

Clio en @frique

L'ASSISTANCE MEDICALE INDIGENE

à MADAGASCAR (1896-1950)

Un exemple d'interactions entre services de santé, appareils administratifs et objectifs politiques

Jérôme MERLIN

Collection « Clio en @frique »

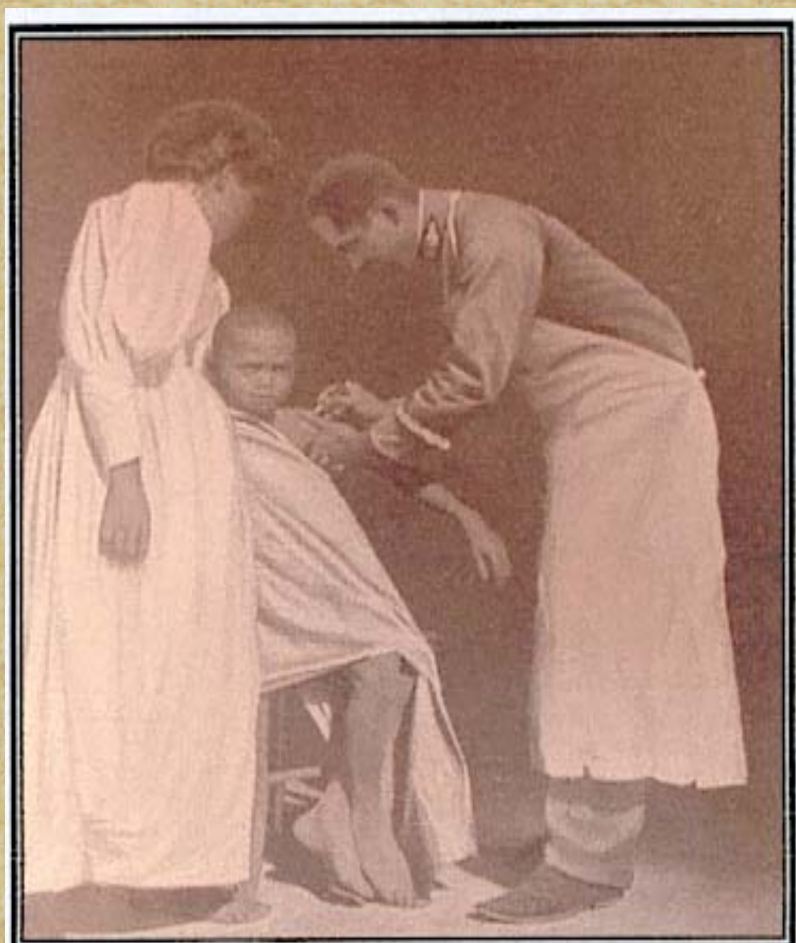
n° 8 – automne-hiver 2002

N° 8

Automne-hiver 2002

L'ASSISTANCE MEDICALE INDIGENE à MADAGASCAR (1896-1950)

Un exemple d'interactions entre services de santé, appareils administratifs et objectifs politiques



Jérôme Merlin

Sommaire

INTR ODUCTION

PREMIERE PARTIE

LES BASES DE L'ASSISTANCE MEDICALE INDIGENE 1896-1901

(organisation administrative, Ecole de Médecine, Institut Pasteur de Tananarive)

Chapitre 1 : L'organisation administrative provisoire de l'Assistance médicale Indigène sur les Hauts-Plateaux (Provinces de l'Imerina et du Betsileo)

- Les prémices d'une organisation
- Le véritable lancement de l'AMI : la « charte » de Gallieni de 1901

Chapitre 2 : Le rouage essentiel de l'Assistance Médicale Indigène, l'Ecole de Médecine de Tananarive

- Pourquoi l'Ecole de Médecine
- Les difficultés de l'installation d'un tel établissement
- Organisation du cursus et des programmes

Chapitre 3 : Une priorité de l'action médicale : lutter contre les épidémies de variole grâce à l'application de la vaccination

- La spécificité de la variole dans le contexte malgache
- La lutte anti-variologique avant la création de l'Institut Pasteur
- La lutte anti-variologique après la création de l'Institut Pasteur

DEUXIEME PARTIE

UNE INSTITUTION MEDICALE AU SERVICE DU POUVOIR ADMINISTRATIF 1902-1920

(Les raisons du succès sur la variole ou l'un des creusets du nationalisme malgache)

Chapitre 4 : L'AMI : une institution médicale subordonnée au pouvoir administratif

- L'extension de l'AMI aux provinces excentriques s'accompagne d'une centralisation de l'organisation et de son indépendance financière
- Les hôpitaux de l'AMI et leur personnel médical

Chapitre 5 : L'Ecole de Médecine. Son but : former des médecins malgaches pour l'administration. Sa conséquence : engendrer le sentiment nationaliste

- Une sélection d'entrée révélatrice du succès de l'école
- Le corps professoral
- Les étudiants en médecine instigateurs du nationalisme malgache ?

Chapitre 6 : Les acteurs de l'AMI : les « médecins indigènes de colonisation »

- Création du corps de médecins indigènes de colonisation
- Les différentes affectations des médecins indigènes de colonisation
-

Chapitre 7 : Une réussite technique : l'éradication de la variole à Madagascar

- Le parc vaccino-gène de Diego-Suarez traduit la volonté d'extension de l'organisation médicale à l'ensemble de l'île
- Phase de contrôle et de progression de la vaccination (1906-1920)

TROISIEME PARTIE

LA LUTTE ANTIPESTEUSE 1821-1950

(Révélatrice des acquis du passé, de la capacité d'adaptation de l'AMI et de la montée des courants anticolonialistes)

Chapitre 8 : Les raisons de l'implantation de la peste à Madagascar

- Description de la peste à Madagascar
- Comment la peste s'est-elle implantée à Madagascar

Chapitre 9 : 1921-1931, dix années de lutte inefficace contre la peste

- Les moyens d'une lutte inefficace
- La lutte anti-pestéuse : du domaine médical au domaine politique
- Evolution de l'AMI, de l'Ecole de Médecine et de l'Institut Pasteur

Chapitre 10 : 1932-1950, les efforts conjugués de l'administration et des services de santé permettent une victoire sur la peste

- Le Service de Prophylaxie de la peste, symbole de la volonté d'enrayer les épidémies
- L'efficacité des vaccinations de masse grâce au vaccin E.V de Girard et Robic

Conclusion générale

Annexes

- Tananarive et les villes de Madagascar
- Ecole de médecine de Tananarive
- Assistance Médicale Indigène
- Institut Pasteur de Tananarive
- Lutte anti-pestéuse

Sources

Ouvrages à caractère de sources

Bibliographie

INTRODUCTION

Ma première intention, lors du choix du sujet de recherche pour ce mémoire de Maîtrise, était de travailler sur l'influence de la Guerre Froide en Afrique. Cette optique me permettait de poursuivre mes investigations commencées l'année précédente, durant laquelle j'avais réalisé un mini-mémoire sur Mobutu, notamment son rôle sur la scène politique internationale. Devant les difficultés que représentait un tel sujet au niveau des sources, je m'étais réorienté en septembre sur une toute autre piste. Je proposais ainsi à mon directeur de recherche, monsieur Triaud, trois axes possibles. Ils concernaient tous la période coloniale. J'envisageais d'étudier soit l'organisation de la justice, soit celle de l'instruction primaire, soit enfin l'action médicale. Monsieur Triaud s'étant montré intéressé par cette dernière proposition, je décidai donc de cibler un sujet précis dans cette voie.

