAFFRE & Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN (Dir.), *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans les cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 2003.

¹² Amartya SEN, *L'idée de justice*, Paris, Flammarion, 2010.

¹³ Alain MARIE, « « Y'a pas l'argent » : l'endetté insolvable et le créancier floué, deux figures complémentaires de la pauvreté abidjanaise », *Tiers-Monde*, 142 (36), 1995, pp. 303-324.

¹⁴ Fatoumata OUATTARA, *Savoir vivre et honte chez les Senufo Nanergé (Burkina Faso)*, EHESS : Marseille, 1999.

¹⁵ Maurice GODELIER, *L'idéal et le matériel : pensée, économies, sociétés*, Paris, Fayard, 1984.

II) MÉTHODOLOGIE

A. Collecte des données

Cet article repose sur un corpus de données de 80 entretiens semi-directifs et d'observations menées en 2018 dans le cadre de deux recherches complémentaires : le volet qualitatif du projet EDRAS (Étude des Déterminants des Recours Aux Soins des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans) conduit par l'Institut Pasteur de Madagascar et un mémoire de master 2 en anthropologie associé au projet¹⁶ réalisé par Elise Huysmans¹⁷. Plus précisément, nous utiliserons 59 de ces entretiens, réalisés dans une localité du sud-est de Madagascar. En complément, le mémoire portant plus spécifiquement sur la question du « faire lien » dans le parcours de soins a permis la réalisation de 21 entretiens d'approfondissement et a offert l'opportunité de la conduite d'observations localisées dans et autour d'un Centre de santé de base (CSB), soit le premier échelon de la pyramide sanitaire. La collecte des données dans le cadre de ce mémoire s'est effectuée dans la même zone que l'enquête EDRAS : la commune d'Amboanjo¹⁸, située dans le sud-est de Madagascar. Le groupe de chercheuses sur le terrain était constitué d'une superviseuse (anthropologue), d'une coordinatrice de projet (sociologue), d'une étudiante de master (anthropologue) et d'une interprète.

B. Entretiens semi-directifs

Les entretiens ont porté sur cinq thématiques principales : le recours aux soins pendant la grossesse, les lieux et les pratiques d'accouchement, le recours aux méthodes de planification familiale, les parcours de soins infantiles (y compris néonataux) et le recours à la vaccination pour les enfants de moins de cinq ans. Ils ont été menés en malgache, en présence d'une enquêtrice francophone ou bilingue malgache/français et d'une interprète si besoin. L'intégralité des entretiens a ensuite été retranscrite et traduite vers le français pour l'analyse des données. Les entretiens ont été menés auprès des catégories d'acteurs suivants : des femmes enceintes, des mères d'enfants de moins de cinq ans, des pères d'enfants de moins de cinq ans, des acteurs biomédicaux (médecin-chef, sage-femme) ainsi que des matrones (accoucheuses traditionnelles en milieu communautaire). Nous avons divisé le groupe des femmes enceintes et le groupe des mères d'enfants de moins de cinq ans en deux sous-groupes par catégories. Un sous-groupe était interrogé au CSB (consultations prénatales et vaccination pour les enfants de moins de cinq ans). Nous avons réalisé des entretiens au domicile des mères et des femmes enceintes pour le deuxième sous-groupe.

C. Observations

Les observations ciblaient les parcours de soins des patients et patientes du centre de santé et des dynamiques d'accompagnement familial autour des séjours au CSB. Pour faciliter cette démarche, les chercheuses ont choisi de loger au sein du CSB afin de partager le quotidien du personnel et des patients. Cette démarche a permis d'assister aux accouchements, aux consultations prénatales et aux soins postnataux. Le CSB, disposant

¹⁶ Elise HUYSMANS, *Quand la santé questionne les liens. Anthropologie de la santé maternelle et infantile en milieu rural dans le Sud-Est de Madagascar*. Louvain-La-Neuve, Université Catholique de Louvain, 2018.

¹⁷ Les directrices de ce mémoire sont Pr. Pierre-Joseph Laurent (UCLouvain) et Chiarella Mattern (IPM, CEPED).

¹⁸ Les lieux d'enquêtes ont été anonymisés.

également de logements pour l’entourage des patients et parturientes¹⁹, il nous a été possible de suivre leurs parcours autour de ces événements. Enfin, des visites à domicile des familles des patients et parturientes ont été réalisées lors de leur retour au sein de leur communauté.

D. Description de la zone d’enquête

Pour les besoins de cet article, nous ciblerons une localité en particulier, Amboanjo, dans laquelle nous avons réalisé les deux enquêtes. Amboanjo est une commune rurale de quinze mille habitants, répartis sur onze fokontany (villages²⁰), chacun séparé en plusieurs hameaux. Cette localité est représentative du milieu rural en termes de caractéristiques socioéconomiques, de types d’infrastructures et d’offres de soins disponibles. L’accès à l’eau potable et à l’électricité est un véritable enjeu pour les habitants. Deux pompes à eau se situent au niveau du chef-lieu de la commune. Il n’y a aucune latrine ou autre installation sanitaire. Concernant les activités génératrices de revenus, la plupart des ménages vivent de l’agriculture. La sécurité alimentaire constitue un autre enjeu pour les populations de cette commune. En termes climatiques, Amboanjo est situé au sein d’une région soumise à un climat tropical humide. Des risques climatiques importants (cyclones et fortes précipitations notamment) influencent tout au long de l’année les conditions de vie des populations locales²¹.

En ce qui concerne la santé, le centre de santé de base (CSB²²) le plus proche, où exercent une femme médecin, une sage-femme et une dépositaire de médicaments²³ se situe au centre du chef-lieu de la commune. Les *fokontany* de la commune d’Amboanjo se situent à une distance de zéro à quinze kilomètres du CSB. En appui à ces prestataires de soins, les agents communautaires sont en charge de la PCIMEc – Prise en Charge Intégrée des Maladies de l’Enfant au niveau Communautaire. Outre ces offres de soins officielles, les *reninjaza* (ou matrones) assurent plus de la moitié des accouchements. Leur intégration au sein du système de soins à Madagascar est complexe et conflictuelle étant donné qu’elles sont régulièrement la cible d’accusations de la part des soignants biomédicaux concernant la mortalité maternelle et périnatale²⁴.

E. Considérations éthiques

Cette étude a reçu la validation éthique du Comité d’Éthique pour la Recherche Biomédicale à Madagascar (CERBM) à la date du 19 septembre 2017.

¹⁹ L’existence de logements pour accueillir les familles n’est mis en place à Madagascar que dans quelques centres de santé soutenus par un programme de santé afin de favoriser le recours aux formations sanitaires.

²⁰ Définition légale : « une subdivision administrative de base au niveau de la Commune, [qui] selon l’importance des agglomérations, comprend des hameaux, villages, secteurs ou quartiers. » Voir le décret n° 2004-299 du 3 mars 2004 fixant l’organisation, le fonctionnement et les attributions du Fokontany <https://jwf-legal2.fr.gd/D-e2-crets-164.htm>

²¹ Isabelle DROY, Patrick RASOLOFO (dirs), *Pauvreté et développement socialement durable*, Bordeaux, Presses Universitaires de Bordeaux, 2003.

²² A Madagascar, les centres de santé de base se composent de deux niveaux : les CSB1 et les CSB2. Seuls les CSB2 sont dotés d’un médecin.

²³ La dépositaire de médicaments gère les stocks, les commandes et les distributions de médicaments auprès des patients et patientes du CSB.

²⁴ Hélène QUASHIE, Dolores POURETTE, Olivier RAKOTOMALALA, Frédérique ANDRIAMARO, « Tradithérapie, biomédecine et santé maternelle à Madagascar : paradoxes et pouvoirs autour des savoirs et pratiques des *reninjaza* », *Health, Culture and Society*, 7 (1), 2014, p. 1-15.

III) RÉSULTATS

A. Le soutien des familles est essentiel autour de l'accouchement

Le Centre de Santé de Base de la commune d'Amboanjo constitue une arène où se cristallisent les enjeux reliant santé et pauvreté. À l'instar du reste de la commune, le CSB ne dispose pas d'électricité ni d'eau courante. Il n'y a ni point d'eau pour se laver, ni éclairage. Si on retrouve dans certains CSB à Madagascar des bornes-fontaines, ce n'est pas le cas du CSB d'Amboanjo. Pour se laver les mains, la sage-femme fait habituellement apporter des seaux d'eau par l'entourage des patients et parturientes. Seul un panneau solaire permet d'alimenter le frigo de la salle de consultations où sont stockés les vaccins et autres sérums. Le centre de santé ne fait pas exception quant au manque de matériel qui touche la totalité des infrastructures de soins publiques à Madagascar. Par exemple, durant notre séjour au CSB (deux mois), la sage-femme n'a eu à sa disposition que deux paires de gants différents pour une vingtaine d'accouchements effectués, la conduisant à laver les gants à l'eau chaude et au savon (apporté par les familles) entre chaque naissance.

Face à ces multiples manquements, il convient aux familles de s'organiser pour pallier ces difficultés. Les patients et parturientes ne séjournent ainsi jamais seuls et sont accompagnés de plusieurs membres de la famille qui se relaient pour assurer les tâches qui incombent aux « gardes-malade » ou des « rondes », selon le terme utilisé par nos interlocuteurs. L'entourage des mères représente tant un soutien moral, financier que logistique pour la gestion de la vie quotidienne : cuisiner, fournir du linge, se procurer les médicaments nécessaires, accueillir et nourrir les visiteurs. Obtenir les médicaments est souvent le plus coûteux pour ces familles. Si les prestations médicales et consultations ne sont pas facturées en tant que telles, tout le matériel et les médicaments manquants doivent être apportés par l'entourage du malade ou de la parturiente. À Amboanjo, quelques familles de médicaments (paracétamol essentiellement) sont disponibles dans les petits commerces de village (épiceries, etc.). Mais les ruptures d'approvisionnement qui touchent le centre de santé rendent ces médicaments non disponibles. Pour s'en procurer, les familles doivent alors partir plus d'une journée vers la ville voisine.

Dans ce contexte fragile, un épisode de soin majeur entraînant un recours au système de soin biomédical peut dès lors faire basculer une famille dans l'extrême précarité. Afin de préciser notre propos, nous allons reprendre ici l'histoire de Rasoa, une de nos informatrices sur le terrain. Rasoa a cinq enfants âgés de six à dix-huit ans. Elle nous dit que sa vie est « amère » (difficile) depuis de nombreux mois, notamment à cause des aléas climatiques qui ont impacté toute la région : « *on plante, mais on ne produit rien* ». Elle nous confie qu'il lui arrive de « *vivre sans manger* ». Dix mois avant notre enquête, sa fille de dix-huit ans a subi des complications à la suite de son accouchement. Elle s'est mise à convulser quelques heures après la naissance de son enfant et a dû être emmenée d'urgence au CSB où elle a séjourné plus d'une semaine. Rasoa nous raconte :

« En fait, il nous est arrivé beaucoup de choses. On a vendu jusqu'à notre dernière poule, jusqu'à notre dernier grain de riz [et] tous les stocks qu'on avait à la maison pour pouvoir acheter des médicaments pour elle. Le prix des médicaments était vraiment [...] Le prix des médicaments, des piqûres ... Ah ! Si on avait réfléchi, on aurait dû faire des économies. Mais à cause de notre pauvreté ... Parce que les enfants ont besoin d'être nourris, qu'est-ce qu'on pouvait faire ? Ma fille était enceinte et pourtant, il n'y avait rien. En une semaine, on a mangé tout notre riz [...] C'est ce que nous avons fait à ce moment-là, on a vendu jusqu'au dernier grain de riz » (Rasoa, mère de cinq enfants).

L'histoire de Rasoa est loin de faire exception parmi les familles d'Amboanjo. Cet extrait d'entretien nous montre ainsi à quel point un épisode de soin peut représenter un moment de « basculement » dans l'extrême pauvreté – surtout si les familles sont déjà dans une instabilité de revenus, de nourriture et de ressources avant l'épisode de soin. Le rôle de soutien endossé par la famille dans le parcours de soins, tant en termes de ressources humaines que de dépenses financières, produit un véritable effet de cascade, impactant souvent la famille au sens élargi. Pour pouvoir pallier les manquements structurels dont souffre le CSB d'Amboanjo (matériel, médicaments) et intervenir d'un point de vue logistique (appui pour l'alimentation de la mère, la prise en charge du nettoyage de la salle, du linge, la garde des enfants de la parturiente, etc.), l'équilibre fragile de l'entourage de la mère est mis en péril. Ces tâches sont habituellement à la charge de la mère qui, alitée au CSB pour une durée allant de zéro à deux jours, ne peut plus remplir ces responsabilités – durée variant selon les ressources dont la jeune mère dispose pour prendre en charge le séjour (alimentation des accompagnants, frais liés aux soins post-natals, etc.) Ces événements inattendus peuvent générer des coûts d'opportunité qu'il sera difficile d'absorber. En effet, les énergies sont mobilisées autour de la mère et mettent les activités essentielles à l'arrêt (agriculture, petits commerces, vente sur les marchés locaux ...). Emprunts et dettes sont légion dans ces situations de soins difficiles. Les conséquences de ces événements peuvent s'étendre sur des mois, voire des années.

Les manques structurels des centres de santé permettent d'éclairer partiellement cette « sur-responsabilisation²⁵ » des familles dans leur parcours de soins. En outre, nos résultats laissent également entendre la manière dont les relations entre soignants et parturientes viennent mettre en perspective l'explication purement économique des coûts des soins de santé et des accouchements.

B. Pouvoir dépenser : éviter la honte et être une mère « capable » aux yeux des soignants

Le personnel de santé travaillant au CSB d'Amboanjo est composé d'une médecine-chef (dokotera) et d'une sage-femme (rasazy). Toutes les deux viennent de grandes villes à plusieurs jours de voiture du village. La médecin-chef est responsable du centre, mais c'est avant tout la sage-femme qui s'occupe des soins et des consultations. Contrairement au médecin, la sage-femme porte toujours sa blouse blanche. La *dokotera*, quant à elle, est décrite par nos interlocuteurs comme « moderne » et « pas de chez nous », notamment dû à son style vestimentaire urbain. La démarcation entre les villageois et le personnel de santé se fait ainsi par des symboles visuels particuliers et matérialise la hiérarchie médicale²⁶. Les villageois, et surtout les mères, entretiennent un rapport particulier avec la sage-femme – figure centrale des soins à Amboanjo. En effet, pour aller voir *rasazy*, il faut « *se préparer pour être bien reçus* ». Landrine, mère de deux enfants, nous explique la manière dont elle se prépare en vue des séances de vaccination de routine de ses enfants :

²⁵ Par « sur-responsabilisation » nous voulons signifier que, face à la maladie et à la mort, ce sont les patients et leur entourage qui vont devoir « bricoler » et s'organiser pour pallier les manquements des infrastructures biomédicales. Manquements face auxquels les soignants adoptent une attitude d'experts, de transmetteurs de normes ou encore d'éducateurs/sensibilisateurs. Voir : Elise HUYSMANS, *Quand la santé questionne les liens. Anthropologie de la santé maternelle et infantile en milieu rural dans le Sud-Est de Madagascar*, Louvain-La-Neuve, Université Catholique de Louvain, 2018.

²⁶ Cette démarcation visuelle dans les lieux de soins a également été analysée dans : Yannick JAFFRE, Alain PRUAL, « « Le corps des sages-femmes », entre identités professionnelle et sociale », *Sciences sociales et Santé*, 9 (2), 1993, pp. 63-80.

« On se lave avec du savon et on se prépare. Parce que rasazy [la sage-femme] n'accepte pas les personnes sales. Il faut avoir des vêtements propres, les saletés dans les ongles doivent être enlevées. Elle n'accepte pas que le bébé soit sale. Les enfants qui ont le visage sale, elle ne les accepte pas. Elle dit qu'il faut être propre. Ce n'est qu'ainsi qu'on est en bonne santé. » (Landrine, deux enfants).

Cet extrait montre une ambiguïté autour de l'expression « être / se maintenir en bonne santé ». Selon les femmes, l'accès à des soins de qualité est déterminé par une certaine conformité aux attentes de la sage-femme en termes de propreté et de pouvoir d'achat. En effet, les mères indiquent la nécessité d'« avoir l'air propre », cela s'applique pour elles et leurs enfants. Le pouvoir d'achat des mères est également en jeu – à savoir, la capacité des mères à prendre en charge des frais non attendus liés aux soins (les seringues servant à l'administration de la vaccination pour les enfants par exemple, en cas de ruptures d'approvisionnement au CSB).

Ces attentes trouvent parfois des réponses favorables : c'est le cas par exemple de Landrine, informée des demandes spécifiques pouvant survenir lors des visites au CSB et en capacité matérielle d'y répondre. Certaines femmes au contraire, non préparées ou en incapacité de respecter ces injonctions se retirent des séances de vaccination quand une contribution leur est demandée, ou évitent de recourir à la *rasazy* pour leurs soins. Une nette différence dans l'accès aux soins se crée donc entre les mères. Ces logiques s'étendent à tous les types de soins, et en particulier ceux qui tournent autour de la grossesse et les maladies des jeunes enfants.

Par ailleurs, en prévision de l'accouchement, les mères entretiennent des liens courtois avec la sage-femme afin de s'assurer un accueil favorable en cas de difficultés liées à l'accouchement.

« Je suis toujours allée aux consultations prénatales [...] Elles ne te reçoivent pas pour accoucher si jamais tu ne le fais pas [...] Elles regardent le registre de consultations et si jamais il n'y a pas ton nom où que tu n'as pas ton carnet de santé pour aller accoucher là-bas, alors tu ne peux pas [...] Alors, tu meurs vraiment, même si tu ne dois pas mourir. Si, c'est le fait de ne pas avoir fait de [consultations prénatales] qui te tue. Donc forcément on y va. » (Justine, mère de trois enfants).

Les consultations prénatales constituent alors un enjeu de taille pour les mères, une assurance qu'une aide biomédicale leur sera fournie si nécessaire²⁷.

Le récit suivant, celui de l'accouchement de Rosine, va illustrer ce même besoin de démontrer au personnel de santé la capacité financière des mères et de leurs familles. Rosine se présente au CSB un jeudi matin aux alentours de 6h30. Elle est originaire de Besavoa, un *fokontany* à une vingtaine de kilomètres à pied et en pirogue d'Amboanjo et où il n'y a pas de centre de santé. Lorsque Rosine perd les eaux, elle se rend chez sa matrone (*reninjaza*). Celle-ci estime qu'au vu des complications que présente cette naissance²⁸, elle ne peut prendre en charge l'accouchement et réoriente donc vers le CSB le plus proche, celui d'Amboanjo. Pour faire face à cet événement inattendu, la famille de Rosine mobilise toutes les ressources disponibles. Entre la rupture de la poche des eaux et l'arrivée de Rosine

²⁷ Au moment de l'enquête, huit CPN étaient recommandées par l'OMS et les autorités de santé publique à Madagascar pour lutter contre la mortalité maternelle et infantile.

²⁸ L'équipe de recherche n'a pas pu avoir connaissance du type de complications, ni auprès de la mère, ni auprès de la sage-femme. Comme nous le verrons, les complications seront expliquées par le fait que la mère n'était pas financièrement et matériellement prête.

au centre de santé, plus de 24 heures s'écoulent et, malheureusement, le bébé présente un grand risque d'infections. Le travail est long et difficile, mais le bébé finit par sortir et pousser son premier cri. La sage-femme demande à la famille où se trouve le linge de l'enfant. La grand-mère lui tend un sachet et *rasazy* y découvre du linge rose, alors que le bébé est un petit garçon. « *Vous n'avez rien d'autre ?* », demande alors la sage-femme d'un ton réprobateur et moqueur. Par ailleurs, la famille n'a apporté ni alcool ni fils pour « nouer » le nombril de l'enfant. Ils n'ont pas de quoi effectuer une suture après l'épisiotomie non plus. La sage-femme monte le ton : « *mais où est le fil ?* ». Ce à quoi la mère de Rosine répond : « *nous n'en avons pas* ». Il en va de même pour chaque matériel estimé nécessaire pour les soins. Finalement, le nombril du nouveau-né est ligaturé avec un bout de fil à coudre et la mère et l'enfant partent dans la salle des accouchées.

Quelques heures plus tard, le nouveau-né décède, probablement à la suite d'une infection qui n'a pu être traitée faute de moyens pour acheter les antibiotiques nécessaires. En questionnant la sage-femme sur cette issue malheureuse, celle-ci nous dit : « *Elle ne voulait pas son enfant. Elle n'avait aucun matériel. Rien qui n'était prêt pour venir* ». Ne pas avoir de matériel est, dans le discours de la sage-femme, la démonstration d'un manque de volonté et de capacité pour la mère et sa famille de prendre soin d'un nouveau-né. Cela suggère dès lors que le besoin de matériel exprimé par nos interlocuteurs dépasse par ailleurs le simple besoin de combler les manques structurels du système de soins à leur disposition. Une autre jeune femme enceinte de son premier enfant, Juliette, nous confie ses inquiétudes pour son accouchement :

« *Il faut emmener de la bonne nourriture. Ayant ça, tu peux aller là-bas [au CSB], car cela ne te fait pas honte. En plus il faut aussi avoir des vêtements propres parce que sinon la sage-femme va nous gronder ou bien dire qu'ici à l'hôpital, pour avoir une bonne santé il faut être propre* ».

Ainsi, pour vaincre la honte, il faut posséder quelques objets qui constituent autant de preuves matérielles de la capacité d'être « parents » : des couvertures neuves, des vêtements neufs et propres pour la femme et l'enfant (au plus il y en a, au mieux c'est), une bouteille de désinfectant bien remplie, du fil à coudre, des bandages... Si la famille peut apporter sa propre moustiquaire afin d'y faire dormir la maman et le nouveau-né, c'est encore mieux. Juliette et Rosine racontent que ces regards réprobateurs proviennent des autres mères également : la honte est ainsi engendrée par le regard de leurs semblables²⁹ autour de l'absence de matériel.

C. La matrone et la privatisation de la pauvreté

Une majorité des mères interviewées à Amboanjo privilégient un accouchement à domicile et sont accompagnées par une matrone³⁰. Le rôle de la matrone dans cette commune est incontournable et reste le recours privilégié pour des raisons géographiques (proximité), économiques (les mères se représentent l'accouchement à domicile comme moins coûteux, notamment du fait des moindres frais « imprévus ») et sociales (proximité

²⁹ Dolorès POURETTE, Elliot RAKOTOMALALA, Chiarella MATTERN, « Donner naissance à Madagascar. Articulation des recours « traditionnels » et biomédicaux autour de la naissance », in Laurence POURCHEZ (dir.), *Naître et grandir. Normes du Sud, du Nord, d'hier et d'aujourd'hui*, Éditions des archives contemporaines, France, 2020.

