

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 préoccupera aussi de situer la place de ces maladies dans l'histoire » du continent¹. Les 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'BOKOLO, « 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 ILIFFE, *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, La 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. Les 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 LAPLANTINE, « Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie », in Denise JODELET (dir.), *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 1989, pp. 297-318.

⁸ Guillaume LACHENAL, *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 OLIVIER DE SARDAN, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, Karthala, 1995.

¹¹ Marc AUGE et Claudine HERZLICH, *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris-Montreux : Éditions des Archives contemporaines, 1984 ; Marc AUGE, « L'anthropologie de la maladie », *L'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 L'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 ». Les 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 LATOUR, *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 ESOAVELOMANDROSO, « 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 ESOAVELOMANDROSO, « Résistance à la médecine en situation coloniale : la peste à Madagascar », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 1981/36 (n°2), pp. 168-190.

¹⁶ Pascal SOAVELO, « Paludisme et colonisation dans le pays betsimitaraka (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 BOULINIER, « 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, Lyon, univ. Lyon II, 1997 ; Pierre AUBRY & Paul RAKOTOBÉ, « La 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 ÉLISEE 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 LANDRAIN, *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 RAKOTOMALALA, Sophie BLANCHY & Françoise RAISON-JOURDE, *Madagascar : les ancêtres au quotidien. Usages sociaux du religieux sur les Hautes-Terres Malgaches*, Paris, L'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. Là aussi, 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 supplacent 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 JAOVELO-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 RAKOTOMALALA, « 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 JAOVELO-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. Les 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. 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. 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 LEFEVRE, « Les 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 LEGRIP-RANDRIAMBELO, *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 : L'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, L'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 traditionnelles dans le Sud-Est de Madagascar », *Journal of Ethnopharmacology*, 1988/23 (n°2-3), pp. 165-265 ; Gabriel LEFEVRE, « Les 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, L'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. A 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 gace 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 NJOLRAS, « 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 TAGLIONI (dir.), *Insularité et développement durable*, Marseille, IRD Editions, 2011 ; —, « La 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 BERNAULT, *Colonial Transactions. Imaginaries, Bodies, and Histories in Gabon*, Durham/London, Duke University Press, 2019.

⁴¹ Georges CANGUILHEM, *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 Legrip-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 Laden 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 LEFEBVRE, M'hamed OUALDI, « 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. La 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 La 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.

Les 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 GALLIEN
Université Paris Cité, CESSMA