Ayant par le passé réalisé une étude sur l'action menée contre l'onchocercose en Afrique dans le cadre d'une unité de licence en géographie, j'avais été amené à consulter le centre de documentation de l'Institut de Médecine Tropicale du Pharo. Cela m'avait permis de découvrir la richesse des documents de la bibliothèque, et de prendre contact avec les responsables de cette dernière. J'exposai cette fois-ci les raisons qui m'amenaient à retravailler dans ces lieux. Après quelques recherches très variées, qui ne me permettaient pas de me faire une idée précise des sujets que je pouvais aborder, je demandais un entretien avec le docteur Mafar, responsable du centre de documentation. Très accueillant, il trouvait très intéressant le fait d'aborder d'un point de vue historique l'action médicale en Afrique durant la période coloniale. Lors de cet entretien il me proposa d'étudier le cas de Madagascar (fig.1, p.120), principalement pour deux raisons :

- Sur un plan pratique, sachant que Madagascar est une île, les recherches pour les archives seraient plus faciles, car bien délimitées dans l'espace. Dans les autres pays d'Afrique les frontières ayant souvent évolué, il aurait fallu étudier plusieurs pays pour un même thème. Le premier avantage était donc cette homogénéité géographique. L'enseignement médical à Madagascar a été l'une des priorités de l'administration coloniale. Se souvenant d'un article paru dans un numéro de Médecine Tropicale en 2000, traitant cette question, il pensait que c'était une voie intéressante à approfondir.
- Enfin, mes recherches qui suivirent directement cet entretien m'amènèrent à trouver deux des caractéristiques majeures de l'action médicale à Madagascar : c'était le premier pays au monde où la variole avait été éradiquée, et où le premier vaccin à base de germes vivants atténués contre la peste avait été mis au point et appliqué par les chercheurs de l'Institut Pasteur de Tananarive.

Dans un premier temps, je pensais pourtant consacrer la majeure partie de mon mémoire à cette formation médicale des étudiants malgaches. Ce n'est qu'à travers mes investigations que je commençais à comprendre l'importance d'un autre élément majeur de l'action médicale à Madagascar : la création de l'AMI (Assistance Médicale Indigène) par Gallieni, qui était, comme nous le verrons, incontestablement liée à l'enseignement médical des jeunes Malgaches. Ainsi commençait à se dessiner un schéma : Ecole de Médecine de Tananarive + AMI = éradication de la variole. Les grands axes se mettaient alors en place. L'AMI était l'organisation de base de l'action médicale à Madagascar. Cette organisation ne pouvait être efficace sans le travail en amont réalisé à

L'Ecole de Médecine où étaient formés les médecins Malgaches. La fusion des deux devait amener un résultat technique sans précédent : l'éradication de la variole.

Mais, un autre fait marquant à Madagascar était la lutte anti-pestéuse, qui ne devait commencer qu'en 1921, tandis que l'éradication de la variole avait officiellement été réalisée en 1914. Craignant que ce dernier axe de recherche ne soit séparé des autres par l'écart chronologique, je me rendais compte, au contraire, que la période de la lutte anti-pestéuse 1921-1950 me permettait de montrer l'évolution des différentes institutions médicales que représentaient l'Ecole de Médecine, l'AMI, et l'Institut Pasteur de Tananarive. De plus, les documents concernant cette lutte anti-pestéuse me permettaient d'affiner mes recherches sur les problèmes politiques et la naissance des mouvements nationalistes, celle-ci étant en partie liée à l'organisation médicale voulue par l'Administration. En effet, cet aspect conflictuel était moins perceptible dans les documents antérieurs utilisés pour la mise en place des différentes institutions médicales citées ainsi que dans la lutte anti-variologique.

Les principales difficultés rencontrées au cours de l'élaboration de ce travail résidaient dans la nature même de mes sources. Car les sources d'archives et les ouvrages à caractère de sources que j'ai utilisés donnaient une vision « idyllique » de l'action médicale menée à Madagascar. Elles ne renaient essentiellement que l'aspect des réussites techniques, sans se soucier des contraintes imposées à la population malgache. Or il fallait le plus souvent convaincre celle-ci, parfois par des mesures coercitives, du bien fondé de l'action menée. Nous verrons également à travers ce mémoire que les médecins malgaches n'ont pas toujours été les collaborateurs inconditionnels que l'administration aurait voulu et que de nombreux écrits décrivaient comme tels. Cette attitude pouvait s'expliquer par les fonctions dans lesquelles cette dernière les cantonnait (un rôle subalterne et d'exécution, sans espoir de « carrière »). Ensuite, malgré la richesse apparente des sources liées à mon sujet, principalement au CAOM d'Aix en Provence, la majorité est essentiellement constituée des rapports des services de santé. Or ceux-ci ne donnent pas une représentation stricte de la réalité. Souvent dans les rapports annuels, seuls quelques mots et quelques chiffres sont modifiés d'une année sur l'autre.

Mais les répétitions des mêmes arrêtés et décrets relatifs aux prophylaxies de la variole et de la peste, la publication d'articles médicaux (essentiellement retrouvés au Pharo dans la série des Archives de Médecine et de Pharmacie Coloniales), les enquêtes épidémiologiques ponctuelles, les rapports contradictoires des médecins et des administrateurs coloniaux (laissant apparaître les dissensions entre le pouvoir administratif et le pouvoir médical), les entretiens avec des médecins (le docteur Mafar et le professeur Aubry), me permettaient de mettre en relief certains aspects de l'organisation médicale mise en place sous l'initiative de Gallieni.

Une autre difficulté venait de la bibliographie récente liée au sujet. Je ne pouvais m'appuyer, en dehors des différents articles des revues, que sur un nombre restreint d'ouvrages postérieurs à la période étudiée. Malgré tout, cela confirmait mon intention de traiter un sujet original et peu abordé.

Mes deux principaux lieux de recherche ont été le Centre des Archives d'Outre Mer à Aix-en-Provence (CAOM), et le centre de documentation du Pharo (Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées) à Marseille. J'ai également passé deux journées au Service des archives de l'Institut Pasteur à Paris, dont j'avais pu contacter les responsables par l'intermédiaire du personnel du Pharo. Enfin, je me suis rendu à Lyon pour consulter les ouvrages de la Bibliothèque du Cercle Mixte de la Garnison de Lyon, réputée pour être riche en ouvrages sur la période coloniale à

Madagascar.

- Au CAOM, j'ai utilisé la série d'archives concernant le Gouvernement Général de Madagascar (politique et administration générale). Dans cette série je me suis intéressé aux archives du Service de Santé (1896-1947), de 5(5)D2 à 5(5)D56, et celles spécialement consacrées à l'Assistance Médicale Indigène, c'est à dire 5(6)D1 à 5(6)D40. Ces dernières s'arrêtaient malheureusement à 1933.

J'ai également étudié les Fonds Ministériels (Affaires Politiques et Série Géographique, consacrés à Madagascar) et les Fonds de la Province de Tananarive, en m'intéressant particulièrement à tout ce qui concernait les affaires sanitaires, l'administration, et les mouvements nationalistes.

J'ai trouvé beaucoup d'ouvrages à caractère de sources concernant l'Assistance Médicale à Madagascar (sa mise en place, le rôle de Gallieni) dans la bibliothèque du CAOM (notamment les archives du Journal Officiel de Madagascar et Dépendances, où les arrêtés administratifs étaient régulièrement publiés).

- Le centre de documentation du Pharo a été mon deuxième principal lieu de recherche pour ce mémoire. Très bien accueilli par l'équipe qui a facilité mon travail et par le chef du service de documentation, le docteur Mafar, attentif au travail que je menais, j'ai ainsi pu consulter toute la série des Archives de Médecine et de Pharmacie Coloniales, dont de nombreux articles consacrés aux problèmes sanitaires à Madagascar pendant l'époque concernée me servaient de documents à caractère de sources.

- Le Service des archives de l'Institut Pasteur de Paris m'a été utile essentiellement pour étudier les rapports annuels de l'Institut Pasteur de Tananarive lors de ces premières années, de 1898 à 1907, qui n'étaient pas au CAOM.

- La bibliothèque du Cercle Mixte de la Garnison de Lyon m'avait été conseillée par l'équipe du centre de documentation du Pharo. La plupart des ouvrages qui m'intéressaient se trouvaient déjà à la bibliothèque du CAOM, mais quelques uns étaient utiles pour notamment des illustrations photos.

Je commençais par étudier la période initiale de l'organisation médicale à Madagascar, qui correspondait à la prise de possession de Madagascar par la France en 1896. En effet, cette organisation apparaissait comme une priorité pour le Gouverneur Général Gallieni. Mais avant cette date, à partir de 1861, sous le roi Radama II, les Européens s'étaient déjà installés de manière importante à Madagascar par l'intermédiaire des missions. Catholiques français et protestants anglais se faisaient une lutte d'influence. A la mort du roi, ce sont trois reines successives qui lui succédaient. La reine Ranavalona III et son premier ministre adoptaient le protestantisme en 1869. Des réformes importantes étaient mises en place, tout en conservant les coutumes ancestrales. Un travail essentiel au niveau de l'instruction était organisé par les missions, notamment au niveau médical (les missions étaient utilisées comme hôpitaux et écoles de médecine : mais le but recherché n'était pas neutre, c'était un moyen d'accroître le nombre des fidèles).