³⁰ Sur les activités et la place des matrones à Madagascar (et leur lien avec le système biomédical) voir Dolorès POURETTE, « Les « matrones » à Madagascar : reconnaissance locale, déni institutionnel et collaborations avec des professionnels », in Dolorès POURETTE, Chiarella MATTERN, Christine BELLAS CABANE & Bodo RAVOLOLOMANGA, (dir.), *Femmes, enfants et santé à Madagascar. Approches anthropologiques comparées*, Paris, L'Harmattan, 2018, pp. 115-126.

sociale de la matrone avec les mères sur plusieurs générations). La matrone est issue du même milieu de vie que les mères, qui ressentent moins de jugement de sa part sur leur habillement et leur mode de vie. En outre, elles partagent les mêmes représentations autour de la naissance, à savoir l'impossibilité de préparer à l'avance le matériel de naissance, car cela peut porter malheur, les positions « permises » pour l'expulsion du bébé, etc.

Par ailleurs, la matrone permet aux femmes et aux familles d'accueillir une nouvelle naissance en toute discréction et offre l'anonymat impossible à assurer au Centre de Santé. Accoucher à domicile, « *ça, c'est ce qui se passe dans la maison de chacun !* ». Tandis qu'un accouchement au centre de santé, lieu éminemment public « *c'est comme aller à l'Église ou au marché !* ». Cacher sa pauvreté au CSB n'est pas possible dans ces conditions.



**Table de travail de la sage-femme après un accouchement.
Centre de Santé d'Amboanjo, Juin 2018 (Cliché auteure)**

Les matrones permettent ainsi la privatisation de la pauvreté. Elles participent alors au « secret du ménage ». Outre les facteurs favorisant l'accouchement à domicile tels qu'énoncés plus haut, accoucher chez soi avec la matrone c'est aussi une stratégie d'évitement de la honte et de ses conséquences. Faire naître caché du regard des autres permet en ce sens de ne pas exposer sa pauvreté, de ne pas risquer de finir au banc des accusés, comme c'est le cas de Rosine.

CONCLUSION

Cet article a proposé une analyse des liens entre pauvreté et maladie comme étant une problématique éminemment politique telle que définie par l'anthropologue Didier

Fassin³¹ : comment la pauvreté traduit-elle l'incorporation de l'inégalité ? Ou plus concrètement, comment l'offre de soins peut-elle être impactée par les indicateurs visibles de la pauvreté, à l'image de l'apparence physique, de l'incapacité à absorber les coûts d'un événement en santé inattendu telles que les complications de l'accouchement ? Pour répondre à cette question, nous avons mobilisé la notion d'« évitement de la honte », en tant que reconnaissance publique de la défaillance de l'individu à faire face à ses obligations morales et sociales³² par rapport à sa santé ou à celle de ses enfants.

Défier la honte dans un contexte tel que celui décrit dans notre article soulève deux enjeux de taille : celui d'éviter l'exclusion par le personnel soignant et se conformer aux attentes des pairs en milieu communautaire. Cette exclusion s'articule autour de la question des possessions matérielles dont les logiques parfois ostentatoires forment les règles du jeu. Plus les familles se démarquent, notamment par sa capacité à mobiliser rapidement des sommes nécessaires pour faire face à des événements attendus ou inattendus, plus leur relation de soins est perçue comme facilitée et sécurisée. Ainsi, les relations au CSB entre le personnel soignant et les personnes qui le fréquentent se caractérisent par des logiques de défiance. C'est-à-dire que le lien social (et par extension thérapeutique) est conditionné par des rivalités et un jeu de face-à-face³³ où la question de l'argent et de la possession de « matériel » est centrale. « Ne pas avoir de matériel » prend ainsi une signification nouvelle. En effet, moins un calcul comptable qu'un objectif de sécuriser ses liens et faire face à la honte, cette question montre en réalité combien la maladie, la grossesse et l'accouchement mobilisent du matériel avec une signification symbolique particulière qui devient alors le support d'un mode de vie social³⁴.

L'enchevêtrement des cultures médicales et la pluralité des acteurs de soins prennent alors une dimension inattendue : le rôle déjà central de la matrone dans les parcours de soins des femmes et mères se renforce, car il permet la « privatisation » de la pauvreté à travers l'exercice de la pratique de soins en toute discréction. La matrone permet l'évitement de la honte, tant face aux soignants qu'aux autres membres de la communauté. Les tensions entre les différents systèmes de soins révèlent une multitude d'enjeux antagonistes où la recherche de sécurité sociale et économique est essentielle pour tous les acteurs concernés. En effet, c'est par le regard des autres que la honte va prendre forme et engendrer des conséquences sociales³⁵.

En conclusion, cet article examine deux dimensions de la dispensation des soins obstétricaux à Madagascar : l'accès aux soins et la question des moyens financiers afin de rendre les soins *possibles* (fils, aiguilles, pansements, désinfectant, médicaments ...). La deuxième dimension concerne la qualité perçue des soins qui répondent à l'attente du patient sans l'atteindre dans sa dignité. C'est cette dernière dimension qui renvoie plus particulièrement aux relations soignants-soignés et à la représentation de la pauvreté comme impactant les soins reçus.

³¹ Didier FASSIN, « Entre politiques du vivant et politiques de la vie : pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés*, 24 (1), 2000, pp. 95-116.

³² Fatoumata OUATTARA, *Savoir vivre et honte chez les Senufo Nanergé (Burkina Faso)*, Marseille, EHESS, 1999.

³³ Pierre-Joseph LAURENT, « La modernité insécurisée ou la mondialisation perçue d'un village Mossi du Burkina Faso », in Charlotte BREDA, Marie DERRIDER, Pierre-Joseph LAURENT (dir.), *La modernité insécurisée : anthropologie des conséquences de la mondialisation*, Louvain-La-Neuve, Academia-L'Harmattan, 2013.

³⁴ Maurice GODELIER, *L'idéal et le matériel : pensée, économies, sociétés*, Paris, Fayard, 1984.

³⁵ Fatoumata OUATTARA, *Savoir vivre et honte chez les Senufo Nanergé (Burkina Faso)*, Marseille, EHESS, 1999.

la collection

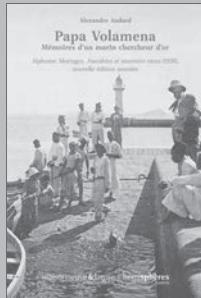
maisonneuve & larose | hémisphères

NOUVELLES ÉDITIONS | ÉDITIONS



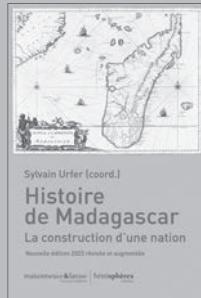
▲ Pauline Monginot, *Peintres de Tananarive. Palettes malgaches, cadres coloniaux*, 16 x 24, 370 p. + cahier couleurs 32 p., 28 €

▼ Eric Saunier (dir.), *La Franc-Maçonnerie dans les colonies. De l'Atlantique à la mer de Chine (XVII^e-XX^e siècle)*, 266 p., 24 €



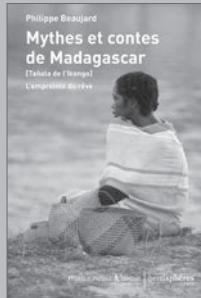
▲ Alexandre Audard, *Papa Volamena. Mémoires d'un marin chercheur d'or*. Alphonse Mortages, *Anecdotes et souvenirs vécus (1938)*, nouvelle éd. annotée, 16 x 24, 290 p. + 56 p. de photos, 26 €

▼ Jean Tsaboto, *Mutations et révolutions au XIX^e siècle chez les Antemoro de Madagascar*, 16x24, 654 p. + cahier couleurs 16 p., 28 €



▲ Sylvain Urfer (coord.), *Histoire de Madagascar. La construction d'une nation*. Nouvelle édition 2022 révisée et augmentée, 14x21, 314 p., 24 €

▼ Philippe Beaujard, *Rituel et société à Madagascar. Les Antemoro de la côte sud-est*, 918 p. + cahier couleurs 16 p., 26 €

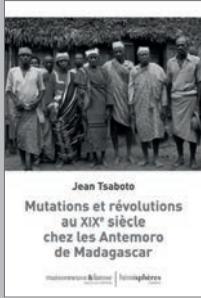


▲ Philippe Beaujard, *Mythes et contes de Madagascar [Tanalà de l'ikongo] L'empreinte du rêve*, 16x24, 770 p. + cahier couleurs 8 p., 28 €

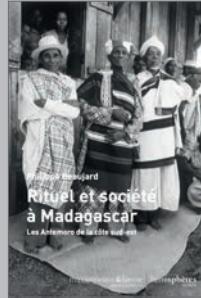
▼ Alexandre Audard, *Liberitalia. Une République des pirates à Madagascar. Interprétations d'un mythe (XVI^e-XX^e siècle)*, 288 p. illustrées + cahier couleurs 12 p., 24 €



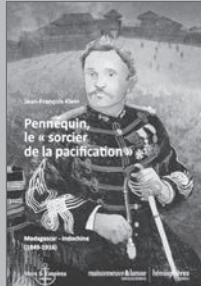
► Jean-François Klein, Pennenquin, le « sorcier de la pacification ». Madagascar-Indochine (1849-1916), 16x24, 532 p. + 40 p. de photos et doc. couleurs, 28 €



Jean Tsaboto
Mutations et révolutions au XIX^e siècle chez les Antemoro de Madagascar



► Claire-Lise Lombard et Faranirina Rajanah, *Lettres de Tananarive. Jean Begbeider à son père, 1924-1927*, 416 p., 28 €



Hémisphères éditions / Maisonneuve & Larose
3, quai de la Tournelle 75005 Paris
hemispheres.editions@free.fr www.hemisphereditions.com



Vente en librairies et sur les sites marchands
Vente par correspondance [paiement par chèque] et en ligne
sur notre site internet [paiement par Paypal], frais de port offerts

malgache

PARTIR POUR SE SOIGNER. LES MOBILITÉS THÉRAPEUTIQUES DANS L'OCÉAN INDIEN

Dolorès POURRETTE

Chargée de recherche

Institut de Recherche pour le Développement (IRD)

UMR Ceped, en accueil à Espace-Dev (La Réunion)

Fellow de l'Institut Convergences Migrations

Résumé : La région sud-ouest de l'océan Indien se compose d'États et de territoires aux statuts socio-économiques et politiques variés, dans lesquels sont inégalement réparties les technologies médicales et les possibilités d'en bénéficier. Cette configuration produit un espace politique de la santé singulier, au sein duquel les personnes malades peuvent ou non circuler, de manière légale ou non, dans la perspective de se soigner et de sauver leur vie. Cet article se propose de faire le point sur les nombreux enjeux qui entourent ces mobilités thérapeutiques et les parcours de soins et de vie des malades et de leurs proches. Il ouvre sur des pistes de recherche.

Mots-clés : Santé, circulations, inégalités, parcours de soins, évacuations sanitaires, océan Indien

Abstract: *The southwestern Indian Ocean region is made up of states and territories of varying socio-economic and political status. Medical technologies and opportunities to benefit from them are unequally distributed among them. This configuration produces a singular political space of health, within which ill people may or may not circulate, legally or illegally, to obtain healthcare and save their lives. This article proposes a synthesis of the issues surrounding these therapeutic mobilities and the care and life trajectories of people suffering from illness and their families. It concludes with suggestions about future research.*

Keywords: *Health, circulations, inequalities, healthcare trajectories, medical evacuations, Indian Ocean.*

L'étude des mobilités, des circulations et des migrations thérapeutiques est un vaste champ de recherche en construction, impulsé par l'ampleur des inégalités de santé à l'échelle internationale et des mouvements de personnes en quête de soins biomédicaux¹. Si ces mobilités impliquent des personnes touchées par la maladie (malades, famille, accompagnants, aidants), elles impliquent également des professionnels et des systèmes de santé, ainsi que des objets (thérapies, matériels, technologies médicales) et des savoirs².

Dans le sud-ouest de l'océan Indien, les mobilités thérapeutiques sont nombreuses, multiformes, et paradoxalement relativement peu étudiées, hormis dans le cadre des travaux majeurs de Juliette Sakoyan à partir des Comores, de ceux de Nina Sahraoui à Mayotte, et de plusieurs recherches récentes ou en cours³. Ces mobilités reflètent les inégalités des offres de soins entre les différents États et territoires. L'espace géopolitique de cette zone a ceci de particulier qu'il met en présence des États et des territoires aux statuts socio-économiques très inégaux⁴ et aux statuts politiques distincts. Des États « du Sud » (Madagascar, Les Comores) ou « émergents » (Maurice) avoisinent des extensions ultramarines d'un État du Nord (La Réunion et Mayotte, départements français dans lesquels l'offre de soin et le plateau technique sont très disparates). Cette configuration produit un espace politique de la santé singulier, au sein duquel les personnes peuvent ou non circuler, de manière légale ou non, dans la perspective de sauver leur vie ou celle de leur enfant.

Dans le cadre de cet article, je m'intéresse aux trajectoires et aux expériences de personnes qui effectuent des déplacements à l'étranger ou parfois à l'intérieur d'un même espace national dans une recherche de diagnostics et de soins auxquels elles n'ont pas accès dans leur pays ou département. Ces mobilités transfrontalières ou transnationales s'inscrivent souvent dans des trajectoires longues et éprouvantes de recherche de

¹ Juliette SAKOYAN, « Les mobilités thérapeutiques ». *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 2012, n° 5.

² Cet article n'est pas issu d'une recherche en particulier, mais des observations que j'ai pu faire à l'occasion de mes recherches en anthropologie de la santé à Madagascar, à La Réunion et plus récemment à Maurice, et de mes lectures sur les mobilités thérapeutiques dans la région. Je porte un intérêt sur ces questions depuis plusieurs années. J'ai notamment organisé, en collaboration avec Chiarella Mattern (Institut Pasteur de Madagascar), l'atelier "Mobilité et santé : perspectives géographiques et anthropologiques" en juin 2017 à Antananarivo, avec la participation d'Audrey Bochaton (Université Paris Nanterre), Vincent Herbreteau (IRD, Espace-Dev) et Emmanuel Souffrin (ESOI - Etudes Ethnosociologiques de l'Océan Indien). Mes projets de recherche actuels s'inscrivent dans cette thématique des mobilités thérapeutiques dans l'océan Indien.

³ Je signale notamment la recherche menée en 2019 par Loreley Franchina et Aline Sarradon-Eck sur le vécu des évacuations sanitaires de patients réunionnais devant subir une greffe en métropole (Loreley FRANCHINA, Aline SARRADON-ECK, et al., « Lived experience of State-sponsored intra-national overseas therapeutic mobility for stem cell transplantation », *Social Science & Medicine*, 2022/301), ainsi que les travaux en cours de Meoïn Hagège et Dolorès Pourette dans le cadre du projet ISOCARMA (Inégalités sociales face aux cancers à La Réunion et Mayotte) dont l'objectif est de documenter les trajectoires de soins de femmes et d'hommes atteints de cancer et qui aborde notamment la question des mobilités thérapeutiques et des évacuations sanitaires entre Mayotte et La Réunion (ce projet est financé par l'Institut National du Cancer de 2020 à 2024). Voir : Meoïn HAGÈGE, Anrifia ALI-HAMADI, et al., « Health, illness and cancer in Mayotte: Multicultural experiences in a medically underserved French Territory », *Bulletin du Cancer*, 2022/109, n° 2, pp. 241-245 ; Meoïn HAGÈGE, Emmanuel CHIRPAZ, et al., « Health, illness and cancer in Reunion Island: Health services in a diverse but aging French territory », *Bulletin du Cancer*, 2022/109, n° 2, pp. 226-231. Je signale également le projet en cours « Mobilités sanitaires et accompagnement : les évacuations sanitaires de mineur.es de Mayotte vers La Réunion » porté par Lynda Lotte (CNRS, CERMES) et Dolorès Pourette.

⁴ A titre indicatif, et pour prendre deux situations extrêmes, Madagascar fait partie des cinq pays les plus pauvres au monde, avec plus de 80% de sa population vivant avec moins de 2,15 \$ par jour. Le PIB par habitant est de 515 \$ par an en 2021. A l'île de La Réunion toute proche, département français, le PIB par habitant de 23400 € en 2021.

diagnostic et de soins, débutées dans le pays ou la région d'origine. Ces trajectoires peuvent déjà avoir donné lieu à des mobilités internes, vers les grandes villes ou la capitale du pays, pour la recherche de soins biomédicaux, ou vers d'autres régions (régions d'origine de la personne ou région réputée pour l'efficacité de thérapeutiques relevant de registres non biomédicaux). Nous évoquons ici la recherche de soins dans le cadre de maladies létales, comme les cancers, qui nécessitent des thérapies onéreuses et des technologies médicales rarement accessibles pour les pays du Sud. Il ne s'agit pas dans cet article de présenter des résultats de recherche, mais davantage de proposer un article de synthèse sur des questions en construction.

I) ARBITRAGES, PLURALITÉ DES TRAJECTOIRES ET ENJEUX SOCIAUX ET GÉOPOLITIQUES

Lorsque la recherche de soins au plus proche est infructueuse, la personne et son entourage sont amenés à effectuer des arbitrages entre plusieurs options : décider de tout faire pour se sauver, y compris laisser sa famille, investir toutes ses économies et celles des proches, au risque de précipiter la famille dans la pauvreté extrême, de bouleverser les liens familiaux et les statuts sociaux, ou au contraire accepter la maladie et se résigner à vivre et probablement à mourir avec elle. Cette dernière option s'illustre par le cas de femmes malgaches atteintes de cancer du col de l'utérus qui, devant l'impossibilité d'accéder à des soins biomédicaux qui leur permettraient peut-être de survivre, préfèrent retourner dans leur région d'origine, auprès de leur famille pour y mourir et y recevoir les rituels funéraires appropriés⁵. Le cas de Jessy représente bien ces enjeux. Elle a été diagnostiquée tardivement d'un cancer du col de l'utérus. Ce diagnostic tardif s'explique par le fait qu'elle a rencontré des difficultés à consulter un médecin alors qu'elle se sentait malade depuis plusieurs semaines. De retour de congé, son employeuse (une Française installée à Madagascar dont l'expatriation touchait à sa fin) l'a accompagnée à l'hôpital et a payé les soins médicaux une fois le diagnostic posé. Après le départ de cette dernière, une de ses amies qui connaissait bien Jessy a pris la relève pour financer les soins médicaux. Mais, face à la dureté des médecins, à la lourdeur des traitements, à son état de santé dégradé et au sentiment de solitude, Jessy a préféré arrêter les soins et rentrer dans sa région natale pour retrouver les siens et être enterrée dans le tombeau familial.

La maladie place ainsi les personnes face à des décisions qui touchent au plus intime : la vie, la mort et la manière dont chacune et chacun les appréhende. Ce faisant, elle place aussi la personne au cœur d'un réseau familial et social (décider de partir ou non relève souvent de décisions prises collectivement, en concertation avec les proches) et plus globalement au cœur des relations géopolitiques entre les États, les territoires, dans lesquels sont inégalement réparties les technologies thérapeutiques et les possibilités d'en bénéficier.

La question des mobilités thérapeutiques est en effet intimement liée aux questions d'accès aux droits : le droit de circuler d'un espace politique à un autre, et le droit à la couverture médicale. En fonction des conditions d'accès à ces droits, les

⁵ Mamy Jean Jacques RAZAFIMAHATRA et Dolorès POURETTE, « Cancer du col de l'utérus à Madagascar : des facteurs multiples de retard au diagnostic et à la prise en charge », in Dolorès Pourette, Chiarella Mattern, Christine Bellas Cabane, et Bodo Ravololomanga (dir.), *Femmes, enfants et santé à Madagascar. Approches anthropologiques comparées*, Paris, L'Harmattan, 2018, pp. 223-233.

personnes pourront mettre en œuvre divers types de mobilités relevant de modalités différentes : des mobilités autonomes, c'est-à-dire non encadrées par des décisions institutionnelles, ou des mobilités autorisées par des procédures administratives d'évacuations sanitaires⁶. Les mobilités autonomes peuvent elles-mêmes être légales du point de vue administratif, lorsque la personne obtient un visa (pour soins ou autre) pour se rendre dans le pays où des soins seront recherchés, ou lorsqu'elle se rend dans un pays de libre circulation, ou illégales lorsque la personne rejoint sans autorisation administrative un pays pour lequel l'obtention d'un visa est requise. Dans cette quête de soins, la personne se situe au carrefour de plusieurs régimes de bio-légitimité : celui qui, au niveau institutionnel, donne droit – ou non – au séjour dans un pays au titre de la maladie⁷ ; celui qui, du point de vue de l'entourage proche, légitime le recours aux soins à l'étranger, avec ce qu'il suppose d'investissement financier et de contraintes familiales⁸ ; et, au plus intime, celui par lequel « une personne estime que son corps est souffrant et qu'(elle) mérite de se déplacer à l'étranger »⁹.

Les trajectoires de quête de soins ne sont cependant pas linéaires ni uniformes, une même trajectoire pouvant mener une personne malade à se rendre à l'étranger de manière illégale, puis à bénéficier d'une évacuation sanitaire prise en charge par le pays où elle s'est rendue. Ces trajectoires peuvent s'étaler sur plusieurs mois, plusieurs années, et conduire la personne malade à aller d'un pays à un autre, avec parfois des retours au pays d'origine, en fonction des possibilités financières, sociales, administratives et médicales, des soins reçus ou non, de l'évolution de l'état de santé de la personne et de la manière dont elle la perçoit. C'est en ce sens que ces mobilités renvoient davantage à des « circulations », qui n'impliquent pas d'implantation dans les pays ou régions dans lesquels des soins sont recherchés, qu'à des « migrations », au sens d'ancrage, voire d'installation dans un pays autre que son pays d'origine. Juliette Sakoyan a cependant bien montré, à partir de l'étude des mobilités d'enfants atteints de maladies cancéreuses et de leurs proches, qu'ils étaient amenés à migrer à Mayotte, car il n'y a pas de libre circulation possible entre l'Union des Comores et Mayotte depuis l'instauration du visa de circulation en 1995¹⁰. Cet exemple montre bien les effets des législations sur les parcours de vie et de soins des individus et comment ces législations peuvent être à l'origine de ruptures biographiques, de drames familiaux lorsqu'elles séparent un enfant malade de ses parents et de ses racines.

Les routes empruntées par les personnes malades et les pays de destination suivent les liens historiques tissés entre les États ainsi que des routes migratoires tracées de longue date. Elles dépendent étroitement des possibilités financières et administratives et des réseaux de solidarité transnationale sur lesquels les personnes peuvent s'appuyer pour des aides financières ou autres (accompagnement, renseignements, hébergement). Ainsi, pour les Mauriciens et Mauriciennes, l'Inde constitue un choix privilégié, du fait des liens ténus et anciens entre ces deux États. L'île de La Réunion, plus proche, est aussi un espace de soins pour des Mauriciens et Mauriciennes souffrant de cancers, grâce à des liens établis entre des médecins mauriciens et des cliniques privées de La Réunion¹¹.

