

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

Delphine BURGUET

Anthropologue

Institut des mondes africains, EHESS

Mutualité sociale agricole (MSA)

Institut national de médecine agricole (INMA)

Nathalie LADEN

Médecin généraliste, Médecin du travail

Mutualité sociale agricole (MSA)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I) POUVOIR COLONIAL ET VULNÉRABILITÉ DES POPULATIONS

A. Hygiène scolaire et médicalisation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B. Face aux épidémies, l'assistance médicale indigène

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

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

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

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

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

⁹ Gouverneur général de Madagascar de 1896 à 1905.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁹ *Ibid.*

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

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

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

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

C. L'école coloniale, fabrique des inégalités

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

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

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

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

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

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

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

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

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

²⁸ *Ibid.*

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

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

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

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

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

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

³¹ *Ibid.*

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

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

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

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

³⁶ *Ibid.*

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

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

³⁷ *Ibid.*

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

³⁹ *Ibid.*

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

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

⁴² *Ibid.*

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

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

D. La médicalisation de l'école coloniale

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

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

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

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

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

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

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

⁴⁸ Technique divinatoire.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁵⁴ Ordonnance n° 45.24 du 18 octobre 1945.

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

⁵⁶ *Ibid.*

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

II) GOUVERNER LA SANTÉ À PARTIR DE L'INDÉPENDANCE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁶⁴ *Ibid.*

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

B. Fonds internationaux et kits de santé

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

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

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

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

⁶⁸ *Ibid.*

⁶⁹ *Ibid.*

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Le 8 avril 2020, le Président malgache annonce l'élaboration d'un remède traditionnel amélioré (RTA) qui soignerait la maladie de Covid-19, fabriqué localement mais sans divulguer le nom de la plante à l'origine de ce remède. À l'aide d'une prophétie annoncée par une voyante brésilienne le 16 avril dans un documentaire télévisé, l'arrivée du remède vient ainsi confirmer le caractère prophétique du message. Ainsi, le 19 avril 2020, le chef d'État annonce en direct à la télévision le lancement du « Covid-Organics » (CVO) officiellement développé par l'Institut malgache de recherches appliquées (Imra)⁷³, et dévoile le nom de la plante principale : l'*Artemisia annua*⁷⁴. Dans la plupart des

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONCLUSION

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

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

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

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

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

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

⁸⁴ *Ibid.*