En 1883 une première guerre franco-malgache, à l'initiative des Réunionnais, éclatait. Les Français occupaient Majunga et Tamatave et en 1885 un traité était signé. Ils voyaient en Madagascar un protectorat. Mais il n'y avait pas de forces armées laissées sur place ; du coup le désordre s'installait, des peuples conquis se révoltaient. Le 15 janvier 1895 les troupes françaises débarquaient de nouveau

à Majunga. Cette expédition devait connaître de nombreuses pertes humaines en raison des épidémies (variole et paludisme). Le 30 septembre Tananarive était occupée, le premier ministre exilé, et la reine maintenue sous protectorat effectif.

Mais ce fut vite de nouveau le chaos. Plusieurs peuples conquis s'émancipaient, la reine laissait faire. La Chambre française vota l'annexion le 6 août 1896 et envoya un général ayant l'expérience des colonies, Gallieni (fig.2, p.121), qui prenait les pouvoirs civils et militaires le 28 septembre 1896. Après une tentative de résistance organisée, les Merina, ethnie dominatrice de l'île, implantée sur les Hauts-Plateaux, acceptaient la domination française. Gallieni entreprenait ensuite de soumettre les populations restées indépendantes des Merina. Le sud fut pacifié par le colonel Lyautey. En 1899 la période de pacification était terminée.

Parallèlement à l'action de pacification, Gallieni organisait le pays. Il remettait en place les chefs locaux mais remplaçait dans l'île les gouverneurs merina par des administrateurs français. Des cadres indigènes, subordonnés, étaient créés, ainsi qu'une justice indigène, et une assistance médicale gratuite. Celle-ci entrait dans un plan plus vaste de grande organisation sanitaire voulue par Gallieni. Le but avoué était d'augmenter de façon conséquente et le plus rapidement possible, la population malgache de l'île, pour permettre une mise en valeur économique de celle-ci. C'est pour cette raison qu'elle apparaissait comme une priorité dans son élaboration.

L'étude menée à travers ce mémoire est celle de l'organisation de la médecine coloniale à Madagascar. Nous y adoptons le principe, développé par Lapeyssonie (1), qu'il n'existe pas qu'une seule médecine, celle qui associerait la compétence technique et la compassion, mais plutôt un art médical qui se différencie par les conditions dans lesquelles il s'exerce en lui donnant sa spécificité. Nous pouvons alors parler de médecine coloniale au même titre que de médecine navale, médecine rurale ou bien médecine du travail. S'il y a eu une médecine coloniale, c'est parce qu'elle correspondait à un besoin et parce qu'elle s'inscrivait dans le cadre administratif des Colonies. Lapeyssonie caractérisait d'ailleurs ce terme de médecine coloniale ainsi :

« [c'est] l'ensemble des procédures techniques associées aux actions administratives correspondantes qui ont donné à l'exercice de la médecine aux Colonies son caractère bien particulier et qui ont produit de bons résultats dans beaucoup de domaines (2)» .

Il est à noter que c'est au cours de cette période coloniale que de grandes découvertes scientifiques ont radicalement changé la situation sanitaire dans certaines régions peu salubres des colonies. Elles ont été à l'origine de succès, et particulièrement dans le domaine des fléaux permanents ou périodiques, comme c'était le cas à Madagascar pour la variole et la peste. Mais ces avancées de la science ne pouvaient aboutir sur le terrain que si elles étaient appuyées par une structure administrative coloniale compétente. L'organisation de l'AMI à Madagascar entrait dans cet esprit d'allier institution médicale et institution administrative.

Les jugements a posteriori de la colonisation, et à travers elle de la médecine coloniale, ont été nombreux et divers. L'éventail des appréciations va du panégyrique sans nuances, au rejet le plus total. L'oeuvre médicale réalisée durant cette période fut pourtant d'une utilité incontestable, tout en présentant des failles indiscutables.

Selon Lapeyssonie, ceux qui déniaient cette action médicale lors de la colonisation insistent

généralement sur trois faits :

- D'une part les médecins ont suivi les soldats de la conquête.
- D'autre part les installations du début avaient pour but de sauvegarder la vie des européens.
- Enfin, ne soignait-on pas les indigènes pour se procurer une main d'oeuvre à bon marché, ou même pour en faire de « la chair à canon » ?

Ces différentes affirmations comportent toutes une part de vérité. L'aide humanitaire n'était pas la seule priorité de l'administration organisant le service médical colonial. Comme nous le verrons, ce système sanitaire devait en premier lieu répondre aux attentes de cette administration coloniale.

Malgré tout, si les objectifs initiaux n'étaient pas philanthropiques, et l'application de cette médecine coloniale parfois discutable dans les faits (mesures autoritaires, camps d'isolement pour malades indigènes ressemblant plus parfois à des camps de prisonniers, incinérations des maisons en cas d'épidémies sans réels dédommagements), les résultats étaient bien réels. Et le dévouement des personnels de santé qui en étaient les auteurs, indéniable. D'ailleurs, les principaux intéressés, c'est à dire les populations autochtones, désormais indépendantes, reconnaissent volontiers l'importance de l'action médicale des nations colonisatrices, ne serait ce que sur le plan démographique. A Madagascar, les résultats se traduisirent essentiellement par l'éradication de la variole, par un recul très net de la peste, et par l'établissement de structures médicales durables, comme le soulignait un étudiant malgache en médecine dans sa thèse :

« Dans leur lente évolution démographique, les diverses populations de Madagascar ont traversé des périodes souvent dramatiques : la variole les menaçait d'extermination comme plus tard la peste ravageait des villages entiers. Si la variole a complètement disparu de la Grande Ile depuis près de cinquante ans et si la peste est réduite au silence actuellement, c'est grâce à des hommes venus apporter au pays leur amour de la science pour l'amour des Malgaches. Ce sont tous les maîtres qui ont animé depuis 1897 l'Ecole de Médecine de Tananarive où se sont formés des générations de médecins malgaches. Ce sont tous les médecins, cliniciens, épidémiologistes et pasteuriens qui, dans les hôpitaux, dans les villages de brousse, dans les laboratoires, ont contribué à l'étude et à l'enseignement de la pathologie de Madagascar (3)» .

Porter un jugement objectif sur l'action médicale menée à Madagascar sous la colonisation, ne peut se faire sans la replacer dans le contexte de cette dernière. Il ne faut pas voir cet épisode du passé avec les yeux du présent, ni chercher à le comparer à la situation actuelle correspondante.

Ainsi, la problématique que nous allons tenter de développer à travers ce mémoire concerne les liens privilégiés entre le service de santé que représente l'Assistance Médicale Indigène, l'appareil administratif et les objectifs politiques dans l'élaboration et le développement d'une organisation médicale à Madagascar.

Nous avons réalisé ce travail selon un plan chronologique. Il se découpe en trois parties principales et dix chapitres. La première partie comprend trois chapitres, et s'étend de 1896 à 1901. Elle est consacrée à la mise en place de l'Assistance Médicale Indigène voulue par Gallieni (premier chapitre), ainsi qu'à celle du « rouage de base » de cette assistance que représente l'Ecole de Médecine de Tananarive (second chapitre). Le troisième chapitre décrit les premières mesures prises

pour endiguer les épidémies de variole, ce qui permet de mieux comprendre la nécessité d'une organisation médicale comme l'AMI.

La seconde partie du mémoire est divisée en quatre chapitres et porte sur la période comprise entre 1902 et 1920. Un premier chapitre permet de voir l'évolution de l'AMI qui devient une véritable institution médicale, mais au service de l'Administration. Un second chapitre explique le nécessaire développement de l'Ecole de Médecine devant le besoin croissant de médecins indigènes, et s'attarde également sur le rôle politique que commence à tenir l'école, à travers des mouvements nationalistes naissants. Nous nous intéressons ensuite au parcours des médecins indigènes après leur formation à l'école de Tananarive, qui est le plus souvent limité à des postes de brousse pour effectuer le travail essentiel de la vaccination. Enfin le dernier chapitre de cette partie est consacré au succès médical de cette organisation de l'AMI face à la variole, succès se traduisant par l'éradication de la maladie de Madagascar.