⁶ Juliette SAKOYAN, « Les frontières des relations familiales dans l'archipel des Comores », *Autrepart*, 2011/1, n° 57-58, pp. 181-198.

⁷ Didier FASSIN, « Le corps exposé. Essai d'économie morale de l'illégitimité » in Didier Fassin et Dominique Memmi (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2004, pp. 237-266.

⁸ Juliette SAKOYAN, « Les mobilités thérapeutiques... », *op. cit.*

⁹ *Ibid.*, p. 12.

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ Ces données sont issues d'une enquête exploratoire menée par Dolorès Pourette et Clémence Schantz en juin 2021 dans le cadre du programme SENOVIE (Cancer du sein et mobilités thérapeutiques).

Les Malgaches, lorsqu'ils en ont les moyens financiers, choisissent de se tourner vers La Réunion, Maurice, voire la France hexagonale.

II) POIDS DES POLITIQUES MIGRATOIRES SUR LES PARCOURS DE SOINS : L'EXEMPLE DES COMORIENS ET COMORIENNES

Les politiques migratoires et la manière dont elles sont appliquées jouent un rôle capital sur les trajectoires des personnes, les possibilités ou non de se déplacer et d'accéder à des soins et sur le statut social et administratif des personnes. La situation exceptionnelle de l'archipel des Comores, séparé en deux entités politiques depuis 1976, date à laquelle Mayotte a renoncé à son indépendance politique pour rester française (à la différence des trois autres îles de l'archipel), est exemplaire de l'effet de ces politiques migratoires. Alors que jusqu'en 1995, les Comoriens et Comoriennes pouvaient aller librement à Mayotte, l'instauration du visa de circulation par l'État français et l'application stricte d'une politique migratoire très restrictive (expulsions massives, interpellations en mer) ont complexifié les trajectoires de mobilités thérapeutiques. Il est devenu très risqué de tenter la traversée¹², les Comoriens et Comoriennes devant procéder à un arbitrage entre deux dangers : celui de mourir de maladie et celui de mourir au cours du voyage¹³. De surcroît, une fois arrivées, ces personnes se retrouvent indésirables, clandestines, ce qui les expose à des risques d'expulsion et complique leur déplacement vers les lieux de soins, y compris pour les parents dont l'enfant est hospitalisé. Ce climat d'indésirabilité à l'égard des Comoriens et Comoriennes entraîne des tensions au Centre Hospitalier de Mayotte et dans les centres de protection maternelle et infantile (PMI), où ils et elles subissent des discours et attitudes dépréciatifs de la part des professionnels de santé, qui voient en leur présence une surcharge de travail, et également de la part des patients et patientes mahorais.es¹⁴, bien que subsistent des liens

<https://www.ceped.org/fr/Projets/Projets-Axe-1/article/senovie-mobilites-therapeutiques>

L'enquête exploratoire auprès d'une clinique privée de Maurice suggère que cette clinique envoie chaque année une trentaine de femmes à La Réunion pour une radiothérapie. Les données de l'enquête exploratoire du projet SENOVIE nous permet d'évaluer à 80 le nombre de femmes de Madagascar, des Comores et de Mayotte qui viendraient se faire soigner pour un cancer du sein à la Réunion chaque année. Il s'agit d'estimations exploratoires qui nécessiteraient des enquêtes plus poussées pour apprécier le volume de personnes concernées par ces mobilités, le type de mobilités (procédures administratives d'évacuation sanitaire, mobilités individuelles), le type de soins reçus (chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie), le nombre d'allers et retours et la durée des séjours effectués à La Réunion pour les soins.

¹² La traversée entre Anjouan et Mayotte, une soixantaine de kilomètres, s'effectue en *kwassa-kwassa* (barque à moteur) dans des conditions de plus en plus dangereuses du fait des contrôles maritimes très fréquents (Juliette SAKOYAN et Dominique GRASSINEAU, « Des sans-papiers expulsés à leurs enfants isolés : les politiques migratoires de la départementalisation à Mayotte », in Philippe VITALE (dir.), *Mobilités Ultramarines*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines, 2015, pp. 119-140), d'où de nombreux naufrages et décès dont la presse internationale fait régulièrement écho mais sans émouvoir autre mesure la société civile et le pouvoir politique. Il est difficile d'établir avec précision le nombre de personnes décédées en mer. Selon un rapport du Sénat publié en 2012, entre 7 000 et 10 000 personnes auraient trouvé la mort depuis 1995 (Nina SAHRAOUI, « Mayotte : comment la France a fragmenté le droit de la nationalité ». En ligne : <http://theconversation.com/mayotte-comment-la-france-a-fragmente-le-droit-de-la-nationalite-139373> (consulté le 9 décembre 2021).

¹³ Juliette SAKOYAN, « Un risque pour un autre. La double expérience du danger dans les trajectoires de mobilité thérapeutique aux Comores », *Ethnologie française*, 2015/45, n° 1, pp. 135-142.

¹⁴ Chiara QUAGLIARIELLO, « *Black maternal health disparities : an anthropological inquiry in Europe and the US* », Séminaire du département Health, Institut Convergences Migrations, 30 novembre 2021 ; Nina SAHRAOUI, « *Constructions of Undeservingness around the Figure of the Undocumented Pregnant Woman in the French Department of Mayotte* », *Social Policy and Society*, 2021/20, n° 3, pp. 475-486.

culturels, économiques, sociaux et familiaux entre Mahorais.es et leurs « cousin.es » des Comores¹⁵.

Mayotte est loin d'être la seule destination thérapeutique pour les habitants de l'Union des Comores, où le système de soins est défaillant, et qui ont développé de longue date des stratégies pour se soigner à l'étranger. Si les plus pauvres n'ont que la possibilité de tenter une traversée clandestine vers Mayotte, les moins démunis se tournent vers la Tanzanie ou Madagascar (pays où ils peuvent librement circuler et où ils consultent dans des cliniques privées) et les plus nantis vont se faire soigner à Maurice ou en France (grâce à un visa)¹⁶. L'exemple des mobilités thérapeutiques à partir des Comores souligne combien les possibilités de se déplacer dans l'espace politique de la santé et de se sauver suivent « la ligne d'inégalités sociales relatives au réseau migratoire et aux ressources financières, qui distingue ceux qui peuvent entreprendre un voyage et ceux qui ne le peuvent pas »¹⁷.

III) ÉVACUATIONS SANITAIRES ET RUPTURES BIOGRAPHIQUES ET FAMILIALES

Différents dispositifs de transfert sanitaire, communément appelés « évacuations sanitaires » s'observent dans l'océan Indien. Il existe un dispositif légal d'évacuation sanitaire des Comores vers Mayotte, mais les procédures sont si complexes qu'il n'est qu'exceptionnellement utilisé¹⁸. Les Comoriens et Comoriennes évacués à La Réunion, voire vers la métropole, le sont à partir de Mayotte. Les évacuations entre le Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) et le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de La Réunion sont organisées par un service dédié au CHM, et statuées par une commission réunissant des médecins représentant notamment la Caisse de sécurité sociale de Mayotte, l'ARS OI-Mayotte et le service « EVASAN » du CHM¹⁹. Elles ne dépendent pas de la situation administrative des malades. Étudiant les trajectoires d'enfants malades à partir des Comores ou de Mayotte, Juliette Sakoyan a souligné combien le dispositif pouvait être source de ruptures familiales et biographiques pour des enfants déjà gravement malades²⁰. En effet, l'accompagnement de ces enfants par un parent n'est souvent pas possible en raison de l'absence de prise en charge de l'accompagnant s'il n'est pas français ou en situation régulière. Jusqu'en 2006, les parents en situation irrégulière étaient autorisés à accompagner leurs enfants à La Réunion s'ils en avaient les moyens, ce qui n'est plus le cas, la préfecture ne leur délivrant pas de laissez-passer²¹. En 2018, sur les 1 006 évacuations sanitaires au départ de Mayotte, 311 concernaient des enfants dont plus de la moitié (167) n'ont pas bénéficié d'un accompagnement familial²². L'expérience de la maladie se double alors du déchirement des familles de voir partir leur enfant seul, et de la souffrance des enfants de se retrouver à l'hôpital dans un univers culturel et social inconnu, dont ils ne connaissent parfois pas la langue, même si des

¹⁵ Nina SAHRAOUI, « *Mayotte : comment la France...* », *op. cit.*

¹⁶ Juliette SAKOYAN, « *Un risque pour un autre...* », *op. cit.*

¹⁷ *Ibid.*, p. 7.

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ La Cimade, « Une histoire des inégalités d'accès à la santé dans l'Océan Indien ». *La Fonda*, 2019, n° 244.

²⁰ Juliette SAKOYAN, « *Les frontières des relations familiales...* », *op. cit.* ; — « Corps malades, corps insulaires, corps clandestins. Le dispositif des identités enfantines dans les évacuations sanitaires Mayotte-Métropole ». *Corps*, 2013/11, n° 1, pp. 233-242.

²¹ Juliette SAKOYAN, « *Les frontières des relations familiales...* », *op. cit.*

²² La Cimade, « *Une histoire des inégalités...* », *op. cit.*

réseaux de *care*²³ se mettent en place dans les espaces hospitaliers²⁴. Ces fractures familiales s'inscrivent parfois sur le long terme : dans une thèse de médecine soutenue en 2021, Maureen Dréan-Papin montre que sur les 105 enfants ayant nécessité un transfert sanitaire de Mayotte vers la métropole entre 2015 et 2019, 32 ne sont pas retournés vivre dans leur lieu de vie initial (dont 5 enfants qui sont décédés pendant leur prise en charge médicale en métropole). Cette situation concerne plus particulièrement 16 enfants comoriens et 7 enfants mahorais²⁵. Les parcours de soins et de mobilités des petits malades originaires des Comores ont des effets sur leurs identités et leurs statuts, selon les différents univers où ils sont pris en charge : tour à tour enfant malade aux Comores, puis enfant de clandestin à Mayotte, puis « enfant de personne » ou « enfants de tous » lorsqu'ils se trouvent pris en charge dans un hôpital français (à La Réunion ou en métropole) sans leurs parents²⁶. L'accompagnement des patients, enfants ou adultes, et le risque d'isolement des malades constituent des enjeux majeurs des dispositifs de transfert sanitaire. Une recherche récente sur le vécu des évacuations sanitaires de patients réunionnais²⁷ vers la France métropolitaine montre que les souffrances liées à l'isolement, l'éloignement de la famille et de la terre d'origine, et le fait de se retrouver dans un univers culturel radicalement différent peuvent avoir un impact négatif sur les effets des traitements²⁸.

Des évacuations sanitaires concernent aussi d'autres pays de la zone. Par exemple, des transferts de malades sont organisés depuis Madagascar vers La Réunion, la France hexagonale, ou Maurice. Mais ces évacuations sanitaires déstabilisent les systèmes de santé des pays de départ car une partie des frais est à leur charge²⁹. Des accords existent également entre des hôpitaux mauriciens et des hôpitaux indiens.

Des recherches poussées permettraient de mieux documenter ces dispositifs, les règles juridiques qui les encadrent et la manière dont ces règles sont interprétées et appliquées localement : qui bénéficie de ce type de dispositifs, comment les dossiers de demandes sont institués, comment la personne malade et sa famille sont accompagnées dans ces démarches ? Quels sont les effets de ces transferts sanitaires sur les trajectoires biographiques et migratoires des personnes malades et de leur famille ?

CONCLUSION

Ce rapide survol non exhaustif des enjeux liés aux mobilités thérapeutiques dans la région souligne la complexité des trajectoires de soins et des expériences personnelles

²³ Je reprends ici la définition proposée par J. Sakoyan dans l'article cité : « Dans un registre affectif, le *care* est une disposition éthique à l'égard de l'autre que l'on peut traduire par l'empathie ; dans un registre cognitif, le *care* s'exprime comme un souci ou une attention à l'égard de l'autre ; enfin, dans un registre pratique, le *care* renvoie à une activité, pouvant être un travail, qui relève du soin » (Juliette SAKOYAN, « Les frontières des relations familiales... », *op. cit.*, p. 182).

²⁴ Juliette SAKOYAN, « Les frontières des relations familiales... », *op. cit.*

²⁵ Maureen DREAN-PAPIN, *État des lieux sur la population pédiatrique, originaire de l'Océan Indien, ayant bénéficié d'un transfert en France métropolitaine au cours d'une prise en charge de pathologie hématologique ou oncologique*, Thèse de médecine, Université de La Réunion, 2021, 84 p.

²⁶ Juliette SAKOYAN, « Corps malades, corps insulaires... », *op. cit.*

²⁷ Ces patients atteints d'hémopathies malignes sont transférés de La Réunion vers la France métropolitaine pour subir une greffe de cellules souches hématopoïétiques.

²⁸ Loreley FRANCHINA, Aline SARRADON-ECK, *et al.*, « Lived experience of State-sponsored intra-national overseas therapeutic mobility for stem cell transplantation », *Social Science & Medicine*, 2022/301.

²⁹ Charlotte DEZE, « *Enjeux de santé, enjeux humanitaires ? Réalités et défis pour les acteurs* », Transition humanitaire dans l'océan Indien, 7ème Conférence internationale de la Fondation Croix-rouge française, Saint-Denis, La Réunion, 2021.

et familiales, qui relèvent à la fois de ressentis intimes et de décisions personnelles, d'arbitrages sociaux et familiaux, le tout étant enchassé dans des contextes culturels, historiques, géographiques, politiques singuliers qui leur donnent forme. Des recherches et des publications importantes, ainsi que des travaux récents ou en cours, ont ouvert la voie à de nombreuses pistes de recherche, qui restent à explorer : sur la production et la relation de soins dans le contexte de la prise en charge de malades venus d'ailleurs par des professionnel.les de santé qui sont aussi, pour la plupart, d'ailleurs ; sur le devenir des petits malades « évasanés » restés dans le pays ou le département où ils ont bénéficié de soins médicaux³⁰ ; sur les dispositifs d'accompagnement institutionnels et les réseaux informels et associatifs de soutien aux personnes malades ; ou encore sur les trajectoires des personnes malades ayant tenté une mobilité à l'étranger pour se soigner mais qui ne peuvent pas bénéficier des soins faute de moyens financiers. Ces quelques pistes sont loin d'épuiser les multiples enjeux liés aux mobilités thérapeutiques qui interrogent la possibilité d'une véritable géopolitique de la santé dans la région et, de manière plus globale, la santé mondiale et les inégalités persistantes d'accès aux technologies médicales et aux savoirs technologiques. La crise liée à la pandémie de Covid-19 a encore complexifié ces enjeux en rendant plus difficiles les déplacements nationaux et internationaux, en mettant sous tension les systèmes de santé et en creusant les inégalités.

³⁰ Ce thème fait partie des axes de recherche du projet en cours « Mobilités sanitaires et accompagnement : les évacuations sanitaires de mineur.es de Mayotte vers La Réunion » porté par Lynda Lotte (CNRS, CERMES3) et Dolorès Pourette.



Ancienne entrée de l'asile d'Anjanamasina (Madagascar)
(Photo Raphaël Gallien, 2019)

Varia

LES DÉBUTS CHAOTIQUES DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR AU SÉNÉGAL (ANNÉES 1940-1950)

Mody KANTÉ
Docteur en histoire contemporaine
Université Toulouse 2

Résumé

Jusqu'au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, l'administration coloniale française se voit contrainte d'accepter un embryon d'enseignement secondaire au Sénégal. Craignant qu'un grand nombre d'élèves ne s'engouffre dans une brèche faite au système, elle décide qu'au terme des études secondaires, les élèves ne passent pas le baccalauréat comme en métropole, mais un brevet de capacité colonial. Et seule une minorité des jeunes africains parvient à accéder à tous les degrés de l'enseignement. L'immensité de la tâche à accomplir, la pénurie des ressources et l'indigence des moyens rendent inévitable l'orientation professionnelle dirigée, instruction générale écourtée et professionnelle accélérée. Aux années 1950, la plus grande diffusion de l'enseignement secondaire permet la création, en 1950, d'une nouvelle École préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Institut des hautes études de Dakar, rattachée aux facultés de médecine de Paris et de Bordeaux, qui assure la relève de l'École africaine de médecine et de pharmacie, qui ferme ses portes en 1953. Cet institut offre cependant un enseignement d'une qualité inférieure à celui des universités françaises.

Mots-clés : Histoire coloniale, Afrique de l'Ouest, Sénégal, Dakar, Santé, éducation, vingtième siècle

Abstract

Until the aftermath of the Second World War, the French colonial administration was forced to accept an embryonic secondary education in Senegal. Fearing that a large number of students would rush into a breach of the system, she decided that at the end of secondary studies, students would not pass the baccalaureate as in metropolitan France, but a certificate of colonial ability. And only a minority of young Africans manage to access all levels of education. The immensity of the task at hand, the scarcity

of resources and the indigence of resources make directed vocational guidance, general education shortened and vocational training accelerated, inevitable. In the 1950s, the greater diffusion of secondary education led to the creation, in 1950, of a new Preparatory School of Medicine and Pharmacy of the Institute of Advanced Studies of Dakar, attached to the faculties of medicine of Paris and Bordeaux, which ensured the succession of the African School of Medicine and Pharmacy, which closed its doors in 1953. However, this institute offers education of a lower quality than that of French universities.

Keywords: Colonial history, West Africa, Senegal, Dakar, Health, education, twentieth century

La période allant de la fin de la Seconde Guerre mondiale à la fin des années 1950 est marquée en Afrique subsaharienne par de grands bouleversements sociopolitiques aboutissant à l'émancipation des peuples colonisés. On assiste à une prise de conscience collective des élites intellectuelles africaines à la suite de la Conférence de Brazzaville. Les Africains, de plus en plus conscients de leur situation d'élite, ont décidé de lutter pour un enseignement semblable à celui dispensé en France. La formule coloniale « former l'autochtone de façon qu'il soit pour l'Européen un auxiliaire efficace et dévoué » doit céder la place à une autre : « faciliter la sélection d'une élite autochtone et l'associer aux efforts de la France pour [en] faire des concitoyens dans la partie la plus large qu'était l'Union française¹ », organisation politique de la France et son Empire colonial créé en 1946 par la constitution de la IV^e République. L'enseignement doit par conséquent introduire des programmes et des examens de même qualification que dans la métropole, en garantissant les mêmes avantages. Il s'agit, en fait, de procéder à un alignement des niveaux et non à une « assimilation² » simpliste³ qui n'est plus un modèle souhaité par les élites intellectuelles africaines. Une période de tâtonnement a été nécessaire pour trouver un équilibre.

En Afrique occidentale française (AOF), l'enseignement supérieur prend d'abord la forme d'une classe de mathématiques spéciales, ouverte au lycée Van Vollenhoven à Dakar en 1947. Un an plus tard, en 1948, des cours d'enseignement supérieur sont dispensés pour la première fois en physique, chimie et biologie, puis, à partir de 1949, en lettres et droit. Il devient évident de donner aux étudiants africains un enseignement universitaire complet qui les prépare à la pratique de la médecine individuelle où ils auront à résoudre tous les cas pathologiques et permet à chacun d'eux d'élargir le champ du connu et de faire progresser la science médicale. À cette période, l'administration

¹ Jean CAPELLE, *L'éducation en Afrique noire à la veille des indépendances (1946-1958)*, Paris, Karthala, 1990, p. 35-36.

² Les écoles françaises produisent un processus d'acculturation des colonisés à la culture française. L'éducation dans les colonies d'AOF est réalisée sous l'objectif « d'assimiler » les autochtones, c'est-à-dire de les rapprocher des citoyens de métropole et de progressivement leur offrir les mêmes droits. L'assimilationnisme, avec sa promesse d'une égalité future entre colons et colonisés, doit permettre l'attachement des élites indigènes à l'œuvre coloniale. Cf. Marc GIELBLAT, Simon FOURNIER & Laura LINK, *La fabrique d'une élite colonisée, focus sur l'Afrique occidentale française*, Mémoire de master 2 de Géostratégie, défense et stratégie et sécurité internationale, Aix-en-Provence, Sciences Po, 2018. [En ligne]. <https://etudesgeostrategiques.com/2018/11/26/la-fabrique-dune-elitte-colonisee-focus-sur-lafrigue-occidentale-francaise/>, (page consultée le 7 avril 2020).

³ Jean CAPELLE, *op. cit.*, 1990, p. 35-36.

coloniale ne peut octroyer à tous les jeunes issus de l'Afrique subsaharienne des bourses d'études pour suivre le cursus universitaire en métropole⁴. De surcroît, les résultats obtenus en France par les étudiants d'outre-mer s'avèrent souvent insuffisants et beaucoup se trouvent désorientés, lors de leur arrivée, par des influences peu bénéfiques, intervenant au moment où leurs difficultés d'adaptation les sensibilisent à toutes les propagandes politiques. Installé dans une colonie lointaine et ayant pour but de former des auxiliaires médicaux africains utiles aux colonies, l'Institut des hautes études de Dakar (IHED), créé en 1950⁵ sous la tutelle bienveillante des universités de Bordeaux et de Paris⁶, regroupe des Écoles supérieures de droit, de sciences, de lettres et de médecine et pharmacie⁷ et non des facultés comme les autres établissements supérieurs français. Tel est le modèle adopté à Hanoï en Indochine française⁸ (l'École de médecine devient faculté de médecine en 1943) et en Algérie⁹ (l'École de médecine devient faculté de médecine le 30 décembre 1909, bien avant la création de l'École de Dakar).

Au fil des années, les progrès de l'enseignement supérieur et technique ont permis la création d'une École de médecine préparatoire au doctorat, d'une École des sages-femmes africaines et d'une École des sages-femmes d'État donnant désormais aux élites féminines la possibilité entière d'accéder à tous les échelons de la hiérarchie médicale. Lorsqu'est fondée l'université de Dakar en 1957, les écoles de l'IHED sont regroupées en son sein. C'est l'évolution du système scolaire colonial vers le modèle métropolitain.

Une lecture attentive montre comment à la seconde moitié des années 1950 s'opèrent des mutations importantes de l'enseignement au Sénégal.

Cet article, extrait de ma thèse de doctorat¹⁰, se propose d'offrir une analyse sur les débuts chaotiques de l'enseignement supérieur au Sénégal, en étudiant le développement de l'enseignement secondaire comme base nécessaire de la formation et l'aurore de l'enseignement médical universitaire à Dakar.

