

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'accélérent 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'enchaînement 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 Âge 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 BEAUJARD, *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.

D) 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 mascarins 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 jusque-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 affectation constitue à tout le moins une disgrâce, si ce n'est une condamnation à mort¹⁰. C'est un hématozoaire, le *Psalmodium procox*, 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 FÉRAUD, *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 Vonizongo, 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 Cérissier, 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 maintient 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-Louisais 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. CERISIER, *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 MAZURIC, *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 perte »²⁸. 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 atteint 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^{ère} 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 ictère, 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 I^{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 vibrion 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 illettrés, 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 obtinrent 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-OBÉRIE, « 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 policés ». 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 patentes 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 fût 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'épizootie 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 perçait 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 dissentiments 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 notoire 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 pesteux⁸⁷. 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 XVIII^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 Yan-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 allègement 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^{ère} 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.