La troisième partie est liée à la lutte anti-pestéuse. Elle s'étend de 1921 à 1950 et est composée de trois chapitres. En premier lieu, nous expliquons l'aspect médical de la peste à Madagascar lié aux raisons de son implantation durable sur l'île. Ensuite, nous essayons de mettre en relief les difficultés de la lutte anti-pestéuse durant ses dix premières années, tant du point de vue des moyens employés, que des problèmes politiques qu'elle soulevait (avec la montée grandissante du nationalisme). Elle amena une nécessaire évolution des institutions précédemment étudiées : l'AMI, l'Ecole de Médecine et l'Institut Pasteur de Madagascar. Enfin, le dernier chapitre est consacré à la lutte victorieuse contre la peste, rendue possible grâce au vaccin E.V mis au point à l'Institut Pasteur de Madagascar par Girard et Robic.

PREMIERE PARTIE

LES BASES

DE

L'ASSISTANCE MEDICALE INDIGENE

1896-1901

Organisation administrative

Ecole de Médecine

Institut Pasteur de Tananarive

« Le premier contact que nos commandants de cercle et administrateurs prirent avec nos sujets du plateau central mit en évidence la nécessité de secourir une population clairsemée et souffreteuse, de favoriser l'amélioration de son état sanitaire et son accroissement, dans un but humanitaire, autant qu'économique et politique »[\(4\)](#) GALLIENI.

A la fin de 1896 la population indigène de Madagascar était ravagée par des épidémies ou affections diverses que l'ancien Gouvernement malgache n'avait pu enrayer, faute de réelle organisation et de connaissances médicales et scientifiques. En effet, le service de santé n'existait pas comme institution d'Etat. Certes, des mesures avaient été prises par certains gouvernements sous la monarchie *Merina* (pour notamment tenter de limiter les épidémies de variole). Mais elles ne s'appuyaient pas sur les acquis de la médecine scientifique et étaient limitées dans le temps et l'espace. Pour justifier l'action médicale qu'il voulait instaurer, Gallieni dénonçait en outre les pratiques médicales malgaches. Elles ne pouvaient apporter de résultats concrets, car suivaient des préceptes basés sur des coutumes ancestrales inadaptées. Il visait également les bénéficiaires de cette médecine « *empirico-métaphysique* » [\(5\)](#), qui profitaient selon lui de cette situation de détresse face aux différentes maladies.

« Partout les pratiques superstitieuses les plus grossières tenaient lieu de soins et de traitement médical. La masse ignorante s'abandonnait sans réserve aux *Mpisikidy*, sorciers aussi influents que néfastes, qui exploitaient odieusement la population et en tiraient des revenus aussi illégitimes qu'exagérés » [\(6\)](#) .

Une telle affirmation permettait à Gallieni de présenter l'organisation qu'il voulait réaliser comme étant avant tout une œuvre humanitaire. Il positionnait ainsi la France dans le rôle traditionnel de celle-ci depuis la Révolution, c'est à dire en nation libératrice de peuples opprimés. Mais elle laissait aussi entendre que rien n'avait été fait à Madagascar au plan médical avant l'occupation française, ce qui n'était pas le cas. Nous avons vu en introduction que les missions françaises, mais aussi anglaises et norvégiennes avaient œuvré pour une implantation d'hôpitaux servant également d'écoles de médecine pour les Malgaches. Dans les différents rapports de l'administration coloniale, ces actions étaient peu abordées. En ce qui concerne le rôle joué par les missions anglaises et norvégiennes, cela revenait à rendre hommage au travail effectué par des nations colonisatrices étrangères (ce qui était inconcevable dans le contexte politique des empires coloniaux). Pour les missions françaises, c'était sans doute la notion républicaine de laïcité qui empêchait de trop mettre en avant leurs actions. D'ailleurs, pour comprendre l'importance politique de la mise en place d'une telle organisation, nous pouvons nous référer à E. Hesling, qui en 1905, la présentait ainsi :

« Du point de vue politique, l'assistance médicale est un puissant instrument de propagande et un précieux adjuvant pour l'expansion de l'influence de la puissance colonisatrice. Les missions médicales

attachent les indigènes par des liens de reconnaissance pour les soins donnés ou les guérisons faites, et on a souvent dit *qu'une mission médicale pouvait quelques fois plus qu'une opération militaire pour la conquête d'un pays ou la pacification d'une région* » [\(7\)](#).

Le premier besoin était le recrutement d'un personnel technique apte à assurer le fonctionnement de l'Assistance Médicale Indigène. Etant donné que l'emploi généralisé de médecins européens aurait occasionné des dépenses hors de toute proportion avec les ressources de la colonie, la solution était donc de former des médecins et des sages-femmes indigènes. Autrement dit, de créer l'enseignement local de la médecine. Ainsi l'arrêté du 11 décembre 1896 instituait à Tananarive une Ecole de Médecine destinée aux étudiants malgaches [\(8\)](#).

En même temps que se structurait cet enseignement médical, l'assistance médicale était organisée administrativement. Mais durant les premières années de son existence, elle ne devait être appliquée que dans les provinces centrales de l'Imerina et du Betsileo, sur les Hauts Plateaux. Nous verrons que ce choix tenait à des raisons de moyens limités (effectifs), mais également à des raisons politiques, directement liées au programme de pacification de l'île.

Cette première partie décrira les étapes de la première organisation provisoire de l'Assistance Médicale Indigène sur les Hauts Plateaux. Puis nous reviendrons en détail sur le *rouage de base* de l'AMI que représente l'Ecole de Médecine, avec les difficultés rencontrées dans l'établissement d'un tel enseignement médical, tout en montrant qui était destiné à recevoir cet enseignement.

Enfin nous aborderons les premières mesures dans la lutte anti-variolique. Nous étudierons l'accueil de la vaccination par les populations indigènes (en expliquant les causes des réticences), puis les deux premières étapes de la lutte, avant et après l'installation de l'Institut Pasteur de Tananarive permettant la fabrication du vaccin anti-variolique sur place.

Chapitre 1

L'organisation administrative provisoire de l'Assistance Médicale Indigène sur les Hauts-Plateaux

Les prémices d'une organisation

Les premières années de cette période correspondent à une période dite « *période de première application* » [\(9\)](#), où l'on utilisait essentiellement le personnel, les médicaments et les locaux des formations sanitaires militaires [\(fig.23 p.136\)](#). En effet, l'organisation administrative proprement dite de l'île ne pouvait pas se faire sans un engagement total du gouvernement. Or cet engagement avait été retardé par l'insurrection de certaines ethnies, principalement sur les côtes, occasionnant des troubles en 1897-1898 (bien qu'ils aient été rapidement réprimés, notamment par le colonel Lyautey) ; c'est ainsi que Gallieni, dans son rapport d'ensemble de 1905, expliquait le fait que durant les premières années, l'ensemble des grands projets administratifs, dont l'organisation de l'Assistance

Médicale Indigène faisait partie, n'avaient pu être appliqués immédiatement.

Les responsables de l'administration n'envisageaient pas d'installer l'AMI sur des bases identiques dans toute l'étendue de l'île de Madagascar. Une pareille organisation aurait nécessité un personnel médical considérable dont ils ne disposaient alors pas. Outre ce déficit de personnel, ceci aurait demandé des ressources budgétaires très importantes, ainsi que « *de trouver partout des populations également préparées à bénéficier de cette assistance, afin d'obtenir des résultats en rapport avec les moyens mis en oeuvre* » (10). Pour ces différentes raisons, le Gouverneur Général Gallieni avait décidé que les provinces du Plateau Central (Imerina et Betsileo), les plus peuplées de l'île, les plus civilisées et les plus riches, seraient les premières dotées d'un organisme complet d'Assistance Médicale :

« en raison des facultés remarquables dont ils avaient déjà fait preuve pour s'assimiler, par certains côtés, la civilisation européenne ou tout au moins ce qu'il leur avait été donné d'en connaître et d'en apprendre, les habitants de l'Imerina étaient tout désignés pour être d'abord les témoins des institutions dont la France venait doter Madagascar et, par la suite, les agents dociles destinés à les propager par l'exemple et à en faciliter l'extension. L'Imerina et surtout Tananarive furent donc privilégiées à tous les points de vue et à celui de l'Assistance Médicale en particulier » (11).