I) L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE AU SÉNÉGAL, UN SOCLE INDISPENSABLE À L'ACCÈS AUX ÉTUDES SUPÉRIEURES

Les résultats de la mise sur pied d'un enseignement complet de divers niveaux allant du primaire au supérieur ne sont ni automatiques ni immédiats. Pour disposer de candidats valables pour le niveau universitaire, il faut que l'enseignement secondaire les ait préparés en nombre suffisant, cela n'a été le cas de l'AOF qu'à la fin de la première moitié du XX^e siècle. Pourtant, les origines de l'enseignement secondaire en Afrique de

⁴ ANS, O18 (31), Procès-verbal du Conseil de discipline de l'EAMP, en date du 1^{er} décembre 1947.

⁵ Maurice PAYET, « Historique de l'organisation de la médecine en Afrique noire d'expression française », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, séance du 31 mai 1960, p. 406.

⁶ Joseph-Robert (de) BENOIST, *L'Afrique occidentale française de la Conférence de Brazzaville (1944) à l'indépendance (1960)*, Dakar, Les Nouvelles Éditions Africaines, 1982, pp. 146-148.

⁷ Jacques BLANCHARD, *L'enseignement supérieur au Sénégal*, s.l., Université de Dakar, 1963, p. 6.

⁸ Van Tuan Hoang, « L'université de Hanoï (1906-1945). Un outil de renouvellement des élites et la culture vietnamiennes ? », Numéro spécial « *Enseignement supérieur et universitaire dans les espaces coloniaux* », n° 394-395, 2017, p. 67.

⁹ Lardi ABID, « L'École de médecine d'Alger : 150 ans d'histoire, de 1857 à 2007 », *Histoire de l'Algérie médicale : naissance de la médecine algérienne*. [En ligne]. [Santé Maghreb - Le guide de la médecine et de la santé au Maghreb \(santemaghreb.com\)](http://www.santemaghreb.com), (page consultée le 7 décembre 2020).

¹⁰ Mody KANTE, *Former une élite médicale africaine à l'époque coloniale. L'École de médecine de Dakar (1918 – années 1950)*, Thèse de doctorat unique d'Histoire, Toulouse, Université Toulouse 2-Jean Jaurès, 2021, 770 p.

l’Ouest remontent à 1844, année durant laquelle trois jeunes prêtres sénégalais, David Boilat, Jean-Pierre Moussa et Arsène Fridoil¹¹, après avoir effectué leurs études ecclésiastiques en France, fondent à Saint-Louis du Sénégal la première école secondaire. L’un d’eux, l’abbé Boilat, l’auteur des *Esquisses sénégalaïses*, métis né à Saint-Louis, est nommé directeur de l’établissement. Dans son discours prononcé lors de l’ouverture de cette institution, il constate que peu de Sénégalais ont accédé à des postes de responsabilité. Cette situation, déclare-t-il, ne peut s’expliquer par la prétendue infériorité des Africains :

*« Il est de fait que ce n'est ni la couleur, ni la forme extérieure qui font l'homme, mais l'âme créée à l'image de Dieu »*¹².

La seule raison de ce regrettable état de fait est donc, affirme-t-il, l’absence d’éducation secondaire au Sénégal. Grâce à la création du collège secondaire, de nouveaux débouchés vont donc s’ouvrir aux jeunes sénégalais :

*« En un mot, si vous avez l'aptitude et l'instruction voulue, toutes les places de la colonie vous seront réservées : médecine, pharmacie, magistrature ; tout dépendra de votre volonté et de votre vocation »*¹³.

Mais le pouvoir colonial, en harmonie avec les défenseurs du primaire, trouve l’expérience de Boilat trop audacieuse, qui veut former une élite indigène et le collège ferme ses portes après quelques années d’existence. Accusé de conduite licencieuse, Boilat dut quitter le Sénégal et finit ses jours comme curé dans le diocèse de Meaux en France. Tout au long du XIX^e siècle et de la première moitié du XX^e siècle, les « assimilés » ne cesseront de demander que les écoles du Sénégal soient calquées sur le modèle français et de s’opposer à ce qu’ils considèrent à juste titre comme un enseignement de seconde zone, qui les condamne à n’être que des auxiliaires. Quand, en 1908, il est officiellement décidé de séparer l’enseignement pour Africains et l’enseignement pour Européens, les membres sénégalais du Conseil général manifestent leur vive désapprobation et réclament un système d’enseignement unique. Étant juridiquement et se considérant comme citoyens français, les « assimilés » ne demandent qu’à bénéficier du même type d’enseignement que les Français de la métropole. Vu sous cet angle, le combat pour « l’assimilation » prend une coloration nettement anticoloniale, puisqu’il s’attaque à la clé de voûte du système colonial : la domination par la ségrégation¹⁴.

Pratiquement, avant la Seconde Guerre mondiale, l’enseignement secondaire n’existe pas en AOF. Seul le Certificat d’études primaires et élémentaires (CEPE) peut être passé par tous. Quelques lycées, ceux de Dakar, de Saint-Louis, un début d’expérience à Bamako ou Abidjan, mais dans l’ensemble les effectifs se recrutent presque exclusivement parmi les Européens. Le colonisateur français refuse de faire bénéficier les Africains d’un enseignement semblable à celui de l’hexagone : « tout est

¹¹ Papa Ibrahima SECK, *La stratégie culturelle de la France en Afrique : l'enseignement colonial, 1817-1960*, Paris, L’Harmattan, 1993, p. 104.

¹² Abbé BOILAT, *Esquisses sénégalaïses*, Paris, P. Bertrand, 1853, pp. 235-238 cité par Christian Coulon « Enseignement en situation coloniale », *Problèmes et perspectives de l'éducation dans un État du Tiers monde : le cas du Sénégal*, Bordeaux, Centre d’Étude d’Afrique noire, 1972, pp. 28-29.

¹² Anonyme, « La scolarisation de l’Afrique noire », *Tam-Tam. Bulletin mensuel des étudiants catholiques africains*, 4^e année, n° 6, 7 & 8, mars-mai 1955, p. 22.

¹³ *Ibid.*

¹⁴ Christian COULON, *op. cit.*, pp. 28-29.

mis en œuvre pour assurer et perpétuer la domination de l'homme blanc », selon Christian Coulon¹⁵.

Il faut attendre le lendemain de la Conférence de Brazzaville, pour voir l'Afrique française prendre un tournant dans ce domaine. Au cours de cette période, une certaine participation est octroyée aux Africains dans la gestion de leurs propres affaires. La structure et le contenu de l'enseignement métropolitain font également leur apparition en Afrique française. Cette nouvelle orientation, voulue et accélérée par la petite élite africaine instruite, provoque la création de collèges secondaires longs (cycle complet) ou court (jusqu'au brevet élémentaire)¹⁶.

Jusqu'en 1946, c'est une minorité des jeunes africains qui peut accéder à tous les degrés de l'enseignement. Il n'y a que deux lycées dans toute l'AOF gérés suivant la même règle que celle de la métropole : le lycée Faidherbe de Saint-Louis, premier établissement de ce niveau, créé par le décret du 20 juin 1919 et ouvert par arrêté du gouverneur général du 6 novembre 1920 et le Cours secondaire de Dakar, d'abord établissement privé, rendu officiel par arrêté du gouverneur général du 10 octobre 1925, devenu lycée Van Vollenhoven en 1940. Ils sont en théorie réservés aux citoyens, c'est-à-dire aux enfants européens¹⁷, aux citoyens des Quatre Communes du Sénégal et à quelques « assimilés »¹⁸, contrairement aux enfants indochinois, qui ont accès aux lycées de Hanoï, de Saïgon, de Phnom Penh depuis 1935¹⁹. En AOF, les familles européennes et celles des métis financièrement aisés ont en outre la possibilité d'envoyer leurs enfants poursuivre leurs études en métropole²⁰.

En 1945, sur les 723 élèves que totalisent ces deux établissements, seuls 174 sont Africains²¹. De plus, le terme des études secondaires est marqué, non par le baccalauréat, mais par un examen considéré comme inférieur et appelé brevet de capacité colonial²² créé par le décret du 28 mars 1924. Deux candidats sont admis en 1925, sept en 1926 et sept en 1927²³, ce qui montre le caractère marginal de ces établissements.

Dans [s]a stratégie culturelle de la France en Afrique, Papa Ibrahima Seck n'a pas manqué de mentionner le retard accusé par l'AOF par rapport aux autres Empires

¹⁵ *Id.*, p. 19.

¹⁶ Anonyme, mars-mai 1955, *op. cit.*, p. 22.

¹⁷ Rokhaya FALL, « Le système d'enseignement en AOF », dans Charles BECKER, Saliou M'BAYE & Ibrahima THIOUB (dir.), *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest africaines et ordre colonial, 1895-1960*, tome 2, Dakar, Direction des Archives du Sénégal, 1997, pp. 1071-1080.

¹⁸ Akira SATO, *L'enseignement « supérieur » à l'ère coloniale*, n.d., n.l., p. 9. [En ligne]. www.ir.ide.go.jp, (page consultée le 9 avril 2020).

¹⁹ Pascale BARTHELEMY, *Africaines et diplômées à l'époque coloniale (1918-1957)*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2010, p. 15.

²⁰ Papa Ibrahima SECK, *op. cit.*, p. 103.

²¹ Christian COULON, *op. cit.*, p. 19.

²² Ce diplôme, créé en Nouvelle Calédonie en 1910 (décret du 31 juillet), à Madagascar en 1912 (décret du 5 décembre), ne sera institué en Afrique équatoriale française qu'en 1945 (décret du 23 août). Il ne sera reconnu équivalent au baccalauréat qu'en 1947 en Afrique subsaharienne. Voir Papa Ibrahima SECK, *op. cit.*, p. 112.

²³ Force est de reconnaître que le Sénégal dispose d'une avance considérable par rapport à la majorité des autres colonies françaises (en dehors de l'Indochine). À titre illustratif, les deux premiers lycées de Madagascar (l'un de garçons, l'autre de filles) seront créés à Tananarive par décret du 24 mars 1924 ; au Cameroun, c'est le collège de Yaoundé qui sera transformé en lycée par arrêté ministériel du 28 août 1950 ; en Afrique équatoriale, l'arrêté ministériel du 9 mai 1951 transformera le Cours secondaire de Brazzaville en lycée dénommé Savorgnan de Brazza ; au Togo, le collège de Lomé deviendra lycée Gouverneur Bonnecarrère par arrêté ministériel du 10 août 1953. Ainsi, jusqu'aux années 1950, bien peu de colonies disposent d'un enseignement secondaire complet. Voir Rokhaya FALL, *op. cit.*, pp. 1071-1080.

coloniaux. Seck écrit que « l'avènement caractéristique, du point de vue de la structure de l'Enseignement colonial, reste l'institution du lycée de Saint-Louis (le seul en Afrique noire), à l'instar du régime général des lycées coloniaux déjà existants comme ceux de la Guadeloupe et de La Réunion²⁴ », les vieilles colonies d'avant la Révolution française de 1789.

En dépit du mythe de « l'assimilation », le colonisateur français n'a jamais sérieusement essayé, avant la Seconde Guerre mondiale, de former une élite africaine pouvant rivaliser avec les Européens en partageant les mêmes savoirs. L'AOF n'étant pas logé à meilleure enseigne, ce phénomène est comparable au Kenya, petite colonie de peuplement britannique. D'après Hélène Charton : « la mise en place d'un système d'abord ségrégué d'éducation aux Africains des formations de seconde zone, puis les efforts de l'administration coloniale pour limiter l'accès de cette population à l'éducation supérieure, ont à la fois suscité des expériences originales de la part des communautés africaines »²⁵. En AOF, les crédits dérisoires affectés à l'éducation dans les colonies prouvent bien d'ailleurs que la « mission civilisatrice » de la France, reléguant au rang d'inférieures les « races » colonisées²⁶, n'est qu'une propagande rebattue. Le but visé par l'enseignement dans la société coloniale est de former des auxiliaires, non de remplacer les Européens aux postes de responsabilité²⁷. Le colonisateur est conscient que grâce à l'éducation n'émergent que des « déclassés », c'est-à-dire une élite africaine formée à l'europeenne qui ne trouve plus sa place dans la société coloniale²⁸, qui viendraient contester la situation coloniale. En toute logique, la meilleure façon de prévenir une telle éventualité est d'entraver la marche des Africains par une instruction égale à celle de la métropole. C'est pourquoi les directives et recommandations des administrateurs coloniaux insistent avec tant de vigueur pour que les maîtres d'écoles évitent les sujets de cultures générales. À ce sujet, Paul Désalmand souligne que les programmes de géographie comme d'histoire sont fort différents de ceux de la métropole. Même lorsqu'on étudie la France, c'est d'une façon très particulière : il s'agit plus de la faire aimer aux élèves que de la faire connaître²⁹. De même au plus haut niveau, les matières techniques reçoivent priorité³⁰ dans un but économique, une manière d'éviter ce déclassement. La culture française risquerait d'aveugler ceux à qui elle serait dispensée, comme l'écrit, en 1917, Georges Hardy, directeur de l'Enseignement en AOF : « Un jour peut-être cette grande lumière venue du Nord éclairera sans éblouir ; pour le moment restons dans la grotte dont parle si joliment Platon, et regardons le soleil trop brillant dans le miroir des marigots africains »³¹. Dans cette perspective, nous comprenons aisément pourquoi aucun enseignement supérieur ne verra le jour en Afrique subsaharienne avant les années 1950.

²⁴ Papa Ibrahima SECK, *op. cit.*, p. 109.

²⁵ Hélène CHARTON, *La genèse ambiguë de l'élite kenyane : origines, formations et intégrations, de 1945 à l'indépendance*, Thèse de doctorat d'Histoire, Paris, Université Paris VII-Denis Diderot, 2002, p. 413.

²⁶ Laurence MONNAIS-ROUSSELOT, « Paradoxes d'une médicalisation coloniale. La professionnalisation du "médecin indochinois" au XX^e siècle », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 143, juin 2002, Dossier « Médecine, patients et politique de santé », p. 36.

²⁷ Christian COULON, *op. cit.*, p. 22.

²⁸ Sara LEGRANDJACQUES, « L'enseignement supérieur en Asie française et britannique : expériences croisées à l'âge des Empires (années 1850-1930) », *Revue d'histoire outre-mer*, n° 394-395, 2017, p. 47.

²⁹ Paul DESALMAND, *Histoire de l'éducation en Côte d'Ivoire. Des origines à la Conférence de Brazzaville*, Abidjan, CEDA, 1983, pp. 354-355.

³⁰ Sara LEGRANDJACQUES, *op. cit.*, p. 23.

³¹ Georges HARDY, *Une conquête morale : l'enseignement en AOF*, Paris, Armand Colin, 1917, pp. 172-173.

Rappelons que dès la fin de la Seconde Guerre mondiale, les élites intellectuelles africaines ont repris les revendications de leurs aînés. C'est le cas d'Ousmane Socé Diop³², ancien élève du Collège François Blanchot de Verly de Saint-Louis et de l'École normale William-Ponty de Gorée, l'un des premiers boursiers à faire des études universitaires en France où il a étudié la médecine vétérinaire à Paris. Lors de la réunion publique de la Section française de l'internationale ouvrière (SFIO) tenue au quartier indigène de Médina, ville noire jumelle de Dakar, en 1947, l'auteur de *Karim* prononce :

*« Nous sommes revenus de France et allons vous faire le compte rendu de notre mission. La question la plus importante est celle de l'enseignement et c'est celle que je vais développer. Vous n'ignorez pas que le Noir n'a pas un enseignement suffisant. Une loi a été faite et j'espère que dans quelques années il y aura un grand changement dans cette branche. [...] Pour l'École de médecine, des professeurs viendront de France pour former des médecins et non des médecins auxiliaires. L'enseignement est nécessaire pour tous, même pour les cultivateurs »*³³.

Il résulte de ce paradoxe africain une lecture réductrice de ces programmes qui est attaquée sur tous les fronts : « dans toutes les entreprises, l'homme ne cherche et ne lutte pour rien d'autre que le succès et la gloire »³⁴.

L'AOF n'étant pas logé à meilleure enseigne, ce phénomène est comparable aux territoires africains sous possessions britanniques. L'historien John Iliffe, dans son *East African Doctors*, parle de l'étudiant ougandais, Nyabongo, qui publie, en avril 1938, une violente attaque contre les Écoles de médecine de Yaba au Nigeria et de Mulago en Ouganda, deux endroits, d'après lui, qui sont une honte pour la profession médicale et une insulte à l'intelligence du monde civilisé. L'auteur poursuit son analyse qu'« il est criminel d'imposer de telles places au peuple africain. [...] Les hommes qui en sont sortis ne sont pas autorisés à prescrire pour les Européens. Ce serait trop dangereux. Ils ne sont autorisés à expérimenter que sur leurs camarades »³⁵. Cette dénonciation a pu exprimer des opinions circulant parmi les étudiants, mais il est trop tard pour les réveiller.

Cependant en AOF, sous l'égide du général Charles de Gaulle, chef de la « France libre », une politique de parité est finalement adoptée après 1945. Le contrôle de Paris s'accentue, alors qu'autrefois la plupart des décisions étaient prises par le gouverneur général de l'AOF, résidant à Dakar. Simultanément, le contenu aussi bien que la structure de l'enseignement deviennent ceux de la métropole³⁶ et les deux lycées

³² Ousmane Socé Diop est né en 1911 à Rufisque et décédé en 1973 à Dakar. Écrivain et homme politique sénégalais, il a suivi l'École coranique, puis le Collège Blanchot de Saint-Louis, l'École normale William-Ponty de Gorée avant de poursuivre ses études en France. En 1935, il fait ses débuts en littérature avec *Karim*, roman sénégalais, sur un jeune homme à l'intersection de deux cultures ; le livre lui vaut en 1947 le Grand Prix littéraire d'Afrique occidentale. Également présent sur la scène politique, il fonde en 1956 le Mouvement socialiste d'union sénégalaise (MSUS) qui fusionnera avec le Bloc populaire sénégalais (BPS). À la veille de l'indépendance, entre 1958 et 1959, il est nommé ministre du Plan dans le gouvernement conduit par Mamadou Dia. Socé a été ambassadeur du Sénégal aux États-Unis et délégué de l'ONU, mais devenu quasiment aveugle, il a dû se retirer en 1968. Il fut aussi maire de Rufisque, de 1936 à 1945, puis de 1960 à 1964. [En ligne]. [Ousmane Socé Diop — Wikipedia \(wikipedia.org\)](#). (page consultée le 31 décembre 2020).

³³ ANS, IH24 (26), Compte rendu de la réunion publique tenue à Médina rue 17 angle 22 par le parti SFIO.

³⁴ John ILIFFE, *East African Doctors: A History of the Modern Profession*, Cambridge, Cambridge University Press, 1998, p. 69.

³⁵ ANS, IH24 (26), Compte rendu de la réunion publique tenue à Médina rue 17 angle 22 par le parti SFIO.

³⁶ John ILIFFE, *op. cit.*, p. 76.

³⁶ Christian COULON, *op. cit.*, p. 29.

fédéraux de Dakar et de Saint-Louis au Sénégal, susmentionnés, sont littéralement envahis par les élèves africains. La soif de connaissances et la volonté d'apprendre des Africains se manifestent sous des formes multiples et éclatantes : commandes de livres en France, préparation d'examens jusque-là « réservés » aux seuls Européens³⁷. Les diplômés voient s'ouvrir quelque peu les possibilités d'emplois de responsabilité. Tout se passe comme si un mouvement de diversification de l'élite intellectuelle se produisait entre les métiers industriels, administratifs, médicaux et la politique. Une redistribution de la hiérarchie des prestiges s'ensuit, et l'élite ne se définit plus de la même façon aux yeux de la masse analphabète. Le poids des chefferies traditionnelles, déjà atténué par les anciens combattants survivants de la Première Guerre mondiale, est maintenant remis en cause sur le plan politique. La demande scolaire est supérieure à l'offre³⁸. La revendication de la fin de l'enseignement tronqué dispensé jusque-là dans les écoles africaines, de l'instauration d'un enseignement de niveau et de qualités égales à celui des Écoles françaises se fait de plus en plus forte aussi bien de la part des partis politiques africains que chez les élèves des différents établissements de la fédération. En outre, les programmes d'études varient pratiquement d'un établissement à l'autre, et même, dans un établissement déterminé, d'un directeur à l'autre. Les diplômes décernés ne donnent qu'une médiocre garantie, au détriment des meilleurs élèves³⁹.

En guise d'introduction aux mesures qui vont suivre pour structurer l'enseignement de l'AOF dans le sens de la décolonisation et de l'efficacité, le gouverneur général René Barthes⁴⁰, haut-commissaire de la République française, chef de l'enseignement en AOF, adresse aux gouverneurs des territoires la lettre suivante, datée du 6 décembre 1946 :

« J'ai l'honneur de vous faire connaître que j'ai l'intention de faire appliquer en AOF, par toute une série de décisions, les textes qui régissent en France l'organisation de l'enseignement public. Dans ce domaine en effet nous ne nous proposons pas tant de faire du neuf que du solide et il nous paraît indispensable, pour sortir de la confusion qui a régné jusqu'à présent, d'organiser l'enseignement en AOF sur les mêmes bases que dans la métropole.

Qu'il s'agisse [...] des professeurs et des maîtres, de la nature des écoles, des maxima de service ou des programmes des examens et des concours, nous nous conformerons désormais, en les adoptant intégralement ou avec quelques modifications, s'il y a lieu aux textes émanant du ministre de l'Éducation nationale.

Je vous prie d'en informer vos chefs de service de l'enseignement et de leur demander de faire appliquer rigoureusement toutes les décisions qui ne tarderont pas à vous parvenir à ce sujet »⁴¹.

À partir de 1947, l'organisation de l'Enseignement en AOF prend progressivement la structure administrative d'une académie métropolitaine sous l'autorité de Jean Capelle, directeur de l'Enseignement de la fédération, qui adresse à

³⁷ Abdou MOUMOUNI, *L'éducation en Afrique*, Paris/Dakar, Présence africaine, 1998, p. 74.

³⁸ G. GOSSELIN, « La politique française de l'éducation et de la formation des élites politiques en Afrique noire (1940-1960) », *Res publica*, vol. XI, n° 4, 2021, p. 697.

³⁹ Jean CAPELLE, « L'éducation africaine », *Bulletin officiel de l'enseignement en AOF*, Nouvelle série, n° 1, 39^e année 1949, p. 4.

⁴⁰ Du 7 août au 20 septembre 1939, il est gouverneur de la Nouvelle-Calédonie. Il est nommé gouverneur général de l'AOF en mai 1946, poste qu'il occupe jusqu'au 27 janvier 1948, date à laquelle il prend sa retraite.

⁴¹ Jean CAPELLE, *op. cit.*, 1990, p. 40.

Marius Moutet, ministre de la France d'outre-mer (FOM), une lettre programme dans laquelle il écrit : « les populations d'AOF ayant obtenu le droit d'envoyer des représentants au Parlement, comme celles de France, il devient urgent que les populations scolaires d'AOF, qui représentent une élite, bénéficient d'un enseignement modelé sur le cadre français et sanctionné par les examens ayant la qualité et le prestige des examens métropolitains »⁴². L'année suivante, en 1948, le gouverneur général de l'AOF, René Barthes, dans son discours d'ouverture de la session de septembre 1948 du Grand Conseil de la fédération, abonde dans la même direction de pensée : « nous devons, sans délai, donner à la jeunesse africaine studieuse qui a pu acquérir les diplômes de fin d'études secondaires, la possibilité d'accéder sur place à l'enseignement supérieur »⁴³. Le diplôme universitaire devient, dans le contexte colonial, un enjeu social de première importance. C'est ainsi que l'organisation de l'enseignement est divisée en 7 inspections académiques : une par territoire⁴⁴, sauf en ce qui concerne la Mauritanie, qui dépend du Sénégal⁴⁵. Simultanément, trois lycées classiques sont ouverts à Abidjan, Cotonou et Conakry⁴⁶. L'élite intellectuelle africaine bénéficie d'un enseignement modelé sur le cadre français et sanctionné par des examens ayant la qualité et le prestige des examens métropolitains. L'organisation de l'enseignement, jusque-là fidèle continuation de celle de Gallieni, fort opportune à l'époque, cesse de l'être⁴⁷. La distinction entre diplôme indigène et diplôme métropolitain, entre cadre indigène et cadre métropolitain ne sera plus acceptée⁴⁸. L'enseignement se développe quantitativement et qualitativement. Les Africains vont être bien plus nombreux dans l'enseignement secondaire : ils sont 723 en AOF de 1940 à 1945, ils seront 4 174 en 1948. C'est dans ces conditions et en relation avec la situation politique intérieure que la métropole va intervenir en 1948 pour une nouvelle réorganisation de l'enseignement en AOF⁴⁹. Ainsi, le baccalauréat a été étendu, avec l'alignement des programmes. Des boursiers de plus en plus nombreux sont envoyés pour faire des études en France⁵⁰.

Simultanément, on note un développement relativement important : les anciennes écoles primaires supérieures sont transformées en collèges classiques, classiques et modernes ou en collèges modernes. De nouveaux établissements ont également vu le jour, en relation avec le développement sensible de l'enseignement féminin (collèges de jeunes filles). Les écoles normales sont, elles aussi, devenues des établissements d'enseignement secondaire (du point de vue des programmes) tout en continuant à former des instituteurs (munis du baccalauréat). Les cours normaux, destinés à former des instituteurs adjoints (munis du Brevet élémentaire ou du Brevet d'études de premier cycle [BEP]) sont des établissements d'enseignement secondaire

⁴² Harry GAMBLE, « La crise de l'enseignement en Afrique occidentale française (1944-1950), *Histoire de l'éducation. L'enseignement dans l'empire colonial français (XIX^e-XX^e siècle)* », n° 128, octobre-décembre 2010, pp. 129-162.

⁴³ André BAILLEUL, *L'université de Dakar : institutions et fonctionnement 1950-1984*, Thèse de doctorat d'État, Droit, Dakar, Université de Dakar, 1984, vol. 1, p. 20.

⁴⁴ Le Sénégal, le Soudan français, la Guinée, la Côte d'Ivoire, le Niger, la Haute-Volta et le Dahomey.

⁴⁵ Jean CAPELLE, *op. cit.*, 1990, p. 50.

⁴⁶ Akira SATO, *op. cit.*, pp. 9-11.

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ Suzie GUTH, « L'école en Afrique noire francophone : une appropriation institutionnelle », *Revue française de pédagogie*, n° 90, janvier-février-mars 1990, p. 78.

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ Abdou MOUMOUNI, *op. cit.*, 1998, p. 74. C'est le cas de notre interlocuteur Ahmadou Moustapha Sow (80 ans), devenu docteur en 1966 et plus tard professeur de médecine. Entretien avec Ahmadou Moustapha Sow, rencontré à la polyclinique Elhadji Malick Sy de Dieuppeul, professeur de médecine à la retraite, le 6 juin 2011.

analogues aux écoles normales⁵¹.

Les lycées, initialement au nombre de deux dans tout l'Ouest-africain français (Dakar et Saint-Louis) seront au nombre de quatre en 1950 (Dakar, Saint-Louis, Bamako et Abidjan). Ces établissements sont caractérisés par l'existence de toutes les classes et de toutes les séries de l'enseignement secondaire, par un corps enseignant en principe qualifié (professeurs licenciés, certifiés et rarement agrégés) et par l'importance de leurs effectifs⁵².

Les collèges classiques et modernes sont des établissements qui, bien que comportant le cycle complet de l'enseignement secondaire, sont incomplets du point de vue des séries existantes. Ces établissements sont au nombre de 19 en 1949, très inégalement répartis en AOF. Les Écoles normales, quant à elles, au nombre de quatre (Sébikotane, Rufisque⁵³, Katibougou⁵⁴ et Dabou⁵⁵) ont pour but de renforcer l'action de l'École normale William-Ponty en augmentant le nombre d'enseignants mis à la disposition de l'enseignement primaire⁵⁶. Avec la réorganisation de l'enseignement, elles dispensent un enseignement secondaire conduisant au baccalauréat (sciences expérimentales) suivi d'une année de formation professionnelle. Elles fournissent à vrai dire peu d'instituteurs. Les cours normaux, quant à eux, au nombre de neuf en 1949, ont connu un développement parallèle sensible des besoins en personnel enseignant. Comme les écoles normales, ils comportent un enseignement général secondaire conduisant au brevet élémentaire et une année de formation professionnelle. Ce sont surtout eux qui ont fourni le plus grand nombre d'instituteurs (adjoints) à l'enseignement primaire en Afrique subsaharienne⁵⁷.

Somme toute, ces rares établissements d'enseignement secondaire où les élèves européens, avec les élèves africains, pouvaient suivre les mêmes enseignements que dans les établissements secondaires de la France avec des maîtres appartenant au cadre de l'Éducation nationale française et détachés volontaires en AOF, préparaient au baccalauréat sans l'avouer explicitement. En effet, le diplôme de fin d'études secondaires, conclusion d'un examen passé dans les mêmes conditions de programmes et de contrôle que le baccalauréat français, porte le nom curieux de brevet de capacité

⁵¹ Abdou MOUMOUNI, *op. cit.*, 1998, pp. 75-76.

⁵² *Ibid.*

⁵³ En 1938, une École normale de filles fut créée à Rufisque, avec des conditions d'accès et un programme moins sélectifs qu'à l'École normale de garçons William-Ponty de Sébikotane. Malgré son caractère fédéral, l'École normale de Rufisque connut des difficultés, pendant plusieurs années, pour assurer l'effectif prévu : ce furent les territoires du Sud, et plus particulièrement le Dahomey, qui fournirent la majeure partie de chaque promotion. Cf. Jean CAPELLE, *op. cit.*, 1990, p. 30.

⁵⁴ En 1934, une deuxième École normale de garçons fut créée à Katibougou, sur les bords du Niger à une trentaine de kilomètres en aval de Bamako. Quelques années plus tard, elle est appelée École Frédéric Assomption, du nom de son fondateur, pionnier de l'enseignement au Soudan français. Son programme de culture générale est un peu moins exigeant que celui de l'École normale William-Ponty. En revanche, une place plus importante est faite à une connaissance pratique des travaux agricoles. Les élèves de Katibougou ne deviennent pas tous instituteurs : certains sont affectés en qualité de « surveillants d'agriculture », tandis que d'autres, après un stage à l'École forestière de Banco, deviennent agents des Eaux et Forêts. Cf. Jean CAPELLE, *op. cit.*, 1990, p. 31.

⁵⁵ Une autre École normale est ouverte en 1938 à Dabou, non loin d'Abidjan. Elle a pour objectif de fournir des maîtres plus orientés encore que l'École normale de Katibougou vers une instruction agricole de caractère pratique, mais avec une formation générale plus réduite. Les maîtres ainsi formés sont destinés à diriger des écoles de brousse où une part importante des travaux agricoles figurait au programme. Cf. Jean CAPELLE, *op. cit.*, 1990, p. 31.

⁵⁶ Paul DESALMAND, *op. cit.*, 1983, p. 206.

⁵⁷ Abdou MOUMOUNI, *op. cit.*, 1998, pp. 75-76.

colonial, mais bénéficie de l'équivalence du baccalauréat accordée de façon automatique par le ministre de l'Éducation nationale française⁵⁸.

Il convient de rappeler que les écoles normales et les cours normaux sont essentiellement des écoles de formation professionnelle, ce qui contribue à gonfler très sensiblement l'effectif de l'enseignement secondaire proprement dit d'une moyenne de 1 000 à 1 200 élèves au moins, sans oublier la proportion importante d'élèves non africains dans l'enseignement secondaire, proportion au demeurant sensiblement stabilisée autour du chiffre de 15 à 20 %⁵⁹.

Il est intéressant de noter qu'un territoire comme la Mauritanie accuse un retard énorme dans l'enseignement secondaire par rapport à certaines possessions de la fédération. En toute logique, la faible scolarisation des élèves est directement liée à de nombreux problèmes ou phénomènes propres à cette colonie et ce sont souvent les filles qui sont les plus touchées par la déscolarisation – comme mentionné plus haut. C'est au lendemain de la Seconde Guerre mondiale qu'un enseignement digne de ce nom est dispensé en Mauritanie, avec l'École supérieure Xavier-Coppolani⁶⁰ qui ouvre ses portes à Rosso⁶¹, porte de la Mauritanie⁶², en 1945 et la première inspection primaire est créée à Saint-Louis en 1947 ; mais dépendant de l'inspecteur d'académie du Sénégal jusqu'à la loi-cadre de 1956, année à laquelle est créé un cours normal à Boutilimit⁶³. Rappelons que Saint-Louis du Sénégal, ancienne capitale administrative, jouxte le territoire sud de la Mauritanie et abrite aussi le gouverneur de cette colonie qui n'a pas de ville sur son territoire⁶⁴.

En 1950, le développement de l'enseignement secondaire et l'accroissement rapide du nombre de bacheliers (1948 : 56 ; 1949 : 66 ; 1950 : 78), pose le problème de l'organisation de l'enseignement supérieur en AOF⁶⁵. Ainsi, l'École africaine de médecine et de pharmacie de Dakar (EAMP) sera en effet une école de plein exercice avant de devenir une faculté de médecine⁶⁶ en 1957.

II) L'AURORE DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL UNIVERSITAIRE AU SÉNÉGAL

L'École de médecine de l'AOF à Dakar, instituée par le décret du 14 janvier 1918, est une création du Service de santé des troupes coloniales, responsable de la santé publique dans tous les territoires français d'outre-mer. Elle correspond à la nécessité

⁵⁸ Jean CAPELLE, *op. cit.*, 1990, pp. 38-39.

⁵⁹ *Ibid.*

⁶⁰ En 1905, le commissaire du gouvernement général en Mauritanie, Coppolani est assassiné à Tidjikdja et en 1921, ce territoire militaire est transformé en colonie. Cf. C. MATHIS (Médecin général), *op. cit.*, p. 562.

⁶¹ Cette institution était la pépinière des cadres mauritaniens. Rosso est situé sur la frontière avec le Sénégal. Il a joué un rôle important à l'époque de la colonisation en tant que trait d'union entre la Mauritanie et Saint-Louis, capitale coloniale de la région Mauritanie-Sénégal.

⁶² Pour que l'on comprenne bien, il y a en effet une porte avec des croix de Lorraine, une pierre ocre parce que ça fait africain, et sur laquelle il est écrit : « porte de Mauritanie », voir Emmanuel Mounier, *L'éveil de l'Afrique noire*, Paris, Éditions du Seuil, 1948, p. 33.

⁶³ Catherine COQUERY-VIDROVITCH, *L'Afrique occidentale au temps des Français. Colonisateurs et colonisés (c. 1860-1960)*, Paris, Éditions Sociales, 1992, p. 213.

⁶⁴ Emmanuel MOUNIER, *op. cit.*, p. 29.

⁶⁵ Pape Momar DIOP, « L'enseignement de la jeune fille indigène en AOF de 1903 à 1958 », dans Charles Becker, Saliou M'Baye & Ibrahima Thioub (dir.), *AOF : réalités et héritages. Sociétés Ouest africaines et ordre colonial, 1895-1960*, tome 2, Dakar, Direction des Archives du Sénégal, 1997, pp. 1081-1096.

⁶⁶ Jean CAPELLE, *op. cit.*, 39^e année 1949, p. 4.

d'équiper rapidement et simplement les colonies d'Afrique en personnel médical, et elle a été réalisée sur le type de formation d'enseignement du même ordre existant déjà à Madagascar et dans les Indes françaises – et à cette époque en Indochine. Conçus dans un but éminemment pratique et s'adressant à des élèves de formation uniquement primaire, ses programmes, surtout en ce qui concerne les sciences fondamentales, étaient très différents des programmes universitaires⁶⁷ métropolitains.

Depuis longtemps, la nécessité est apparue de créer un courant ininterrompu qui, partant de l'École primaire supérieure, permettrait aux meilleurs élèves africains d'accéder non seulement aux collèges et lycées, mais au-delà, à l'enseignement supérieur. Dans *Grandeur et servitudes coloniales*, Albert Sarraut, ministre des Colonies, de 1932 à 1933, était particulièrement explicite sur ce point : « l'enseignement supérieur suppose, avec une hérédité préparatoire, un équilibre des facultés réceptives et un jugement dont seule une faible minorité de nos sujets et protégés sont capables »⁶⁸. Au début du XX^e siècle, l'administration française n'avait pas l'intention d'établir un système d'enseignement supérieur en AOF « car avant de penser à l'enseignement supérieur, il est indispensable que l'enseignement secondaire soit solidement établi »⁶⁹. D'ailleurs, une partie de l'opinion publique coloniale ne manque pas de dire que « la jeunesse africaine n'est pas mûre pour l'enseignement supérieur, donc pour bénéficier d'études qui lui donneraient une assurance professionnelle susceptible d'amener des mouvements politiques »⁷⁰.

Il faut attendre la fin de la Seconde Guerre mondiale pour que les problèmes éducatifs et sanitaires commencent à figurer au rang des priorités des politiques administratives des autorités coloniales, sous la pression de l'opinion internationale de plus en plus sensible au sort des populations africaines⁷¹. Ainsi, la dimension idéologique du second conflit mondial met en lumière les paradoxes de la domination coloniale. Dans la conscience du colonisateur français s'est dessinée la tendance à l'institution d'un système d'enseignement supérieur en Afrique de l'Ouest⁷². Dans son ouvrage *L'éducation en Afrique noire à la veille des indépendances*, Jean Capelle, nommé à la tête de l'Enseignement de l'AOF en 1946, mentionne que la première initiative d'une université à Dakar fut une lettre du 3 avril 1947, rédigée à Paris, approuvée par le haut-commissaire de la République française en AOF et adressée au ministre de la FOM par le directeur général de l'enseignement en AOF. Cette lettre proposait les grandes lignes de l'organisation académique et ajoutait : « l'heure est venue de jeter les bases d'une université à Dakar et de placer l'ensemble de l'enseignement sous le contrôle de l'Éducation nationale »⁷³. Avec le développement de l'enseignement secondaire, le goût marqué par les Africains pour les études supérieures, l'augmentation importante du nombre de la population européenne en Afrique de l'Ouest, la nécessité d'une sélection

⁶⁷ ANS, 1H34 (26), L'enseignement médical universitaire en AOF, p. 1.

⁶⁸ Albert SARRAUT, *Grandeur et servitudes coloniales*, Paris, Éditions du Centurion, 1931, p. 152.

⁶⁹ Van Tuan Hoang, *op. cit.*, p. 64.

⁷⁰ Claude CHIPPAUX, « Le service de santé des troupes de marine », *Médecine tropicale. Revue française de pathologie et de santé publique tropicales*, Le Pharo – Marseille, novembre-décembre 1980, vol. 40, n° 6, p. 624.

⁷¹ Mor NDAO, « La santé de l'enfant au Sénégal à l'époque coloniale. Le cas des maladies éruptives : la variole et la rougeole de 1930 à 1960 », *Cahiers Histoire et Civilisations*, n° 1, Dakar, UCAD, FLSH, 2003, p. 93.

⁷² Boubacar NIANG, *La politique coloniale de gestion des personnels indigènes de l'administration publique de la fin de la conquête à la veille de la deuxième guerre mondiale, 1890-1939. Le cas de la colonie du Sénégal*, Thèse de doctorat de Troisième cycle d'Histoire, Dakar, UCAD, 1999, p. 146.

⁷³ Jean CAPELLE, *op. cit.*, 1990, pp. 84-85.

et d'une orientation attentives ont conduit les autorités coloniales à mettre à la disposition des territoires d'Afrique subsaharienne sous domination française un « Institut des hautes études » à Dakar⁷⁴ créé par le décret ministériel n° 50-414 du 6 avril 1950 ; et l'académie de l'AOF est instituée le 27 novembre de la même année. Ainsi, l'École de médecine de Dakar, élément essentiel de cet institut, d'une organisation plus simple et moins pesante que celle d'une université, doit servir de ballon d'essai, compte tenu de l'élite médicale africaine qu'elle a formée depuis son ouverture en 1918⁷⁵.

Cette situation est concomitante dans l'Est africain britannique. Dans *East African Doctors*, John Iliffe indique qu'« en 1945, une commission britannique très influente présidée par le juge Asquith a recommandé que les universités coloniales suivent le modèle britannique – sélectif, résidentiel et autonome, en établissant d'abord une relation spéciale avec l'université de Londres et en obtenant ses diplômes externes jusqu'à ce que chaque université soit suffisamment mature pour délivrer les siens »⁷⁶. L'historien britannique ajoute que « les Écoles de médecine devraient faire partie intégrante des universités et être contrôlées par des académies, mais exceptionnellement, elles devraient viser en premier lieu les qualifications locales : la première étape à franchir est d'élever les normes de l'enseignement afin que le diplôme médical local soit reconnu par le Conseil médical général. Le stade final serait atteint lorsque le centre dont fait partie la faculté de médecine deviendrait une université délivrant ses propres diplômes »⁷⁷.

Au Sénégal, l'ouverture de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie représente l'aboutissement de deux années d'efforts persévérand, dont une des étapes essentielles a été l'organisation des études physiques, chimiques et biologiques (PCB)⁷⁸, propédeutique médicale du fait de l'existence de l'École de médecine⁷⁹. Ces études commencent à fonctionner dès l'année scolaire 1948-1949 et donnent à l'ensemble du système scolaire de l'Ouest-africain français une structure conforme à celles des académies métropolitaines. Au début de l'année scolaire 1949-1950, il ne pouvait être encore question d'ouvrir l'École préparatoire de médecine et de pharmacie, car cinq étudiants seulement avaient passé avec succès les épreuves du PCB et cela représente un effectif trop modeste pour justifier immédiatement l'ouverture de l'établissement⁸⁰. C'est un an plus tard, avec le développement et l'amélioration de l'enseignement du PCB, que 15 étudiants démarrent l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de l'IHED⁸¹ ouverte le 13 novembre 1950. C'est la première mouture de l'université sénégalaise. La nouvelle institution succède, dans la formation de l'élite médicale, à l'EAMP avec laquelle elle a coexisté pendant ses deux premières années d'existence, c'est-à-dire de 1948 à 1950. Les conditions d'entrée et les programmes à l'école sont les mêmes que dans la métropole⁸². C'est l'adaptation du système scolaire colonial au modèle métropolitain. Parallèlement s'éteint le recrutement des élèves médecins et pharmaciens

⁷⁴ ANS, 1H34 (26), L'enseignement médical universitaire en AOF, p. 1.

⁷⁵ Boubacar NIANG, *op. cit.*, p. 146.

⁷⁶ John ILIFFE, *op. cit.*, p. 65.

⁷⁷ *Ibid.*

⁷⁸ Anonyme, « Bulletin et mémoire de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dakar », *Institut des hautes études de Dakar*, 1952-1953, tome I, p. 7.

⁷⁹ André BAILLEUL, *op. cit.*, p. 19.

⁸⁰ ANS, 1H34 (26), L'enseignement médical universitaire en AOF, p. 2.

⁸¹ André BAILLEUL, *op. cit.*, p. 19.

⁸² ANS, 1H49 (163), Documentation concernant la santé publique en AOF, année 1952, p. 12.

africains de l'EAMP dont la dernière promotion est sortie en juillet 1951⁸³. La suppression de leur recrutement pose cependant deux problèmes. D'une part, il est à redouter que le titre de docteur en médecine écarte ceux qui en deviennent titulaires des postes de brousse et de l'assistance médicale à laquelle aucun engagement ne les attache. D'autre part, la nouvelle organisation entraîne la dévalorisation inévitable du titre de médecin africain. Il paraît donc désirable d'aider ceux-ci à parvenir au diplôme d'État⁸⁴. Il est autorisé une admission directe en quatrième année de médecine dans les facultés métropolitaines pour ceux qui ont obtenu leur baccalauréat⁸⁵. Précisons toutefois que l'AOF est singulièrement en retard dans le domaine de l'enseignement supérieur colonial par rapport à l'Indochine française. Laurence Monnaïs-Rousselot montre des avancées légales notables de cet Empire colonial français d'Asie, où le candidat a l'obligation d'obtenir son baccalauréat pour prétendre à suivre les cours de l'année préparatoire menant à une filière doctorale de cinq ans (1917), la possibilité de faire sa thèse dans une université française (1921), la permission pour les docteurs en médecine d'entrer, sur concours, dans le cadre français et civil des médecins de l'Assistance médicale indigène (AMI), la promotion de l'École au rang d'École de plein exercice (1922) avant son accession à celui de faculté délivrant le diplôme de docteur d'État et offrant un concours d'internat (1933)⁸⁶ et le programme se calque sur celui de la métropole la même année⁸⁷.

Il est important de souligner le retard de la France par rapport à sa puissante rivale, la Grande-Bretagne, qui a créé, dès le milieu du XIX^e siècle, trois universités à Calcutta, Bombay et Madras. Il y en a dix-huit en 1941, dont onze créées entre 1916 et 1926⁸⁸. En Afrique, elle a fondé les premiers *University colleges* de Khartoum au Soudan (1947), d'Ibandan au Nigeria (1948), d'Achimota en Gold Coast (1948), de l'Est-africain à Makerere en Ouganda (1949), de la Fédération des Rhodésies⁸⁹ et du Nyassaland⁹⁰ (1955)⁹¹.