Ce discours flatteur pour les populations de l'Imerina, souligne le fait qu'elles avaient le mieux accepté la présence française, et n'avaient pas montré de signes de révolte une fois la conquête établie. En outre, c'était l'ethnie dominatrice de l'île avant l'occupation française ; c'était donc sur elle que voulait s'appuyer l'administration pour pouvoir étendre au mieux par la suite l'Assistance Médicale sur l'ensemble de Madagascar.

Durant cette même période, il était décidé de venir en aide aux populations des provinces excentrées en mettant en œuvre toutes les ressources médicales possibles, en attendant d'avoir les ressources humaines et budgétaires permettant d'organiser l'AMI sur les mêmes bases que sur le plateau central, « *chez des populations préparées à en retirer le bénéfice désirable* » (10). La pacification de l'île n'étant pas complètement terminée, l'aide médicale dans les autres parties de Madagascar devait être assez inégale.

Ainsi, dès 1896 était installé à Tananarive un dispensaire où les indigents malgaches pouvaient recevoir gratuitement des soins et des médicaments (12) (fig.36, p.145), ce qui correspondait au but primitif de l'AMI (assurer aux Malgaches des soins médicaux gratuits). Au mois de décembre de la même année, un service spécial de consultations gratuites avec délivrance de médicaments fut créé à l'hôpital militaire d'Isoavinandriana (fig.24, p136), que la colonie avait acheté à la Friends Foreign Mission Association (13). La première œuvre essentielle, nécessaire et même primordiale à la mise en place de l'AMI, était la création de l'Ecole de Médecine de Tananarive, fondée par arrêté du 11 décembre 1896 et inaugurée en février 1897, en même temps que l'hôpital annexe d'Ankadinandriana (14).

« En raison des dépenses trop élevées qu'aurait entraînées, pour la Colonie, un système d'assistance fonctionnant uniquement à l'aide des médecins des troupes coloniales, il fallait songer à créer une pépinière de médecins malgaches, capables d'acquérir les connaissances médicales nécessaires et d'être en mesure de prêter, à bref délai, un concours effectif à l'administration pour entreprendre et mener à bien l'institution qu'elle avait décidée de fonder » [\(15\)](#)

C'était bien la raison déterminante de la création de l'École de Médecine : une main d'œuvre médicale importante et économiquement abordable pour les moyens de la colonie. Nous reviendrons en détail sur l'organisation de cette école dans la seconde partie de ce chapitre, qui lui sera consacrée. L'hôpital indigène d'Ankadinandriana lui était annexé. Il devait être utilisé comme la clinique permettant aux élèves d'exercer la pratique de la médecine. L'admission gratuite y était, dès le départ, établie aussi largement que possible, de manière à pouvoir donner des soins à tous ceux qui n'avaient pas les moyens de se faire traiter à domicile [\(16\)](#).

A Tananarive, grâce à ces premières institutions, commençait à se développer une organisation d'assistance médicale. En même temps des mesures étaient prises pour améliorer les conditions d'existence des populations de l'île et de l'Imerina en particulier. Tout d'abord, on mit à profit l'instruction, assez répandue parmi les populations du plateau central. De véritables proclamations médicales indiquaient aux Malgaches, sous forme de conseils, les dangers des différentes maladies ainsi que les moyens de les éviter, et les règles de l'hygiène de base concernant les jeunes enfants.

« Ces proclamations étaient d'abord publiées dans le journal malgache de Taovao, puis en petites brochures tirées à un grand nombre d'exemplaires et répandues dans les villes et les campagnes, où elles devaient être lues et commentées par les médecins indigènes et les autorités administratives indigènes. Elles étaient accompagnées de gravures naïves, propres à frapper l'imagination des individus et ayant trait, soit aux maladies décrites, soit aux pratiques d'hygiène préconisées » [\(17\)](#).

Ensuite, une circulaire était adressée, dès l'année 1897 (16 février), aux médecins des troupes coloniales, leur prescrivant formellement de donner gratuitement des soins, ainsi que les médicaments nécessaires, à tous les malades qui recouraient à leurs consultations. Cette circulaire précisait :

« tous les officiers et l'Administration en général doivent consacrer leur zèle et leur dévouement à une oeuvre éminemment philanthropique, dont l'accomplissement est pour nous un titre à la reconnaissance des indigènes, en même temps qu'un puissant moyen d'action pour le développement de l'influence française à Madagascar » [\(18\)](#).

Ces différentes innovations rencontraient un très bon accueil de la part des populations indigènes, notait Gallieni dans son rapport rédigé en 1905. Cette affirmation est difficilement vérifiable à travers les sources utilisées. Mais plus qu'un très bon accueil, nous pouvons supposer que ces populations, face aux corps d'occupation français n'avaient pas d'autre alternative que d'accepter les différentes

mesures prescrites. Voici un extrait du rapport du directeur du Service de Santé du mois de février 1899 au sujet des ambulances :

« En dehors de leur rôle de formation fixe, les ambulances constituent, comme les hôpitaux, autant de centres où les malades indigènes de la région peuvent venir chercher des consultations et recevoir gratuitement des médicaments. Plusieurs d'entre elles possèdent même des locaux spéciaux formant une sorte de petit hospice indigène où les malades, gravement atteints, peuvent recevoir les soins nécessaires. Ces créations, dues à l'initiative des commandants 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 » [\(19\)](#).

En juin 1898, les chefs des circonscriptions administratives de l'Imerina recevaient des instructions relatives aux mesures à prendre pour favoriser l'accroissement de la population. Ces mesures résumaient tout un programme dont l'Assistance Médicale était la principale application. Elles étaient à la fois légales, fiscales, politiques et enfin médicales [\(20\)](#) :

- Régularisation des mariages, réglementation sévère des répudiations.
- Exemption d'impôts aux pères de cinq enfants et de service militaire à tous les pères de famille, impôt sur les célibataires ne pourvoyant pas à l'existence d'un enfant.
- Institution d'une fête annuelle des enfants [\(fig.6, p.124\)](#), et dons aux mères des familles les plus nombreuses.
- Création, dans chaque province ou cercle, d'un dispensaire ou hôpital où seraient soignés les indigènes [\(fig.33, p.143\)](#), ainsi qu'un orphelinat (ces établissements étant entretenus au moyen des contributions des corps de village et subventionnés, s'il y avait lieu, par le budget local).

Voici un extrait de l'arrêté du 15 juin 1899 qui sanctionnait ces mesures :

« le mépris actuel des précautions hygiéniques et médicales a pour conséquence la stérilité et la mortalité infantile. La stérilité est surtout due aux maladies vénériennes. La mortalité infantile tient principalement aux maladies congénitales (syphilis), à une hygiène vicieuse (nourriture prématurée, malpropreté, insuffisances de vêtements), aux maladies épidémiques (varirole, rougeole etc...), à l'insuffisance des soins médicaux. Pour remédier à ces causes, il faut généraliser les consultations gratuites et les distributions de médicaments » . [\(21\)](#)

Mais le manque en effectif du personnel médical ne permettait pas d'exécuter convenablement ce programme. Toutefois, des dispositions avaient été prises en vue de la construction d'hôpitaux dans les chefs lieux des circonscriptions de l'Imerina (province toujours favorisée dans la mise en place de

l'AMI). Ainsi, par l'ensemble de ces mesures, l'application immédiate de l'arrêté du 20 juin 1899 organisant l'AMI, était nettement facilitée . [\(22\)](#)

Nous avons déjà cité le but principal exprimé de l'AMI : résoudre les problèmes de santé publique pour permettre l'augmentation de la population indigène. Or les populations malgaches devaient en affronter deux graves : les épidémies de variole et la rage.