Ainsi, lors de la conférence médicale du 21 mai 1951 à Dakar, le médecin colonel Marius Marc Anella, directeur de l'École de médecine, de 1950 à 1952, dénonce :

« C'est donc une médecine un peu minimisée qui était enseignée à l'École de médecine. [...] Nous sommes arrivés au stade où nous nous trouvons aujourd'hui à comprendre qu'il est impossible de continuer à fabriquer des médecins d'une qualité inférieure. [...] Cela peut être dangereux au point de vue de la qualité des études et au point de vue psychologique, les étudiants africains, eux-mêmes, désirent obtenir davantage. S'il y a un certain nombre de choses qui ne sont pas enseignées officiellement à l'école, il est très logique que du fait même des études qu'ils font, ils soient attirés vers ce qu'on ne leur enseigne pas officiellement, vers ce qu'on néglige. Il existe de ce fait une sorte de complexe d'infériorité dans

⁸³ Il convient de souligner que l'EAMP continue à assurer la formation de sages-femmes africaines. ANS, 1H98 (163), EAMP, conseil d'administration (1951). Rapport d'inspection de la FOM, p. 3.

⁸⁴ Facilités accordées aux médecins en service pour la préparation du baccalauréat.

⁸⁵ ANS, 1H98 (163), EAMP, Conseil d'administration (1951). Rapport d'inspection de la FOM, p. 4.

⁸⁶ Laurence MONNAIS-ROUSSELOT, *op. cit.*, 2002, p. 38.

⁸⁷ *Id.*, p. 40.

⁸⁸ Jacques FREMEAUX, *Les empires coloniaux dans le processus de mondialisation*, Paris, Maisonneuve & Larose, 2002, p. 246.

⁸⁹ Il s'agit de l'actuelle Zambie et l'actuel Zimbabwe.

⁹⁰ Actuel Malawi.

⁹¹ Lê Thanh Khôi (dir.), *L'enseignement en Afrique tropicale*, Paris, Presses universitaires de France, 1971, p. 18.

l'esprit des étudiants africains »⁹².

Désormais, à partir de cette période, l'enseignement médical ambitionne de former des auxiliaires africains ayant un bagage scientifique et médical plus complet⁹³, c'est-à-dire des docteurs en médecine capables de tenir un dispensaire de brousse, de servir d'assistant dans une formation hospitalière ou dans un service médical spécialisé. L'instruction met l'accent surtout sur la clinique médicale, la clinique chirurgicale, l'anatomie, la biochimie médicale, l'histologie et l'embryologie, la physiologie et la physique médicale. Les stages cliniques s'accomplissent dans les services hospitaliers de l'hôpital central africain qui reçoit les patients⁹⁴. Les enseignements sont assurés par le Dr Robert Pierre François Camain⁹⁵ de l'Institut Pasteur de Dakar, le médecin lieutenant-colonel Sohier⁹⁶, agrégé du Pharo, le maître de conférences des universités Bonneman, le docteur ès sciences, chargé de cours à l'École supérieure des sciences de Dakar, Masson, le professeur agrégé de faculté de médecine Maurice Payet (Malgache d'origine)⁹⁷ et le professeur agrégé de faculté de médecine Roger Letac⁹⁸.

Si la première année de médecine se fait dans des conditions normales, il faut cependant reconnaître que son fonctionnement a connu quelques difficultés et quelques tâtonnements du fait de l'absence de locaux appartenant en propre à l'établissement et aussi du fait de l'absence à Dakar de services hospitaliers adaptés exactement aux nécessités d'un enseignement clinique universitaire⁹⁹. Le problème de l'enseignement hospitalier fait également l'objet de l'attentive sollicitude des hautes autorités administratives locales, de la direction générale de la santé publique et de l'académie de l'AOF. Cet enseignement est réalisé à l'hôpital central africain sommairement adapté à des nécessités nouvelles¹⁰⁰. Dans la même veine, le professeur Abdou Moumouni, agrégé de physique, ancien élève de l'École normale William-Ponty de Sébikotane et du lycée Van Vollenhoven de Dakar, dans son ouvrage sur *L'éducation en Afrique*, montre les limites de la fabrique d'une élite médicale africaine. Il met en évidence les débuts chaotiques de l'enseignement supérieur à Dakar où il a été particulièrement difficile de recruter rapidement un personnel enseignant dit supérieur puisque le corps est constitué de professeurs de lycée de Dakar¹⁰¹.

Au cours de l'année scolaire 1952-1953, l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de l'IHED a effectivement dispensé les enseignements préparant aux examens

⁹² ANS, 1H34 (26), Discours du médecin-colonel Anella lors de la conférence médicale de Dakar, du 16 au 24 mai 1951.

⁹³ Véronique POUTRAIN, Assani ADJAGBE, Fatoumata HANE, Bla Claire KONAN & Tidiane NDOYE, « Systèmes de santé et programmes de lutte contre la tuberculose et le paludisme en Côte d'Ivoire et au Sénégal » dans Laurent VIDAL, Abdou Salam FALL, Dakouri GADOU (dir.), *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest : entre savoirs et pratiques : paludisme, tuberculose et prévention au Sénégal et en Côte d'Ivoire*, Paris, L'Harmattan, 2005, p. 71.

⁹⁴ ANS, 1G53-112, Rapport relatif au fonctionnement de l'IHED pendant l'année scolaire 1952-1953, pp. 7-8.

⁹⁵ Il fut doyen de la faculté de médecine de Dakar de 1967 à 1968.

⁹⁶ Sohier est décédé à Dakar, le 8 mai 1962. Il fut professeur agrégé du Corps de santé des troupes de marine et professeur titulaire de la chaire d'anatomie de la faculté de médecine de Dakar.

⁹⁷ Il fut doyen de la faculté de médecine de Dakar de 1950 à 1967. Cf. : *Revue du Service de santé des troupes de marine*, Marseille : École d'application du Service de santé des troupes de marine, 1962.

⁹⁸ Anonyme, « Institut des hautes études de Dakar. Livret de l'étudiant », *L'éducation africaine. Bulletin officiel de l'enseignement en AOF*, 40^e année, 1951, nouvelle série, n° 8 & 9, pp. 44-46.

⁹⁹ ANS, 1H34 (26), L'enseignement médical universitaire en AOF, p. 6.

¹⁰⁰ ANS, 1H34 (26), L'enseignement médical universitaire en AOF, p. 7.

¹⁰¹ C'est le cas de M. Masson (physique), M. et Mme Sourie (biologie animale), M. Chammard (mathématiques), dans Abdou Moumouni, *op. cit.*, 1998, p. 77.

de doctorant en médecine¹⁰². Soulignons l'importante difficulté de l'organisation de l'enseignement clinique à Dakar qui ne dispose à cette période que d'un hôpital d'assistance, l'hôpital central africain. Soulignons également que les difficultés d'enseignements et l'accroissement des effectifs posent un problème matériel, étant donné l'insuffisance manifeste des locaux, malgré leur utilisation intensive et une « rotation accélérée »¹⁰³. Les étudiants en médecine, bacheliers et munis du PCB après avoir accompli sur place les trois premières années, terminent leurs études en France jusqu'à l'obtention du diplôme de doctorat en médecine¹⁰⁴ (nous n'avons pas trouvé de document à ce sujet qui implique le professeur Portmann de la faculté de médecine de Bordeaux et la directrice des archives de la faculté a été en mesure de nous fournir des informations ; des pistes ouvertes, que le présent travail ne peut épuiser).

Cependant l'AOF est singulièrement en retard dans ce domaine. Laurence Monnais-Rousselot mentionne que dès 1908, donc bien avant l'ouverture de l'École de Dakar, trois étudiants « prometteurs » indochinois sont envoyés à la faculté de médecine de Paris sur proposition du Dr Cognacq, directeur de l'École de médecine de Hanoï. Quelques années après, une minorité rejoint Paris, Montpellier ou Bordeaux et suit un cursus identique à celui des étudiants métropolitains ; plusieurs se spécialisent en radiologie, en dermatologie, en ophtalmologie avant de retrouver le sol indochinois¹⁰⁵. Selon Laurence Monnais-Rousselot, le mouvement prend de l'ampleur, au cours des années 1920, dans le cadre d'un système de bourses au mérite et surtout de la nouvelle filière doctorale qui permet de grossir les rangs du corps médical de l'AMI¹⁰⁶. En 1923, l'École de Hanoï ouvre, à son tour, une section doctorale¹⁰⁷. En 1933, une décennie après, elle est autorisée à enseigner tout le programme des études doctorales¹⁰⁸. En 1941, elle devient une faculté mixte de médecine et de pharmacie, comprenant également une section dentaire et une École de formation des sages-femmes et en 1947, est créée une annexe à Saïgon¹⁰⁹.

En Algérie, l'importance prise par l'enseignement conduit le gouverneur à établir, à Alger, l'enseignement supérieur par la loi du 20 décembre 1879. Cette loi, votée par le sénat français, créé à Alger à côté de l'École de médecine et de pharmacie, déjà existante, des Écoles préparatoires à l'enseignement de droit, des sciences et des lettres. Ces écoles sont transformées en université en 1909. L'École préparatoire de médecine et de pharmacie est placée sous les auspices de la faculté de médecine de Montpellier, qui délivre les diplômes¹¹⁰.

En AOF, la création ainsi amorcée va être complétée par le décret du 24 février 1957 qui transforme l'IHED en université de plein exercice¹¹¹, et l'École préparatoire de

¹⁰² ANS, 2G54-111, Rapport relatif au fonctionnement de l'IHED pendant l'année scolaire 1953-1954, pp. 1-3.

¹⁰³ ANS, 2G53-112, Rapport relatif au fonctionnement de l'IHED pendant l'année scolaire 1952-1953, p. 4.

¹⁰⁴ ANS, 1H49 (163), Documentation concernant la santé publique en AOF, année 1952 p. 12.

¹⁰⁵ Laurence MONNAIS-ROUSSELOT, *op. cit.*, 2002, pp. 39-40.

¹⁰⁶ *Ibid.*

¹⁰⁷ Mais les étudiants de cette section devraient suivre leur dernière année universitaire et soutenir leur thèse dans un établissement en France. Ainsi, de 1935 à 1944, 137 thèses en médecine sont soutenues par des Vietnamiens dans les établissements en France. Cf. Van Tuan HOANG, *op. cit.*, p. 68.

¹⁰⁸ *Ibid.*

¹⁰⁹ Éric DEROO, Antoine CHAMPEAUX & Jean-Marie MILLELIRI (dir.), *L'école du Pharo : cent ans de médecine outre-mer, 1905-2005*, Panazol, Lavaudelle, 2005, p. 92.

¹¹⁰ Lardi ABID, *op. cit.*

¹¹¹ Il s'agit de l'université de Dakar qui deviendra l'université Cheikh Anta Diop de Dakar à partir de 1987, en hommage à son parrain disparu en 1986.

médecine et de pharmacie en une École nationale de médecine et de pharmacie de Dakar qui va être chargée d'assurer aussi, à partir de l'année scolaire 1957-1958, les enseignements de quatrième, cinquième, sixième année en vue du doctorat¹¹² (c'est la dix-huitième université française¹¹³). Les études en vue du diplôme de docteur en médecine durent désormais six ans.

À Dakar, les enseignements comprennent un enseignement théorique, un enseignement pratique, un enseignement dirigé et un enseignement clinique. L'enseignement théorique est assuré par les professeurs et maîtres de conférences. L'enseignement pratique est donné dans les laboratoires et dans les stages hospitaliers. Il est coordonné à l'enseignement théorique. L'enseignement dirigé s'adresse à des groupes de 25 étudiants et consiste en des exercices de révisions et en l'approfondissement des connaissances acquises. L'enseignement clinique comprend l'enseignement de la sémiologie et des enseignements de clinique médicale, de clinique médicale infantile, de clinique chirurgicale, de clinique obstétricale et de spécialités¹¹⁴. Les enseignements sont également donnés à l'occasion des stages. Les études en vue du diplôme de pharmacien durent cinq ans : un an de stage dans une officine et quatre années de scolarité sanctionnées par des examens de fin d'année comportant des épreuves écrites, pratiques et orales. Les épreuves écrites des premier et deuxième examens sont éliminatoires. L'enseignement comprend une partie théorique et des travaux pratiques¹¹⁵. Au cours de la sixième année, il existe un stage pratique interne obligatoire qui commence au plus tard le 15 août de chaque année, pour une durée de 12 mois. La formation comprend des enseignements théoriques, sous forme de cours et conférences donnés à la faculté de médecine de l'université de Dakar et dans les laboratoires et les hôpitaux de la même ville. Les examens, qui déterminent la collation du grade de docteur en médecine, comprennent cinq examens de fin d'année, trois examens de clinique et une thèse de doctorat¹¹⁶.

Il est intéressant de noter que certains étudiants et certains leaders africains n'ont pas manqué de souligner que l'université de Dakar offre un enseignement d'une qualité inférieure à celui des universités françaises. Il a été souligné aussi que peu de membres du corps professoral sont agrégés ou docteurs d'État et beaucoup de professeurs de passage enseignent à Dakar en quelques semaines ce qu'ils enseignent en France en neuf mois¹¹⁷; sans compter l'insuffisance des locaux d'enseignement et des services hospitaliers, l'absence de matériel, la difficulté de recrutement et de logement d'un personnel qualifié¹¹⁸. Ce fait est avéré par Amady Aly Dieng¹¹⁹, homme de lettres, l'un des premiers étudiants de l'IHED¹²⁰, qui est particulièrement critique. Dans ses

¹¹² Jean CAPELLE, 1990, *op. cit.*, p. 94.

¹¹³ Maurice PAYET, *op. cit.*, 407.

¹¹⁴ Jacques BLANCHARD, *op. cit.*, p. 10.

¹¹⁵ *Ibid.*

¹¹⁶ Anonyme, *op. cit.*, 1951, p. 48.

¹¹⁷ Christian COULON, *op. cit.*, p. 31.

¹¹⁸ Anonyme, *op. cit.*, 1952-1953, tome I, p. 7.

¹¹⁹ Amady Aly Dieng devient en 1955 secrétaire général de l'Association générale des étudiants de Dakar. Né le 22 février 1932 à Tivaouane (Sénégal), mort le 13 mai 2015 à Dakar, enseignant, formateur de formateurs, responsable du service des études à la Banque centrale des États de l'Afrique de l'Ouest (BCEAO), militant de la Fédération des étudiants d'Afrique noire en France (FEANF), de l'Association des étudiants sénégalais en France (AESF), membre du Parti africain de l'indépendance (PAI) et du Parti communiste français (PCF), membre du Syndicat des professeurs africains du Sénégal (SPAS).

¹²⁰ Il est admis à l'Institut de Dakar en 1952.

souvenirs, il rappelle que : « les professeurs n'étaient pas toujours compétents. Les documents circulaient pour dénoncer leurs carences intellectuelles et pédagogiques, alors qu'ils gagnaient beaucoup d'argent. Nous les rattachions à l'éducation nationale française et au ministère des Colonies qui, tous les deux, ne se souciaient pas trop de notre formation et de la qualité de l'enseignement qui nous était prodigué et préféraient nous envoyer du personnel de la coloniale, c'est-à-dire des agrégés et pas pour la France, mais pour l'Afrique ou des agrégés militaires qui n'étaient pas très compétents dans leur travail et surtout ceux d'entre eux qui exerçaient à l'École de médecine »¹²¹.

À partir des années 1950, l'enseignement devient universitaire, l'École de Dakar est jumelée avec les facultés françaises de Bordeaux et de Paris. Désormais, elle ne recrute plus d'élèves médecins¹²² ni de pharmaciens¹²³. Seule se poursuivait la formation des élèves sages-femmes africaines.

Au terme de cette étude, il apparaît que l'enseignement a eu une double fonction. D'abord, il fournit à l'appareil colonial un minimum de personnel auxiliaire indispensable à sa bonne marche. Cependant, le colonisateur se rend vite compte que l'école, dispensatrice de connaissances, est susceptible de porter atteinte à son autorité. Son habileté consiste alors à « adopter » dans toute la mesure du possible le système d'enseignement à la situation de domination afin d'en contrôler les aspects « dysfonctionnels ». C'est là la deuxième fonction de l'enseignement : il institue une ségrégation des connaissances et, à travers elles, des carrières. Loin de réduire la distance qui sépare le colonisateur du colonisé, elle contribue à la rendre quasiment infranchissable¹²⁴.

C'est au lendemain de la Seconde Guerre mondiale que l'enseignement secondaire se développe presque partout dans les possessions françaises d'Afrique de l'Ouest. Les atermoiements ont malgré tout continué, alors qu'un enseignement semblable à celui de la France est revendiqué avec force par les élites intellectuelles africaines. À terme, les écoles existantes sont condamnées au profit d'un IHED, premier embryon de l'enseignement supérieur en AOF, créé à Dakar en 1950 ; et les dispositions spéciales ont permis aux étudiants africains d'acquérir le diplôme de docteur en médecine en France. Ainsi, les sections d'élèves médecins et pharmaciens de l'EAMP y sont transférées et seule la section d'élèves sages-femmes y reste jusqu'en 1953, remplacée, elle aussi, par une École des sages-femmes africaines qui va disparaître à son tour en 1956, pour céder la place à l'École des sages-femmes d'État qui délivre sur place un diplôme d'État reconnu en France. Après les indépendances et le départ très progressif du personnel médical européen assurant l'assistance technique, on assiste à la « sénégalisation » des établissements scolaires et sanitaires, une évolution décisive vers l'autonomie pleine et entière.

¹²¹ Abderrahmane NGAÏDE, *Amady Aly Dieng : Lecture critique d'un demi-siècle de paradoxes*, Dakar, CODESRIA, 2012, p. 21.

¹²² La dernière promotion d'élèves médecins est sortie en juillet 1953.

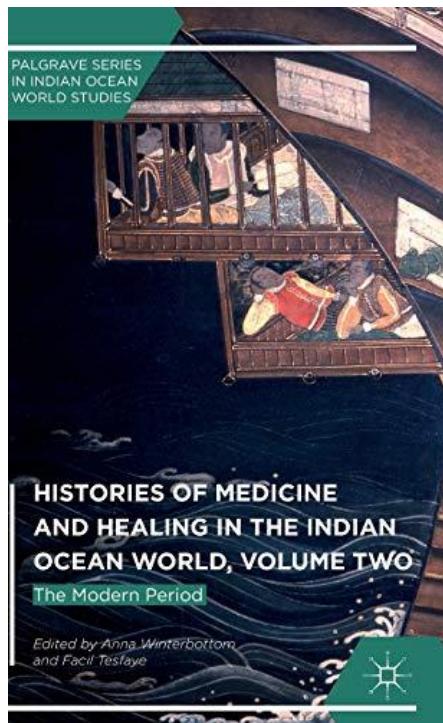
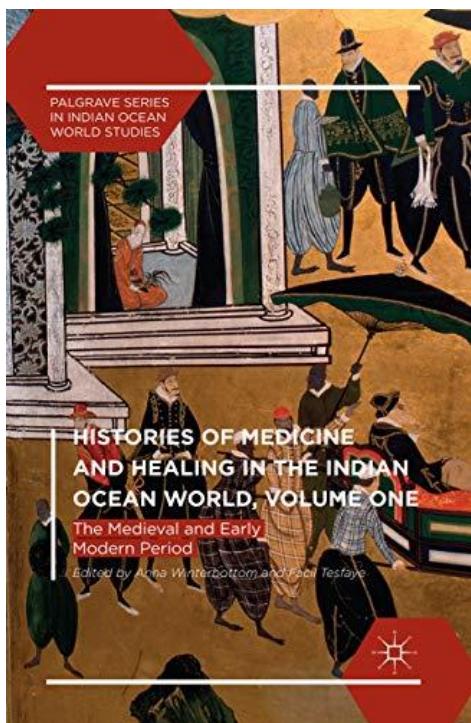
¹²³ La dernière promotion d'élèves pharmaciens est sortie en juillet 1952.

¹²⁴ Christian COULON, *op. cit.*, p. 24.



Assistance Médicale Indigène, Consultation anti-tuberculeuse, Madagascar, années 1930
(Photo ASNOM-Association Amicale Santé Navale et d'Outre-Mer)

Recensions



RECENSIONS D'OUVRAGES

Anna WINTERBOTTOM & Facil TESFAYE (Ed.), *Histories of Medicine and Healing in the Indian Ocean World. The Medieval and Early Modern Period (volume 1)*, Basingstoke, Palgrave Macmillan, coll. Palgrave Series in Indian Ocean World Studies, 2015, XI + 204 pp., figs., bibl., index.

Anna WINTERBOTTOM & Facil TESFAYE (Ed.), *Histories of Medicine and Healing in the Indian Ocean World. The Modern Period (volume 2)*, Basingstoke, Palgrave Macmillan, coll. Palgrave Series in Indian Ocean World Studies, 2015, XI + 282 pp., figs., bibl., index.

Anna Winterbottom et Facil Tesfaye, tous deux historiens, réussissent par ce double volume à réunir une somme de travaux portant sur la santé dans l'océan Indien et au-delà, du X^e siècle à aujourd'hui. Sont ainsi regroupés pas moins de quatorze contributions réunissant une vingtaine de chercheurs, à quoi il faut rajouter l'impressionnante introduction des deux coordinateurs des volumes qui s'essaient à synthétiser tant les enjeux méthodologiques qu'historiographiques sur ces questions. L'étendue géographique des propositions rassemblées est extrêmement vaste, allant de l'Égypte à la mer de Java, en passant par l'Afrique du Sud et les îles de l'océan Indien. L'espace qui occupe le plus de place est assurément l'Inde, avec cinq chapitres consacrés à cette seule région. Si un tel travail ne peut se réclamer de l'exhaustif, on regrettera toutefois l'absence de certains autres territoires, à l'image de l'île de Madagascar. À l'inverse, la présence d'autres localités, comme l'Égypte, interpelle tant la démonstration par ailleurs brillante de l'auteur semble éloignée des rives de l'océan Indien. L'ambition d'une telle somme n'en reste pas moins impressionnante. Dès l'introduction Anna Winterbottom et Facil Tesfaye se donnent en effet pour objectif de réfléchir au rôle de la médecine et des questions de santé dans l'émergence d'un paradigme indiaocéanique. De fait, nous ne pouvons que rejoindre les coordinateurs lorsqu'il s'agit de souligner la place timide qu'occupe cette région dans l'histoire des sciences et de la médecine, domaine ayant pourtant connu un développement considérable ces dernières décennies. Lorsque l'on évoque l'océan Indien, c'est surtout pour se concentrer sur le commerce, son économie, les échanges culturels ou politiques d'un espace toutefois jamais homogène. L'influence des travaux de l'historien Fernand Braudel se fait ici sentir en ce qu'il s'agit de considérer à partir des questions de santé la cohérence de ces « mondes de l'océan Indien »¹. On regrettera à ce titre que les travaux de l'historien et anthropologue français Philippe Beaujard ne soient pas réellement discutés tant ils auraient pu enrichir les questions posées dès l'introduction (tout juste sont-ils ponctuellement évoqués dans la conclusion de l'ouvrage, menée par l'historien Michael N. Pearson).