« La variole étant à Madagascar, un des facteurs les plus importants de la mortalité, il importait d'engager au plus tôt, avec des moyens scientifiques, la lutte contre cette maladie. La question du vaccin fut résolue par la création, en 1898, d'un institut vaccino-gène à Tananarive » . [\(23\)](#)

En effet, en 1898, dans la seule ville de Tananarive, on comptait 490 cas de variole avec 70 décès. [\(24\)](#) La mission de l'institut vaccino-gène était de fabriquer sur place les vaccins nécessaires dans la lutte anti-variolique, car ceux-ci s'inactivaient au cours des longs transports en venant d'Europe ou de l'Institut Pasteur de Saigon. C'est le médecin aide major André Thiroux, initialement envoyé à la Réunion pour y lutter contre la peste bubonique, qui fut choisi par l'Institut Pasteur de Paris pour mettre en place et organiser l'institut vaccino-gène de Tananarive [\(25\)](#). La seconde mission initiale de ce nouvel institut était de lutter contre l'autre fléau qui régnait dans l'île, la rage. Fut ainsi créé un service antirabique :

« pour appliquer le traitement préventif de la rage que Pasteur venait de découvrir dix ans auparavant, il n'était, avant 1900, d'autres ressources aux personnes mordues que d'entreprendre le long voyage vers la France. Malgré les grandes difficultés techniques, A. Thiroux réussit à importer une souche de virus fixe et put commencer la préparation du vaccin. Cinq personnes furent traitées en 1900, 81 en 1901, 180 en 1902. C'était assez démontrer l'utilité du nouveau service » [\(26\)](#)

Une nouvelle fois, lors des discours tenus pour l'inauguration de l'Institut vaccino-gène de Tananarive le 23 mars 1900, la vision humanitaire était mise en avant. La recherche de profits économiques à long terme dans la mise en place de telles infrastructures médicales était totalement occultée :

« Non contente de moraliser et d'instruire ses nouveaux sujets, la France s'attache à les soustraire au fléau des maladies contagieuses et épidémiques, dont ils étaient depuis si longtemps les victimes résignées. N'est-ce pas là, je vous le demande, un des efforts les plus louables de notre génie colonisateur ? » [\(27\)](#)

Nous reviendrons plus en détail sur le fonctionnement de l'Institut Pasteur de Tananarive et sur son rôle d'abord dans la lutte antivariolique, puis dans la lutte anti-pestreuse, dans les prochains chapitres de ce mémoire. Cette période dite de « *première application* » s'était prolongée jusqu'en 1899. Elle avait permis de poser les bases de l'Assistance Médicale Indigène, notamment avec l'installation des deux instituts indispensables à une telle organisation, l'Ecole de Médecine et l'Institut vaccino-gène de Tananarive : la première pour fournir le personnel médical nécessaire, le second pour fournir sur

place des vaccins et des sérums efficaces contre les maladies épidémiques et contagieuses.

Le véritable lancement de l'AMI : la « charte » de Gallieni de 1901.

Si ces actions ont marqué indéniablement une ère de progrès en matière d'assistance médicale, Gallieni notait que cette période n'avait cependant pas enregistré des résultats vraiment probants :

« La population était restée stationnaire et les recensements de 1899 faisaient ressortir, à quelques unités près, les chiffres qu'une estimation judicieuse avait déjà accusés en 1895, pour l'Imerina. Il faut cependant tenir compte des vides inévitables qu'avaient faits, dans les familles malgaches, les souffrances et les privations endurées par les individus au cours de l'insurrection de 1897 » [\(28\)](#)

Il est difficile de confirmer les écrits de Gallieni à ce sujet tant les chiffres de la population globale de Madagascar entre 1896 et 1905 sont différents selon les sources utilisées. D'après les *Instructions* de Gallieni de 1901 sur l'organisation de l'AMI, au recensement de 1900, la population de la province de Tananarive était de 374.143 habitants. L'indication intéressante à retenir concerne la répartition de la population par groupes d'âge (sur 1000 habitants) :

- De 0 à 15 ans.....431
- De 16 à 60 ans.....502
- Au-dessus de 60 ans.....67

En France à la même époque ces proportions étaient de :

- De 0 à 15 ans.....275
- De 16 à 60 ans.....617
- Au-dessus de 60 ans.....108

Gallieni tire la conclusion de ces données que «*le chiffre d'enfants est beaucoup plus élevé qu'en France, presque le double ; la population devrait donc suivre la même progression, n'était le chiffre de la mortalité* » [\(29\)](#) . Ainsi le but essentiel qui apparaissait était de diminuer notablement le taux de mortalité, en tentant d'écarter les maladies évitables par une meilleure prise en charge médicale de la population et l'inculcation des notions d'hygiène de base à la population indigène.

En 1899 s'ouvrait la période de construction des hôpitaux et des formations sanitaires en Imerina et au Betsileo. Nous avons vu précédemment que, selon les instructions adressées aux chefs des circonscriptions administratives de l'Imerina, chaque province ou cercle devait être pourvu d'un dispensaire ou d'un hôpital, ainsi que d'un orphelinat. Mais jusqu'en 1901, les formations sanitaires étaient restées peu nombreuses. Seul l'hôpital indigène de Tananarive, annexé à l'Ecole de Médecine,

avait des aménagements et des ressources nécessaires au bon fonctionnement de tels établissements (30). De plus c'était le seul à fonctionner selon les directives et le but premier de l'AMI, c'est à dire en donnant des soins gratuits.

En effet, à l'hôpital de Fihaonana, qui était placé sous la surveillance technique du médecin d'Ankazobe et alimenté par les versements des *fokon'olona* (31), les hospitalisations étaient gratuites, mais les médicaments appartenaient au médecin malgache et lui étaient achetés par les consultants. L'hôpital d'Anjozorobe n'avait que des services payants. Toutes les journées de consultation de malades étaient remboursées soit par les intéressés, soit par le *fokon'olona*, soit par le service local. De même l'hôpital de Miarinarivo fonctionnait dans des conditions analogues et les différents frais étaient remboursés par les *fokon'olona*. Les consultations étaient gratuites ou payantes suivant les ressources personnelles des consultants. (32) C'était donc bien au niveau financier que l'application de l'Assistance Médicale atteignait ses limites. Nous verrons par la suite comment l'administration devait résoudre ce problème.

Un autre problème résidait dans la recherche des praticiens devant travailler dans ces différents hôpitaux. Pour le résoudre, un corps de médecins indigènes de colonisation était créé par décret du 15 octobre 1900. C'est un des actes majeurs relatif à l'organisation de l'AMI. Ces médecins coloniaux étaient formés à l'Ecole de Médecine de Tananarive, et devaient passer un concours spécifique pour obtenir le titre de « médecin indigène de colonisation ».

« Le Gouverneur Général signa, le 15 octobre 1900, un arrêté encore en vigueur, créant un corps de médecins indigènes de colonisation, c'est à dire de médecins-fonctionnaires parfaitement hiérarchisés et tenus par un engagement à la disposition de l'administration. Le recrutement s'en fait par la voie d'un concours annuel réservé à tous les praticiens malgaches pourvus d'un diplôme français portant sur toutes les branches de la médecine et fixé à la fin de la période scolaire. Les candidats admis souscrivent un engagement de cinq ans, renouvelable, à compter du jour de leur nomination » . (33)

Cette décision faisait suite à une situation de mauvaise répartition géographique des médecins malgaches. En effet, la grande majorité des étudiants de l'Ecole étaient des *hovas*, ethnie principale de l'Imerina. Socialement, ils représentaient l'élite de la population de Madagascar. Ainsi, l'administration transmettait son pouvoir aux élites locales, dans le but de mieux asseoir son autorité. En particulier, ces étudiants médecins étaient majoritairement habitants de Tananarive. De ce fait, une fois le diplôme de médecin acquis, ils ne voulaient pas quitter la ville de Tananarive, où « *la plupart d'entre eux ont leur famille, leurs intérêts et leur clientèle habituelle. Pour ce motif, plusieurs provinces se sont trouvées, faute de médecins, dans l'impossibilité de créer les hôpitaux projetés* ». (34)

Le texte de cet arrêté précisait que le rôle de ces agents, « *propagateurs dévoués de l'assistance médicale* », consistait « *à assurer aux habitants des diverses régions de l'île les soins médicaux, à vulgariser les règles de l'hygiène, si peu connues dans la population, et à contribuer ainsi à l'accroissement de la natalité* » (35). Nous reviendrons plus en détail sur ce corps de médecins de

colonisation dans les cinquièmes et sixièmes chapitres de ce mémoire.

Cette première organisation dans les provinces des Hauts-Plateaux, en application de l'arrêté du 20 avril 1899, manquait d'uniformité. Gallieni le reconnaissait d'ailleurs, en la décrivant comme étant une organisation « *mi-partie privée et payante, mi-partie administrative et gratuite* », n'ayant « *pas donné partout des résultats également satisfaisants* » (36). Il lui reprochait surtout le fait que les fokon'olona, qui étaient imposés proportionnellement aux charges des hôpitaux de leur ressort, n'avaient jamais beaucoup engagé les indigènes à y avoir recours.