Y'a-t-il seulement une unité indiaocéanique ? Au terme de la lecture, rien n'est moins sûr. Les chapitres, à l'exception d'un, restent en effet concentrés sur le modèle national ou impérial, sans qu'une réelle unité n'émerge à propos d'une région qui reste mue par des représentations et des pratiques hétéroclites. Le grand mérite de cette somme est justement de souligner l'hétérogénéité des réalités de santé qui

¹ Philippe BEAUJARD, *Les Mondes de l'Océan Indien. Tome 1 : De la formation de l'État au premier système-monde afro-eurasien (4e millénaire av. J.-C.–6e siècle ap. J.-C.)*, Tome 2 : *L'océan Indien, au cœur de l'Ancien Monde (7e–15e siècle)*, Paris, Armand Colin, 2012.

concourent à l'intérieur d'une même localité. En variant la focale, se dessinent ainsi des échanges, des rencontres ou des rejets qui se nourrissent de réseaux de circulations complexes, non exclusifs, et particulièrement féconds. En ce sens, le chapitre de Julie Laplante sur l'empreinte contemporaine de la « médecine indigène » en Afrique du Sud se révèle particulièrement intéressant en ce qu'il fait de la ville du Cap un point de rencontre entre les mondes de l'océan Indien, là où s'articulent tout à la fois héritages locaux, approches ayurvédiques d'origines indiennes, recompositions des *bossiedoktors rastafari* et enjeux biomédicaux et financiers portés par les laboratoires pharmaceutiques.

Et si nombre de chapitres insistent sur la médecine comme support d'intégration régionale, le chapitre de l'anthropologue Karine Aasgaard Jansen est autrement plus singulier en ce qu'il refléchit au rôle de la médecine comme moyen de différenciation pour l'île de La Réunion face aux autres îles de l'océan Indien occidental ou au continent africain. Le discours politique réunionnais s'est en effet saisi du risque épidémiologique pour se distinguer des pays voisins présentés comme des espaces pathologiques. À travers le paludisme – et depuis 2005 le chikungunya – le risque épizootique se fait ainsi le support d'une forme de mise en scène qui, à travers la lutte contre le moustique, cherche à inscrire durablement l'île dans le giron métropolitain, dans la mobilisation d'un risque sanitaire ordinairement rattaché aux pays dits « du sud ». En adoptant un tel discours plus ou moins à distance des réalités empiriques, certains courants politiques opposés à l'indépendance font ainsi souhait de « modernité » et du nécessaire alignement sur les politiques sanitaires occidentales. À cet endroit, le discours politique s'imbrique étroitement au discours épidémiologique, tandis que se superposent enjeux de santé et enjeux identitaires. En sous-main, le risque épidémiologique est ainsi associé à un certain archaïsme, tandis que ces zoonoses sont accolées aux populations non-blanches et à « l'exotisme » de régions voisines présentées comme moins « civilisées ».

Plus largement, la question de la rencontre entre ambitions politiques, identifications culturelles et assises médicales reste un jalon au cœur de la majorité des contributions. À ce titre, on saluera la contribution de l'historienne Yoshina Hurgobin qui est l'une des seules à se concentrer sur les pratiques sociales qui concourent aux réalités médicales d'une population plus large que les seules controverses de spécialistes, de médecins, de politiques ou d'administrateurs. En se concentrant sur l'île Maurice au XIX^e siècle, elle réarticule le développement de la médecine à l'arrivée de la main-d'œuvre sous contrat et des bagnards. Son chapitre a pour grand mérite de mettre au centre ces travailleurs, parfois utilisés comme de véritables leviers idéologiques entre différents groupes politiques aux intérêts antagonistes. Les différentes représentations médicales associées à ces populations font ainsi trace d'une fracture entre partisans de l'esclavage et défenseurs du travail sous contrat. Les institutions hospitalières, démontrent-elles, sont alors largement utilisées pour restreindre la mobilité des classes ouvrières, tandis que se façonnait une idéologie médicale indissociable des recompositions laborieuses de l'époque.

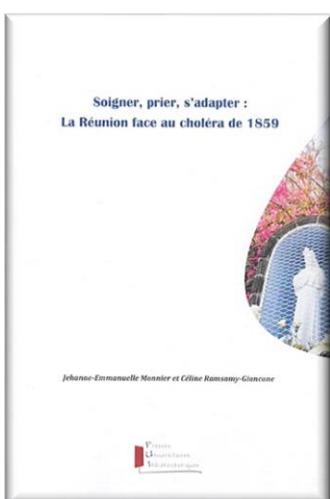
Face à la richesse des itinéraires proposés dans ces deux volumes, il est bien entendu impossible d'en proposer un retour exhaustif et tout juste pouvons-nous aborder superficiellement quelques-unes de ces propositions. Il aurait ainsi fallu s'attarder plus en détails sur l'étude de l'anthropologue Cristiana Bastos et de l'historienne Ana Cristina Roque quant à la rencontre entre médecine asiatique et médecine portugaise à partir des réalités du Mozambique des années 1870. Ou encore, revenir sur le chapitre de l'historienne Anouska Bhattacharyya quant à la

gestion de la folie dans l'Inde du XIX^e siècle et la porosité culturelle que permet l'asile, face à une institution encore souvent présentée comme « totale » et hermétique aux recompositions sociales extérieures.

Au terme de la lecture, nulle identité indiaocéanique ne se dessine. Probablement d'ailleurs n'est-ce pas là une réponse à souhaiter, tant ces deux volumes permettent d'approcher la richesse des combinaisons qu'offre cet espace géographique pour penser les enjeux de santé, leur complexité, leur pluralité et leur connexion avec un monde large qui ne saurait se limiter à cette seule région. À l'intérieur de cette géographie, les questions de santé semblent en effet avoir emprunté autant de voies qu'il y a de sociétés, sans que ces enjeux ne dessinent une réelle homogénéité sur l'un ou l'autre de ces versants. C'est au contraire la valeur combinatoire de ces modèles qui fait la richesse d'un espace paradoxalement tenu à l'écart dans l'historiographie de la santé, à l'inverse d'autres régions comme l'espace atlantique ou méditerranéen. Resituée sur la longue durée, l'étude de ces différentes réalités permet pourtant d'élargir, de complexifier et à terme d'enrichir notre compréhension de ces questions, et ce afin de mieux penser les circulations matérielles ou affectives qui façonnent ces espaces. Assurément, le travail d'Anna Winterbottom et Facil Tesfaye inaugure une série de travaux qui n'en sont qu'à leurs prémisses.

Raphaël Gallien
Université Paris Cité, CESSMA

Jehanne-Emmanuel MONNIER, Céline RAMSAMY-GIANCONE, *Soigner, prier, s'adapter : La Réunion face au choléra de 1859*, Saint-Denis, Université de La Réunion, Presses Indianocéaniques, 2020, 190 p.



L'épidémie de choléra qui a sévi à La Réunion entre mars et juin 1859 a causé la mort de plus de 2 000 personnes, pour une population de 175 000 habitants. Pour l'île, il s'agit de la catastrophe sanitaire la plus dévastatrice jusqu'à l'épisode de la grippe espagnole en 1918.

Ces événements tragiques révèlent, comme le démontrent de manière très convaincante les deux auteurs, les contradictions qui traversent les élites réunionnaises incapables de tirer les leçons du précédent mauricien de 1854. À l'aide d'abondantes sources archivistiques, le livre analyse finement les faiblesses du corps médical local, hétérogène et divisé sur les mesures à prendre, comme les raisons profondes de la faible efficacité des pouvoirs publics. Parfois mis en cause lors du procès du Mascareignes (le navire qui

transportait des engagés africains contaminés), les médecins se rejoignent pour accuser les premières victimes : les engagés eux-mêmes, qui pourtant ont été débarqués sans réelle prise en charge. Mais si les pouvoirs publics n'ont guère

préparé l'île à affronter le fléau, c'est parce que les intérêts économiques des principaux planteurs ont prévalu en favorisant la liberté de circulation et l'accroissement de l'engagisme, au détriment d'une protection sanitaire qui passait par la mise en place de quarantaines strictes et l'organisation de véritables cordons sanitaires. L'étude rappelle dans le même temps la précarité dans laquelle vit alors l'essentiel de la population de l'île et souligne que l'inégal accès au soin était la règle en 1859.

Soigner, prier, s'adapter s'inscrit dans une série de recherches menées depuis plusieurs années à la Réunion sur les politiques et les pratiques sanitaires. Les auteurs mobilisent également des travaux qui portent sur Maurice et surtout sur l'Inde, dont ceux de David Arnold, l'une des figures des Subaltern Studies. En revanche, et on peut le regretter, plusieurs passages de *Bible et pouvoir* (1991) de Françoise Raison-Jourde auraient pu être sollicités pour offrir une vision moins eurocentrée des réactions de sociétés et de pouvoirs de l'océan Indien face aux épidémies. Mais il faut cependant reconnaître qu'en s'intéressant de près aux migrants indiens, l'ouvrage surmonte en partie cette limite et donne au texte une épaisseur sociale qui manque parfois ailleurs. L'une des originalités de la démarche est d'ailleurs ici de croiser deux champs, la santé et la religion, en évoquant dans le détail un pèlerinage né peu après l'épidémie.

En effet, épargnée par le fléau, la commune de Saint-Leu devint très vite le siège d'une nouvelle dévotion mariale, née à La Salette dans l'Isère. Bientôt lieu de pèlerinage, le site a attiré non seulement des catholiques créoles, anciens libres ou affranchis de 1848, mais aussi des engagés indiens tamouls, souvent arrivés depuis peu dans l'île. Parfois catholiques ou déjà familiarisés avec le catholicisme chez eux, ces derniers, particulièrement vulnérables en Inde comme à la Réunion du fait de leur pauvreté et des conditions difficiles des traversées, forment un noyau de fidèles à l'origine d'une véritable tradition qui perdure et permet d'observer au présent l'impact lointain de 1859, dans le sillage des enquêtes anthropologiques menées par Jean Benoit et Laurence Pourchez.

Cet ouvrage, aux évidentes qualités didactiques, offre une plongée précise dans la période immédiatement post-esclavagiste, tout en ouvrant sur le présent toujours vif à La Réunion de pratiques religieuses et thérapeutiques plurielles au temps d'une pandémie cette fois globale.

Didier Nativev
Université Paris Cité/CESSMA

Laurence POURCHEZ (dir.), *Naître et grandir : normes du Sud, du Nord, d'hier et d'aujourd'hui*, Editions des Archives contemporaines, 2020, 265 p.

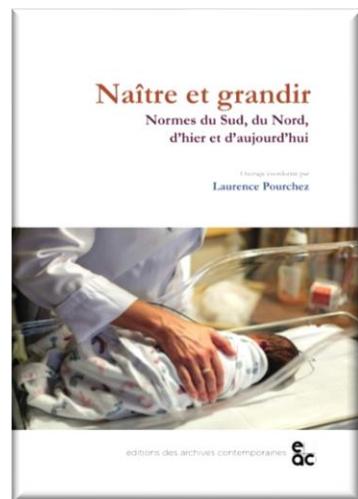
L'ouvrage collectif *Naître et grandir. Normes du Sud, du Nord, d'hier et d'aujourd'hui* dirigé par Laurence Pourchez, publié en 2020 aux Editions des archives contemporaines, a pour fil rouge la question des normes autour des pratiques liées au projet d'enfant, à la grossesse, à la naissance et à la petite enfance, dans différents endroits du globe et dans différentes temporalités. Il a pour objectif « de croiser les regards et de tenter une approche pluridisciplinaire de la naissance et de la petite enfance » (p. 2), pari tenu tout au long des 265 pages et des

16 chapitres. Les contributions abordent ces thématiques par différentes disciplines : anthropologie (dix chapitres), sciences médicales (deux chapitres par des sages-femmes, deux par des médecins, une pédiatre et un obstétricien-épidémiologiste), histoire et démographie (deux chapitres) et sociologie (un chapitre). Plus qu'un nouvel apport en anthropologie de la naissance et de la petite enfance, Laurence Pourchez propose dans cet ouvrage un traitement original de la question de la norme au prisme de l'anthropologie, sujet qui reste bien plus souvent traité en sociologie ou en psychologie sociale. Les contributions s'intègrent aux travaux de recherche sur la santé de la reproduction et de l'enfance en contextualisant les pratiques et leur évolution à travers le temps.

Cet ouvrage est en partie issu de communications faites lors d'un colloque intitulé « Du sud au nord, naître hier, aujourd'hui, ici et ailleurs », qui s'est tenu à Saint-Denis de La Réunion en mai 2013, organisé par Laurence Pourchez. En partant des pratiques des pays des Suds ou dits des Suds (océan Indien occidental – La Réunion, Mayotte, Madagascar et Ile Maurice – Mexique), les contributions élargissent leur horizon aux pratiques des Nords (France, Japon, pays de la zone arctique) et interrogent leurs évolutions avec une approche historique pour certains (du XVIII^e au XXI^e siècle). Les pratiques présentées dans l'ouvrage relèvent aussi bien de l'espace domestique (rites autour de la grossesse et de la naissance, bénédictions, célébrations, emmaillotage des bébés, baby shower) que de l'espace professionnel (médicalisation de l'accouchement, rôle et métier de sages-femmes en France, au Japon et aux États-Unis).

Les chapitres sont écrits en français sauf un en langue anglaise, qui se distingue également des autres par sa longueur (une trentaine de pages), sa thématique (la santé environnementale), son approche méthodologique quantitative (études de cohortes), son aire géographique (les pays circumpolaires, à savoir le Canada, le Danemark/Groenland/îles Féroé, l'Islande, la Finlande, la Suède, la Norvège et la Russie) et le profil de son auteur (Odland, médecin obstétricien-épidémiologiste). Les autres chapitres ont une approche qualitative du sujet présentant de très riches ethnographies et enquêtes de terrain plus ou moins récentes (certaines actualisées et d'autres datant d'une trentaine d'années). La directrice de l'ouvrage exprime dès l'introduction sa volonté, au départ dans le colloque et ensuite dans l'ouvrage, d'adopter un « regard local sur la fécondité, la grossesse et la naissance » afin « de rompre avec une habitude qui veut que les discussions sur ces thèmes soient uniquement le produit de chercheurs occidentaux sur les sociétés du sud » (p. 4). La moitié des chapitres traitant de ces thématiques dans les Suds sont écrits par des chercheurs qui mentionnent, dans leur écrit, leur appartenance à leurs terrains de recherche et leur proximité aux rites qu'ils décrivent.

Au fil de l'ouvrage, les contributions emmènent le lecteur à travers plusieurs continents en abordant des grandes phases de l'enfantement. Les chapitres traitent particulièrement des pratiques et rites pré-nataux (de Suremain et Razy ; Pourchez ;



Pourette ; Odland ; Tillard), des pratiques lors de l'accouchement (Iwao ; Morel ; Pourchez ; Rollet ; Thomas), des rites post-nataux (Bonnet ; Ramhota ; Thirion) ou encore de l'ensemble de ces situations (Ahmed ; Ravololomanga ; Charrin-Yamauchi). Tous questionnent le rapport à la norme sociale ou médicale et exposent l'évolution des pratiques qu'elles soient domestiques et/ou professionnelles.

Les acteurs concernés : la mère, l'enfant ou le père

Une majorité des contributions prend pour point d'entrée la femme enceinte ou sur le point de l'être, accouchant ou devenue mère. L'entourage des femmes, à savoir le groupe familial, social et les professionnels de santé gravitant autour d'elles est également pris en compte dans leurs pratiques et leur accompagnement. Même si l'enfant est évoqué à maintes reprises, tout au long de l'ouvrage collectif, qu'il soit un projet, un embryon ou un nouveau-né, un seul chapitre place le nouveau-né au centre de sa démonstration. C'est celui de Marie Thirion, pédiatre, qui aborde le comportement de l'enfant qui vient de naître et ses signaux de faim. Elle développe, avec une focale médicale, la pulsion de vie qui anime les nouveau-nés et leurs tentatives de « séduire l'autre (souvent la mère), celui de créer des liens, et très vite de montrer qu'il le reconnaît, qu'il l'attend » (p. 104). Le texte met l'accent sur la faim des nouveau-nés, que l'autrice démontre ne pas être seulement la faim nutritive, mais la « faim de présence, de réassurance, de contacts humains » (p. 106). Ses propos questionnent la norme en médecine et l'injonction, toujours en vigueur dans certaines maternités, de nourrir ou d'allaiter les nourrissons au moindre pleur et à intervalle régulier.

Un autre élément notable de cet ouvrage, tant dans le fond que dans la forme, est la place des hommes, que ce soit dans les sujets traités autour de la grossesse et de la maternité (et non de la paternité) que parmi les auteurs et autrices de l'ouvrage. On compte quatre auteurs pour quatorze autrices, ce qui est peut-être également représentatif de la part générée des scientifiques investissant ces questions de recherche. C'est l'univers féminin qui est enquêté dans la majorité des chapitres. Sans pour autant faire l'objet de recherches spécifiques, la place des pères est évoquée dans plusieurs chapitres : à La Réunion, Laurence Pourchez montre comment la médicalisation des accouchements dans les maternités a exclu à un moment les pères de cette étape liminale, tout en les réintroduisant maladroitement plus tard (p. 14). Marie-France Morel retrace la présence des pères, favorisée dans les maternités aux États-Unis dans les années 1970, et « dont est reconnu le rôle de soutien que le personnel n'a pas le temps d'assumer », le tout dans le but « de dissuader les couples d'accoucher à la maison » (p. 177). Le chapitre de Zakia Ahmed évoque l'origine des pères ou « géniteurs » comme conditionnant « les prescriptions et interdits imposés à la femme mahoraise pendant la grossesse » (p. 27). L'autrice a enquêté dix hommes pour soixante femmes sur leurs connaissances des interdits lors de la grossesse. À l'île Maurice, le père entrait en scène une fois l'enfant né pour lui murmurer « à l'oreille droite » son nom et ainsi l'introduire dans une place sociale, comme il est de coutume dans la religion hindoue (p. 55). À Madagascar, le père a le rôle d'emmener l'enfant au centre de santé quand la mère est indisposée, pour cause de suivi de rite post-partum, le *mifana* (p. 66). Le chapitre de Charles Edouard de Suremain et Elodie Razy sur le baby shower au Mexique mentionne succinctement les pères dans le couple parental qu'ils forment avec la femme enceinte et pour laquelle la célébration est organisée. La deuxième contribution de Laurence Pourchez dans cet ouvrage sur les grossesses d'adolescentes à La Réunion parle de la relation (ou l'absence de relation) des jeunes

filles au père du ou de leurs enfants (p. 237) sans pour autant développer leur point de vue ni les enquêter. Doris Bonnet, dans sa postface, donne des éléments de réponse en évoquant le contexte des Youth studies, qui se focalisent sur la santé (sociale, biologique) des mères et enfants de moins de cinq ans. « Dans ce contexte, les nouveau-nés et enfants de moins de 5 ans ne sont pas encore appréhendés comme des acteurs sociaux » et « le rôle et le statut du père durant cette période ne sont ni envisagés, ni évalués » (p. 253). Ce sont des acteurs pourtant centraux du processus de grossesse et de naissance et qui pourraient faire l'objet de recherches et de développement spécifique.

De la grossesse à la naissance, des situations liminales

Les chapitres de cet ouvrage décrivent les différents moments de la période liminale de la grossesse et l'accouchement qui entraîne un changement de statut pour la femme devenue mère, et pour l'enfant arrivant au monde et acquérant une place sociale. Le changement de statut s'opère aussi bien pour la mère que pour l'enfant et intervient autant physiquement que socialement. La grossesse n'est pas une maladie, même si elle peut présenter des difficultés et des complications, alors que l'accouchement reste un moment critique et délicat pour la vie de la mère et de l'enfant à naître. Des rites subsistent d'une période où l'accouchement était une pratique risquée, « jusqu'à la fin du XIX^e siècle » (p. 143), et qui reste encore aujourd'hui une menace pour la mère et l'enfant à certains endroits du globe où l'accès aux pratiques biomédicales (en cas de césarienne ou d'intervention d'urgence par exemple) reste compliqué. Deux chapitres exposent comment l'expérience de la grossesse et de la naissance permet à des femmes de changer de statut au sein de leur famille, de leur communauté. Bernadette Tillard parle du changement de statut lors des grossesses de jeunes filles en situation de précarité en France, avec un passage de ces jeunes femmes (mineures) en situation précaire au statut de mère. Cette entrée dans la maternité marque une certaine reconnaissance sociale, avec l'entrée dans le statut d'adulte. Le chapitre de Pourchez sur les grossesses d'adolescentes aborde le même sujet avec l'obtention d'un statut recherché par les jeunes filles désirant être mère et planifiant une grossesse (avec l'arrêt de la pilule notamment), ce qui vient à l'encontre de l'idée reçue d'une grossesse forcément subie. L'enfant qui passe de la gestation à la naissance connaît lui aussi un changement de statut avec son intégration dans son lignage ou groupe de parents (Ahmed, Ramhota, de Suremain et Razy), que ce soit au stade de fœtus avec l'annonce de la grossesse, la célébration de la naissance à venir ou le baby shower ou après la naissance, avec l'attribution du nom, le choix des parrains et marraines, la première coupe de cheveux. Le chapitre de Charles Edouard de Suremain et Razy montre comment le baby shower au Mexique « fait advenir un enfant et un parent au monde ». Ce rite liminal, à destination de la mère en premier lieu et du couple parental ensuite, est pratiqué avant la naissance de l'enfant afin de célébrer et de favoriser sa venue. Avec l'offrande de nombreux cadeaux pour les futurs parents, ce rite revêt une dimension sociale pour permettre à des personnes en potentielle difficulté financière de préparer la venue d'un enfant.

Il ressort de ces riches contributions une multiplicité de rites mis en œuvre au moment de ces situations liminales. Ceux-ci relèvent de pratiques religieuses, domestiques, techniques, symboliques, alimentaires ou médicales et viennent entourer et accompagner la femme enceinte et l'enfant à naître pour les protéger des mauvais esprits, des complications potentielles, physiques ou sociales. Les chapitres développent des objectifs communs à la pratique de ces rites : faciliter cette étape,

faire en sorte qu'elle se passe bien, qu'elle ne dure pas et que les souffrances soient atténuées. La finalité est de s'assurer que la mère et l'enfant franchissent l'épreuve vivants et qu'ils le restent. En cas de complication, d'handicap de l'enfant, la responsabilité reviendra à la mère, qui sera perçue comme ayant transgressé ces interdits. Les contributions soulignent aussi l'importance du rôle des individus mettant en place et accompagnant ces rites, à savoir des membres de la famille, de l'entourage ou des praticiens, qui sont très souvent, si ce n'est exclusivement, des femmes.