La mise en place effective du corps de médecins de colonisation devait permettre une cette uniformité. Mais malgré les difficultés que nous venons de voir, l'Assistance Médicale Indigène pouvait être considérée comme définitivement installée en Imerina et dans le Betsileo à la fin de 1901 (fig.21, p.134), soit dans les sept provinces suivantes :

- En Imerina : Ankazobe, Miarinarivo, Tananarive, Manjakandriana, Betafo.
- Au Betsileo : Ambositra et Fianarantsoa.

Le graphique donné en annexe (fig.22 ,p.135), indique que le nombre d'indigènes pouvant recevoir des soins médicaux n'avait cessé d'augmenter. L'assistance médicale indigène fonctionnait à ce moment là dans ces deux provinces suivant l'organisation prescrite par l'arrêté du 20 avril 1899 :

« Chaque province était divisée en circonscriptions médicales répondant autant que possible à des sous-gouvernements et dans chacune des circonscriptions devaient fonctionner un hôpital ou un dispensaire dirigée par des médecins indigènes et placés sous la surveillance technique de l'officier du corps de santé en service dans la province ; le contrôle administratif de ces établissements appartenait à une commission présidée par le chef de la province pour l'hôpital principal du chef-lieu, par les sous-gouverneurs pour les différents hôpitaux secondaires ou dispensaires ». (37)

A travers le texte de cet arrêté, l'omniprésence du rôle joué par l'Administration apparaît clairement, ainsi que le rôle subordonné du pouvoir médical, limité à une action technique. L'organisation médicale était calquée sur l'organisation administrative. Le pouvoir de décision n'appartenait pas au médecin. Mais l'importance de ce dernier était indéniable durant toute la période de pacification :

« ...L'agent par excellence de la pénétration pacifique, (...) l'intermédiaire le plus précieux à placer entre l'autorité administrative dont il comprend le rôle, dont il est à même d'apprécier les moyens d'action et de mesurer les difficultés de la tâche et l'indigène dont il peut conquérir la confiance et gagner la reconnaissance ». (38)

Chapitre 2

Le rouage essentiel de l'Assistance Médicale Indigène :

l'Ecole de Médecine de Tananarive

Pourquoi l'Ecole de Médecine

Les débuts de l'enseignement médical à Madagascar ne sont pas contemporains de la conquête de l'île par les français. Avant celle-ci, de nombreuses missions religieuses avaient tenté d'organiser des centres de formation, des hôpitaux dans lesquels quelques élèves pouvaient suivre des cours prodigués par les médecins. Ainsi, en 1860, un pasteur anglais de la *London Missionary Society* (LMS), le docteur Andrex Davidson, ouvrait un hôpital à Tananarive, puis créait en 1870 la première école de médecine, le *Kolejy Medikaly Malagasy*. En 1869, c'est un missionnaire norvégien, le docteur Dordolein Christian Borchgrevinck, qui fondait un hôpital à Andohalo au titre de la *Norwegian Mission Society* (NMS) et formait quelques élèves (39). Evidemment, pour ces missions, cette pratique de l'instruction médicale était un excellent moyen de propagande religieuse et politique.

Par la suite, en 1880, trois missions protestantes, la LMS, la NMS, et la *Friend's Foreign Mission Association* (FFMA) décidaient de coordonner leurs efforts pour développer la formation médicale et créaient donc en 1886 une véritable école de médecine, la *Medical Missionary Academy* (MMA). Le cycle des études s'étendait sur cinq ans. En 1886, en présence du Premier Ministre Rainilaiarivony et du Résident général de France Le Myre De Vilers, huit médecins, issus des deux écoles précédentes, étaient diplômés. Enfin en 1891, l'hôpital de Soavinandriana, financé par la LMS et la FFMA, était inauguré et servait aussi d'école de formation . (40)

Parallèlement aux écoles confessionnelles, une école officielle de médecine fonctionnait depuis 1868, mais c'est en 1875 qu'eut lieu l'ouverture d'un hôpital d'Etat, près du palais de la Reine (fig.4, p.123). Il était dirigé par un pasteur britannique, le docteur Parker de la LMS, remplacé en 1881 par un médecin malgache, le docteur Andrianaly, que le Docteur Davidson avait emmené en 1871 à Edimbourg pour qu'il poursuive ses études de médecine . (41)

E-R Brygoo rapporte, que dans une étude faite en 1945, J. Raharijaona estimait qu'en 1895, au moment de la préparation de l'expédition française, une centaine de médecins malgaches avaient été formés soit dans les institutions anglaises ou norvégiennes, soit dans celles du Gouvernement Hova. Selon lui, ce chiffre semblait exagéré, car en 1896 il n'y avait que 30 Malgaches titulaires du diplôme de la MMA. Le nombre de ceux sortis de l'école du Gouvernement ne dépassait pas la dizaine. Ainsi un total de 40 médecins avaient été formés (42). Il faut aussi rappeler qu'il y avait en 1896 quarante trois étudiants en cours de cycle, (43) et ceux-ci allaient permettre à la nouvelle école de médecine d'Ankadinandriana (qui allait succéder à celle de Soavinandriana) d'être opérationnelle dès sa mise en place.

Mais en 1895, l'organisation médicale était, à Madagascar, des plus rudimentaires. Les efforts tentés par les missions, avec ou sans l'aide du gouvernement royal, paralysés par le manque de ressources,

l'apathie sinon l'hostilité des pouvoirs publics, la défiance des indigènes, n'avaient pas donné de résultats probants. Ils furent essentiellement un moyen de propagande religieuse qui resta localisé. En effet, les campagnes n'en profitèrent nullement, les médecins malgaches se refusant à exercer ailleurs qu'à Tananarive ou dans ses environs. (44)

Néanmoins cette ébauche d'organisation médicale allait servir de guide au nouveau gouvernement, au lendemain de la conquête. Ces différentes expériences permettaient de montrer que les Malgaches n'étaient pas hostiles à l'apprentissage de la médecine moderne. Il apparaissait donc possible de les utiliser comme des auxiliaires, après une formation médicale complète.

« Le premier besoin était le recrutement d'un personnel technique apte à assurer le fonctionnement de l'organisation à créer (l'AMI). D'autre part, l'emploi généralisé de médecins européens eût occasionné des dépenses hors de toute proportion avec les ressources de la colonie. Il fallait donc former des médecins et des sages-femmes indigènes, autrement dit, créer l'enseignement local de la médecine." (45)

Cette nécessité et ces conditions à remplir devaient mener nécessairement à la création de l'Ecole de Médecine de Tananarive. Par un arrêté du Gouverneur Général Gallieni du 15 novembre 1896, l'hôpital de Soavinandriana était réquisitionné et transformé en hôpital militaire (46) (fig.24, p.136), ce qui supprimait la possibilité pour les étudiants de la MMA d'y poursuivre leurs études. Le 10 décembre, un arrêté fixait les conditions d'exercice de la médecine à Madagascar, stipulant :

« nul ne pouvait désormais exercer cet art dans la colonie s'il n'était pourvu du diplôme de docteur en médecine d'une faculté française. Etaient alors considérés comme ayant cette qualité et autorisés à pratiquer à Madagascar seulement, les indigènes en possession d'un diplôme obtenu dans une école de médecine française établie dans la Grande Ile . Les médecins et chirurgiens diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pouvaient exercer à Madagascar et Dépendances qu'après avoir obtenu devant une faculté française le titre de docteur, conformément aux dispositions de la loi du 30 novembre 1892 ». (47)

Il est possible de donner deux interprétations à cette réglementation très précise l'exercice de la médecine à Madagascar. La raison officielle était, comme l'indique le Journal Officiel de Madagascar et Dépendances du 30 décembre 1903, que le gouvernement pouvait ainsi «poursuivre, dans la plénitude de son autorité, le but qu'il s'était fixé : faire reposer l'AMI sur une base large de médecins indigènes ».