Médicalisation et évolution des pratiques

Les contributions prennent en compte l'évolution des pratiques, en fonction des sociétés, dans des contextes de médicalisation de plus en plus fréquente des pratiques de suivi de grossesse et d'accouchement. Si dans certaines situations les pratiques non médicales ont pu diminuer (Ramhota à l'île Maurice), elles restent présentes et s'adaptent dans d'autres. Certains rites restent pratiqués dans un cadre domestique « avant le départ pour la maternité, soit discrètement, en milieu hospitalier, dans la salle de travail, lors des absences du personnel médical » (p. 17). Ces rites peuvent advenir pour convoquer des esprits, pour demander une bénédiction. Ils peuvent s'exprimer sous la forme de « prières et cordons bénis » à La Réunion, de « bains de purification » à l'île Maurice, ou encore du respect d'interdits en fonction du lignage et de l'origine du père à Mayotte. Ils adviennent tout au long du processus de mise au monde d'un enfant : en amont de la grossesse, au cours de la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement. Les rites peuvent également connaître des évolutions qui s'adaptent à la modernité et au contexte biomédical. Le chapitre de Yuki Charrin-Yamauchi décrit le rituel du bandage du ventre des femmes enceintes au Japon et de l'emmaillotage des bébés. Ce rituel de bandage était auparavant exécuté afin que le fœtus reste de petite taille et que l'accouchement soit facilité. Il était pratiqué dans un souci de sauvegarde de la mère afin d'éviter des complications médicales. Aujourd'hui, ce rite demeure, mais il est orienté vers le bien-être de la mère et du bébé pendant la grossesse, afin de maintenir sa température, et pour la mère après l'accouchement afin de conserver au mieux sa forme physique et esthétique et pour son ventre « se tienne ».

Rôle des soignantes et des accompagnantes

Beaucoup d'articles constatent la médicalisation des accouchements, des suivis de grossesse, qui peuvent éventuellement, mais pas toujours (Morel), apporter des résultats en termes de réduction de la mortalité maternelle et infantile et de la mortalité. Cette biomédicalisation de l'événement réduit également l'accompagnement par les pairs (femmes de la famille, famille élargie, etc.). Les praticiennes, issues du monde traditionnel ou biomédical, jouent un rôle central dans l'accompagnement des femmes pour le franchissement optimal des différentes étapes. L'article de Marie-France Morel retrace l'évolution des pratiques d'accouchement aux États-Unis des siècles derniers jusqu'à aujourd'hui. Elle souligne la médicalisation des accouchements qui, au nom de l'hygiène, a privé les femmes de leur entourage familial, qui prend soin, qui a un rôle à jouer, qui pratique des rites, qui réconforte. La domination du protocole hygiéniste a remplacé les pratiques profanes par les calmants et les outils techniques. Les pratiques biomédicales de l'accouchement excluent également certaines praticiennes de leur rôle premier d'accompagnement. L'article de Catherine Thomas parle des différents statuts des sages-femmes libérales, en France. D'un côté, la sage-femme hospitalière

pratique les accouchements mais n'a pas de temps pour le lien aux patientes, enchainant les accouchements dans des conditions de travail difficiles (en termes de manque de personnel et de charge médico-légale) ; de l'autre, la sage-femme libérale qui peut « prendre le temps » et accompagne les femmes, mais qui est « exclue » de l'accouchement, réservé donc aux premières, en plateau technique médical.

Le chapitre de Dolorès Pourette, Olivier Rakotomalala et Chiarella Mattern fait le lien avec les pratiques traditionnelles et indique qu'à Madagascar ce sont les matrones, les accoucheuses traditionnelles ou *reninjaza*, qui poussent les femmes à un protocole médicalisé en parallèle de leur propre suivi. Le but de cette incitation est d'assurer l'accueil de la femme enceinte par le centre de santé en cas de complication, au moment de l'accouchement. Les sages-femmes ou médecins des centres de santé accepteraient en effet de recevoir les femmes enceintes que si celles-ci assistent à au moins une consultation pré-natale. L'accompagnement par les matrones se fait donc de concert avec les procédures biomédicales dans l'objectif d'optimiser l'accouchement en cas de complications. Il n'est pas rare que les matrones accompagnent elles-mêmes les femmes accouchant aux centres de santé, en se faisant passer pour une amie ou un membre de la famille de la parturiente. Elles gardent l'éventualité, dans leur pratique, de faire appel en dernier recours à l'espace médicalisé. Même si le choix premier, dans certaines régions rurales de Madagascar, porte sur le suivi de la grossesse et de l'accouchement à domicile auprès d'une matrone du village, il existe un pluralisme de recours aux soins à la fois traditionnels et biomédicaux.

Conclusion

Cet ouvrage apporte une vision large des différentes situations de passage accompagnant la grossesse, l'accouchement et la naissance d'un enfant. Les riches contributions s'intéressent aux différents acteurs qui motivent et accompagnent ce passage et pratiquent ces rites, très souvent des femmes, qu'elles soient les femmes de la famille, de l'entourage, du lignage et les praticiennes, matrones et sages-femmes.

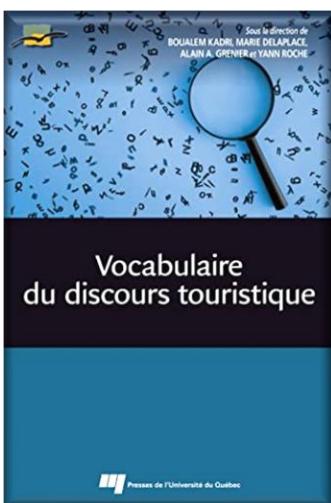
Les chapitres peuvent sembler hétérogènes en termes de taille (de 5 à 30 pages), de données originales et empiriques sur lesquelles ils s'appuient (archives, enquêtes originales de projets de recherche, cohortes, expérience issue de la pratique ou expérience du vécu culturel). Certains textes auraient mérité une refonte et un étoffement de leurs données pour passer du stade de l'oral du colloque à l'écrit de l'ouvrage. Le fait que les auteurs et autrices ne soient pas tous et toutes issus du milieu académique apporte une dimension intéressante à l'ouvrage tout en marquant une certaine hétérogénéité sur la problématisation des sujets, leur mise en contexte et leur encadrement théorique. L'approche de l'ouvrage se veut pluridisciplinaire et permet d'éclairer les sujets traités sous des angles complémentaires. Cependant, les thématiques sont présentées en silo, chacune dans leur discipline et leur temporalité. Comme c'est souvent le cas en sciences sociales, les articles sont écrits par un auteur unique (sauf deux, ceux traitant des pratiques à Madagascar et au Mexique) et ne présentent pas plusieurs voies disciplinaires au sein d'une même thématique. Pouvoir faire se répondre les auteurs en les associant au sujet d'une même contribution ou dans un processus de construction mutuel d'un sujet d'étude présenterait un apport et un éclairage particulièrement stimulant.

Cet ouvrage collectif tient son pari de la pluridisciplinarité et couvre une multitude de situations autour de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance,

à travers les continents et le temps. Les différents cas de figure ethnographiés dans les contributions montrent que dans des situations risquées qui amènent de l'incertitude pour la santé de la mère et du futur enfant, il s'agit alors pour les acteurs impliqués de mettre toutes les chances de leur côté. L'objectif pour la mère, l'enfant et le groupe social autour d'eux, est de respecter et de faire respecter les recommandations, les habitudes, les interdits, aussi bien populaires, lignagers que biomédicaux, en vigueur dans l'environnement social et culturel accueillant ces événements. Cet ouvrage apporte une contribution notoire et actualisée au courant de l'anthropologie de la naissance et de la petite enfance. Il vient s'ajouter à la liste des ouvrages collectifs marquants de ce champ d'études (Bonnet D. et Pourchez L. (dir.), 2007, *Du soin au rite dans l'enfance*. Eres, IRD ; Hancart Petitet P. (dir.), 2011, *L'art des matrones revisité : naissances contemporaines en question*. Editions Faustroll, Descartes) tout en apportant un éclairage original et spécifique sur l'évolution des normes qui entourent les pratiques liminales de la grossesse et de la naissance.

Pierrine DIDIER
INRAE/V et Agro Sup

**Boualem KADRI, Marie DELAPLACE, Alain A. GRENIER et Yann ROCHE (dir.),
Vocabulaire du discours touristique, Québec, Presses de l'Université du Québec,
2022, XXVIII + 513 p., ISBN 978-2-7605-5746-8**



Réel défi que de vouloir rendre compte d'un ouvrage si riche, quand on n'est pas soi-même en mesure d'apprécier à sa juste valeur une part appréciable de son contenu... S'agissant de tourisme, on s'autorisera cependant à se pencher sur un contenu si foisonnant lié à la transdisciplinarité de son objet, et auquel on n'est pas complètement étranger.

Ce « vocabulaire » a été en effet préparé et coordonné sous la direction de quatre auteurs spécialistes de quatre domaines de recherches différents, issus de l'Université du Québec à Montréal pour trois d'entre eux, d'une université parisienne pour la quatrième. Mais ce sont en tout une soixantaine de contributeurs francophones, issus de 7 pays différents (France et Canada en majorité), de disciplines variées, - il ne peut en être autrement

s'agissant du sujet abordé -, qui ont construit cette somme, qui ne prétend pas à l'exhaustivité, mais ne saurait être ignorée de qui souhaite maintenant étudier le tourisme sous quelque angle que ce soit.

Dans un avant-propos éclairant, le principal contributeur, Boualem Kadri, annonce d'emblée qu'il ne s'agit pas d'un dictionnaire, mais bien d'un « vocabulaire », tenant à la fois d'un dictionnaire « usuel », s'attachant aux définitions, et d'un dictionnaire « encyclopédique », ajoutant à ces dernières « des

développements relatifs aux réalités... que désignent ces mots ». Le propos est vaste, même s'il ne s'agit pas de « désigner les études touristiques comme discipline ». Utile et modeste précision, qui justifie l'absence d'approche théorique complète du tourisme dans toutes ses dimensions, et qui considère, selon nous à juste titre, que ces études ne permettent pas encore de constituer en science de plein exercice cet objet de recherche. Mais ce « vocabulaire » est, peut-être, un pas dans cette direction, offrant un contenu qui « resteraient à valider et à compléter » (p. XXII).

De façon indirecte, dans les quelque 160 « concepts-clés » annoncés en tête d'ouvrage, assortis de plus de 330 qualificatifs dans un index permettant de compléter ou préciser les premiers, et facilitant ainsi la consultation par le lecteur de la matière exposée, cet ouvrage exprime bien les mutations du tourisme depuis qu'il est devenu un objet « sérieux » d'étude scientifique, ce qui ne fut pas toujours le cas dans les immédiates décennies suivant la Seconde guerre mondiale. Des dizaines de termes n'existaient tout simplement pas, pas plus que ce qu'ils désignent maintenant. Depuis lors, il a pris une importance socio-économique majeure et a investi des espaces innombrables, suscitant cependant de plus en plus d'interrogations, voire de contestations. D'où la nécessité, après une période initiale où les géographes s'intéressèrent surtout à l'insertion spatiale (on dirait plutôt maintenant « territoriale ») d'un tourisme apparaissant comme générateur d'aménagements divers bouleversant les pratiques et les paysages traditionnels, d'introduire peu à peu dans l'analyse, l'économie, la sociologie, la gestion, le droit, l'environnement, les études urbaines, l'histoire, le marketing, la psychologie, l'anthropologie, les sciences politiques..., avec des mots qui apparaissent, voyagent, évoluent au gré de réalités changeantes. Kaléidoscope inévitable si l'on veut comprendre les faits touristiques en profondeur à différentes échelles, et qui incite à une fertilisation croisée entre chercheurs, praticiens, élus, usagers, car la transversalité du tourisme en fait une sorte de miroir de la complexité de notre société mondialisée. C'est un des mérites de ce « vocabulaire » de nous aider à y voir plus clair.

D'où le caractère parfois un peu incertain ou discutable de certains articles. C'est normal, les concepts présentés sont vivants, ils correspondent à un état de la recherche dans l'espace (pays ou aire linguistique) et dans le temps (XVIII^e siècle ou époque actuelle), ils se précisent peu à peu. C'est l'objet de l'ouvrage de laisser ouverte la discussion. Les sciences humaines et sociales convoquées ne se laissent pas enfermer facilement dans des boîtes, heureusement. Le livre répond ainsi à son double objectif : diffuser les connaissances acquises et en susciter de nouvelles par les débats et discussions qu'il permet.

Cela ne nous met que plus à l'aise pour dire ici combien nous souscrivons globalement à la démarche et aux définitions et discussions présentées. On passera sur la petite erreur, à notre sens, de renvoyer « au début des années 1950 » (p. 204) la popularisation des guides imprimés, alors que dès le milieu du XIX^e siècle se répandent (dans le monde francophone, mais aussi germanophone et anglophone) les guides Baedeker, Murray, Joanne, Bleus, Michelin, et autres jusqu'aux Routard et Lonely Planet actuels. Bien des articles, et non des moindres, témoignent à la fois de ce cadre conceptuel indispensable à une approche scientifique, tout en exprimant une « fluidité » bienvenue et sûrement stimulante. Parmi d'autres, on pense ainsi aux termes « tourisme » (60 qualificatifs ou déterminants dans l'index) et « touriste » eux-mêmes, toujours un peu flous, à l'« aménagement touristique (qui) reste une nécessité » (p. 13. Nous approuvons), à l'« authenticité », au « cycle de vie des destinations », au « droit au tourisme » (mais le tourisme est-il un « besoin » vital ?),

au « territoire » (culturel, économique, politique, administratif... ?), à l'« écotourisme », décliné en variantes subtiles, aux « ressources touristiques »...

On peut regretter l'absence de quelques concepts souvent invoqués dans les études touristiques : les origines et l'histoire du tourisme sont présentes par touches dispersées. Le débat reste cependant ouvert entre les tenants d'un tourisme d'origine « moderne », lié à l'essor de la révolution industrielle et ceux qui l'ancrent déjà dans le monde antique, expression d'un besoin anthropologique d'évasion et d'une pratique de la « pérégrinité ». Le tourisme est-il une « industrie » ? Pas si sûr, hors de la sphère anglophone, sinon au prix d'un contre-sens accepté par le langage courant. Curieux de trouver ici le concept de « chalet capsule », ainsi que le « tourisme rouge » présent, alors que le « tourisme vert » ne l'est pas. Dommage que l'« effrayant » tableau des risques encourus par le touriste à destination (p. 400-401) ne soit pas contrebalancé par celui des avantages ou bénéfices tirés par lui, qui, la plupart du temps, ne se croirait sans doute pas si aventureux mais sans doute davantage porté sur l'affirmation de sa curiosité et de ses mérites culturels consécutifs ! Au titre du « dictionnaire usuel », absence regrettée aussi des « institutions touristiques », ou « compétentes dans ce domaine », au moins au niveau international : OMT, UNESCO, BITS, offices de tourisme..., ce qui pouvait clarifier leur rôle dans le champ touristique. Cela aurait paru aussi justifié que l'« hivernité » sans doute explicable par le pays d'édition de l'ouvrage, mais seul terme évoquant une saisonnalité du tourisme.

Chaque article est accompagné d'une bibliographie, en français et en anglais, qui permet au lecteur d'approfondir la question. Les auteurs ont dû cependant se limiter, pour de bien compréhensibles raisons de place disponible. Il en résulte une profusion de références bienvenues. Mais, sans doute question de génération ou effet de l'absence de possibilités de recherche sur internet, on n'a qu'une fort faible proportion de références antérieures aux années 1990, alors que commençaient à se poser les questions déterminantes sur l'approche scientifique et transdisciplinaire du tourisme, permettant une approche épistémologique plus complète, et que des éléments de réponse apparaissaient.

Ces remarques sont, somme toute, mineures, et feront peut-être l'objet de compléments dans une prochaine édition. Elles ne reflètent, après tout, que les avantages du livre : son ouverture, son invitation à la réflexion et au débat, dans une « grille de lecture systémique » (p. 451) qui semble privilégiée par certains auteurs, et qui ressemblerait à une « boîte de Pandore » (p. 451). On en convient. Car cet excellent ouvrage, à mettre dans toutes les mains, est la démonstration de ce système complexe dont il nous livre mains éléments d'analyse. La boîte de Pandore n'est pas près ni de se vider, ni de se refermer. Elle semble inépuisable. Le tourisme est un monde d'imagination, les formes et manifestations que celle-ci revêt sont, pour une large part, inimaginables pour le futur, comme la plupart des formes actuelles l'étaient il y a un siècle. Remercions les concepteurs de cet ouvrage de laisser grande ouverte, sans dogmatisme, la porte vers un tourisme nouveau ou renouvelé et sa compréhension.

Jean-Michel Dewailly

Édition



promedia@moov.mg

Édition : 1^{er} semestre 2023
PMC0326 (9 788903 202399)

ISSN 1998-9784



1998978420230324

Sur la question de la santé, *Tsingy* a déjà publié :

- Eugénia RODRIGUES, « La circulation des connaissances médicales entre le Mozambique et l'océan Indien, de la fin du XVIII^{ème} siècle au début du XIX^{ème} siècle », *Tsingy* n°18, pp. 47-62
- Delphine BURGUET, « La graine et l'apéritif ou l'indigène et le savant », *Tsingy* n°15, pp. 125-136
- Pierre BREST, « A propos du manuscrit adressé à Monseigneur l'Intendant de l'Ile de France et de Bourbon par Bouchet, ancien chirurgien des camps et armées du Roi à l'établissement du Fort Dauphin à Madagascar, le 10 août 1770 », *Tsingy* n°13, pp. 9-20
- Claire MESTRE, « Violences ordinaires dans le soin », *Tsingy* n°11, pp. 115-128
- Jean-Marie PELT, « Les plantes médicinales d'Afrique », *Tsingy* n°10, pp. 33-39
- Jean-François GERAUD, « Paris 1861 : valoriser la médecine indo-malgache », *Tsingy* n°10, pp. 19-32
- Claire MESTRE, « Archéologie de la santé publique à Madagascar : Pour une compréhension du triangle Etat-Médecins-Populations », *Tsingy* n°6, pp. 15-28
- Hélène RAJABALY, « La mortalité des enfants à Madagascar : Un indicateur démographique et sanitaire », *Tsingy* n°4, pp. 49-64
- Charles A. RAKOTONDRAFARA, « Les Infections Sexuellement Transmissibles et le Sida à Madagascar », *Tsingy* n°4, pp. 65-72
- Patricia RAKOTONDRABE, « Famille, femmes et santé des enfants à Madagascar », *Tsingy* n°4, pp. 87-96
- Mody KANTÉ, « La formation des auxiliaires médicaux ouest-africains de la première génération (1918-1944) », *Tsingy* n°25, pp. 105-122

Numéros thématiques :

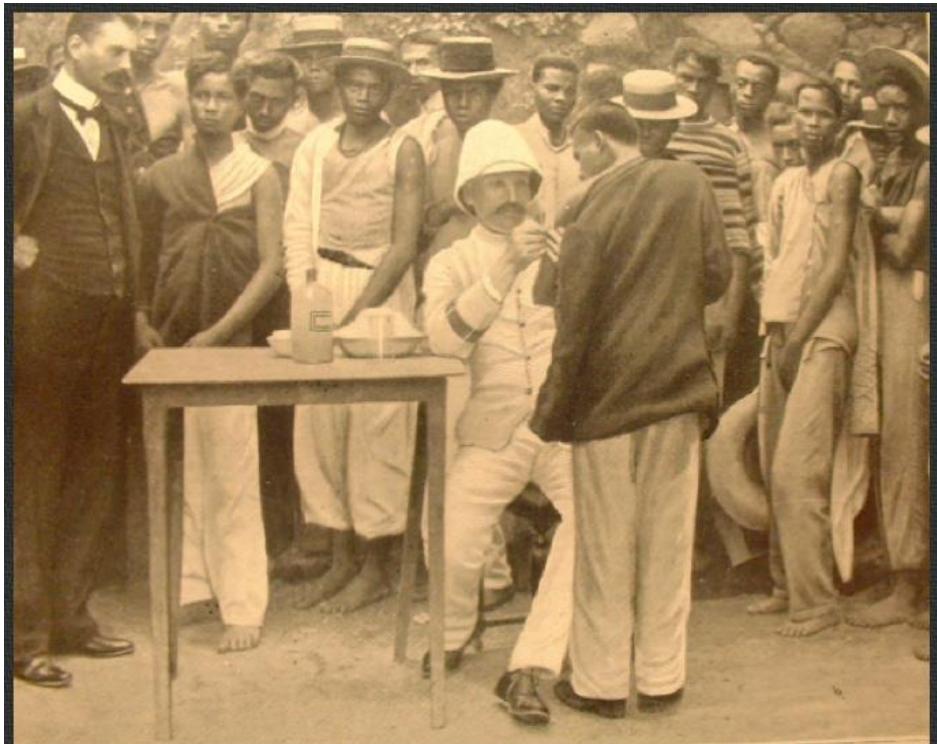
- Démographie à Madagascar (*Tsingy* n°4)
- Les femmes dans l'océan Indien (*Tsingy* n°5)
- Religions et Sociétés dans l'océan Indien (*Tsingy* n°7)
- « Dossier 1947 » (*Tsingy* n°8)
- Les Hommes et la Mer (*Tsingy* n°9)
- La violence dans les sociétés de l'océan Indien (*Tsingy* n°11)
- La côte Est de Madagascar (*Tsingy* n°12)
- Voyages et Missions dans le S. O. de l'océan Indien (*Tsingy* n°13)
- Madagascar et La Réunion, (*Tsingy* n°14 et n°15)
- Les migrations dans l'océan Indien (*Tsingy* n°16)
- Les hommes et la nature (*Tsingy* n°17)
- Le Mozambique (*Tsingy* n°18)
- Images et représentations des sociétés coloniales (*Tsingy* n°19)
- Patrimoines et Tourisme à La Réunion et dans l'océan Indien (*Tsingy* n°20)
- Economies et Sociétés depuis le début du XX^e siècle (*Tsingy* n°21)
- Les conflits dans le Sud-Ouest de l'océan Indien : 1^{ère} partie, le temps de la guerre froide (*Tsingy* n°22) ; 2^{ème} partie (*Tsingy* n°23)
- L'enseignement en situation, coloniale et postcoloniale : perspectives croisées (*Tsingy* n°24 et 25)

« TSINGY »

Les Tsingy sont une formation calcaire.
L'érosion forme des lames très fines de plusieurs mètres de haut, créant de
véritables forêts minérales.

Les plus grands ensembles de Tsingy à Madagascar se trouvent dans l'Ouest
(Bemaraha) et dans le Nord (Ankarana).

Voir photo d'arrière-plan de la couverture.



« Les médecins militaires sont chargés d'inspections d'hygiène et de tournées de vaccine ».
in Gallieni, Neuf à Madagascar, Paris, Hachette, 1908, page 64, planche 17.