Mais il fallait sans aucun doute aussi y voir une action de politique internationale, notamment pour rivaliser avec les Anglais et les Hollandais qui avaient le plus œuvré, par l'intermédiaire des missions, pour la formation médicale à Madagascar. D'ailleurs, lors de la distribution des prix de l'Ecole de Médecine en 1901, le docteur Jourdran, alors directeur de l'Ecole, rappelait dans son discours adressé au général Gallieni, les efforts déjà réalisés par ces deux nations colonisatrices au niveau de l'enseignement médical des indigènes, et dont la colonie de Madagascar s'était en fin de

compte largement inspirée :

« Cette utilité de former des auxiliaires indigènes a été bien comprise par les Hollandais et les Anglais dans leurs colonies respectives. Nous ne parlerons que pour mémoire de l'école de médecine indigène de Java, dont l'organisation rappelle presque en tous points celle de Tananarive. Fondée depuis 1849, cette école fonctionne de la façon suivante : les professeurs, au nombre de neuf, sont pris parmi mes médecins et les pharmaciens militaires de l'armée néerlandaise (...). Cette école comprend une centaine d'élèves (...). Au sortir de cette école, les élèves diplômés sont tenus de donner gratuitement leurs soins aux indigents et d'opérer les vaccinations (...). Les Anglais, dans l'Inde et la Birmanie, comme les Hollandais à Java, ont su résoudre à peu de frais le gros problème de l'assistance médicale en créant des médecins indigènes. A Calcutta, Bombay, et Madras, il y a de grandes écoles médicales » [\(48\)](#).

Ainsi le 11 décembre, le Général Gallieni, sur proposition du Docteur C. Clavel, directeur du Service de Santé, signait l'arrêté de création de l'Ecole de Médecine de Tananarive. [\(49\)](#) Notons que la création de cette Ecole de Médecine intervenait 33 ans après celle de Pondichéry, mais dix ans avant la création en Afrique occidentale française du « corps d'aide médecins indigènes » en 1906, et 22 ans avant celle de l'école africaine de Médecine de Dakar en 1918. [\(50\)](#) L'organisation de cette école intervenait donc l'année même de la conquête, ce qui en faisait une des toutes premières réalisations de Gallieni. E-R Brygoo donne une interprétation à cette « précipitation » dans la mise en place de la formation médicale :

« On pourrait s'étonner que celui-ci (Gallieni) ait fait passer les besoins de la Santé publique avant ceux de l'Administration puisque l'Ecole Le-Myre-de-Vilers et l'école administrative, destinée à préparer les instituteurs, des interprètes et des fonctionnaires, ne furent créés qu'après, au cours de l'année 1897. Il faut sans doute voir dans cette priorité donnée à la formation de médecins à la fois le souci du Gouverneur Général de s'assurer, comme on l'a vu, les éléments indispensables à une politique d'Assistance Médicale, ainsi que le souci de remettre le plus tôt possible dans le cycle des études médicales les étudiants de la MMA, dont la scolarité avait été interrompue suite à la fermeture de l'établissement » . [\(51\)](#)

Ainsi le 20 janvier 1897 paraissait un avis dans le *Journal Officiel de Madagascar et Dépendances* que rapportait E.R Brygoo dans son étude sur l'enseignement médical à Madagascar :

« Les candidats à l'Ecole de Médecine instituées par arrêté du 11 décembre 1896 sont invités à adresser leur demande d'inscription à M. le Directeur de l'Ecole, Mestayer, médecin-chef de l'hôpital de Tananarive, les cours devant commencer incessamment. Conformément à l'article 18 du dit arrêté, les élèves qui ont déjà suivi des cours de médecine dans les anciennes écoles étrangères et qui désirent obtenir des certificats d'équivalence leur permettant de continuer leurs études devront également

se faire inscrire dans le plus bref délai possible ».

Il faut aussi voir dans cette création d'une Ecole de Médecine une volonté politique d'assujettissement, comme le fait suggérer le docteur Rencurel :

« Au double point de vue politique et scientifique la création d'une Ecole de Médecine française s'imposait à Tananarive. Le prestige de la France devait, par ce moyen, s'élever et agir sur l'esprit des Malgaches ayant une certaine culture intellectuelle. Il est certain que ce but éminemment utilitaire pouvait, sans crainte, être parallèlement suivi en même temps que le désir d'ouvrir à la science l'esprit déjà studieux de jeunes gens ambitieux d'apprendre. (...) En souhaitant que les médecins sortis de cette nouvelle école n'oublient pas, lorsqu'ils seront répandus dans les différentes parties de la Grande Ile, toute la part de gratitude qu'ils devront à la mère patrie. Espérons aussi qu'ils contribueront à développer notre influence en apprenant à leurs compatriotes que, s'ils sont soulagés ou guéris par des élèves sortis de notre Ecole, ils le doivent à la France ». [\(52\)](#)

A travers ce discours apparaît clairement la volonté d'utiliser l'Assistance Médicale comme moyen de propagande pour convaincre les populations malgaches du bien fondé de la présence française.

Comme corollaire indispensable de cette institution, un arrêté du 16 décembre 1897 créait à Tananarive un hôpital malgache [\(53\)](#). Nous avons déjà précisé précédemment que celui-ci assurait aux indigènes pauvres les soins nécessaires, et marquait la première phase de l'installation d'établissements similaires dans toute l'île. Mais il était aussi destiné à servir à l'enseignement pratique des étudiants en médecine, admis à suivre les consultations journalières des médecins traitants ou à y faire un service de garde en qualité d'interne [\(54\)](#). Ceci permet de faire une parenthèse quant au statut des étudiants que l'on devait trouver à l'Ecole de Médecine. On distinguait deux catégories :

- Les internes, qui étaient destinés à remplir des fonctions hospitalières. L'internat était accessible après un concours exigeant au préalable trois ans d'études médicales. Ces internes étaient nourris par l'hôpital, et devaient toucher une indemnité de quinze francs par mois. [\(55\)](#)

- Les externes. Ils n'avaient aucun droit à payer pour suivre les cours et passer les examens. Certains d'entre eux, jugés particulièrement dignes d'intérêt, étaient susceptibles de recevoir du gouvernement des bourses d'entretien. [\(56\)](#) Ainsi, un arrêté du 15 novembre 1900 avait créé dix bourses d'entretien de 24 francs chacune, pour « *les élèves les plus méritants* ». [\(57\)](#)

Les difficultés de l'installation d'un tel établissement

A la suite d'épreuves de sélection qui durèrent 9 jours, du 6 au 15 février 1897, 21 étudiants, qui pour beaucoup étaient anciens élèves de la MMA, avaient été admis et répartis, d'après leurs connaissances antérieures, entre les cinq années : [\(58\)](#)

« Cette répartition avait été difficile à opérer du fait de l'admission à la fois d'anciens élèves de missions et du gouvernement malgache et des jeunes gens n'ayant aucune notion de médecine. Pour quelques uns, il fut impossible de préciser l'étendue de leur instruction générale et l'on prit un moyen terme : certains élèves connaissaient un peu d'anatomie et de pathologie, mais n'ayant aucune notion de physique, de chimie ou d'histoire naturelle, furent classés en deuxième année avec obligation de suivre les cours de la première année. De cette façon, on les mettait à même de compléter leur instruction antérieure tout en profitant d'études nouvelles ». [\(59\)](#)

Ainsi, grâce à ce type de mesures, l'Ecole de Médecine put, d'emblée, fonctionner comme une école de plein exercice. Mais il faut aussi mentionner le travail antérieur des missions, et principalement celui fait par la MMA. Or, il est rarement fait état de cette action, pourtant essentielle, que ce soit dans les différents rapports du service de santé ou bien dans les publications officielles comme le *Journal Officiel de Madagascar et Dépendances*. Il faut de nouveau y voir la rivalité coloniale franco-anglaise, qui trouvait dans la formation du personnel médical autochtone un terrain d'influence privilégié.

Mais malgré cet acquis, les obstacles restaient nombreux. En effet tout restait à créer. Alexandre Kermorgant rappelait : « *l'Ecole de Médecine, dont les débuts furent des plus pénibles* ». [\(60\)](#) Trois difficultés majeures apparaissaient :

- Du fait des différences de programme entre l'enseignement de la MMA et celui que la nouvelle école voulut calquer sur les normes françaises.
- Du fait de la langue.
- Du fait de la pratique des dissections.

La difficulté au niveau de l'application du programme apparaît évidente après la description de la répartition des étudiants entre les cinq années du cursus. Outre l'hétérogénéité des étudiants, même ceux qui venaient de la MMA avaient de grosses lacunes en physique, chimie, et histoire naturelle, sciences devenues absolument indispensables à la médecine moderne et qui étaient l'objet d'un enseignement très complet à l'Ecole de Médecine créée par l'autorité. [\(61\)](#)

« une seule partie semblait, en général, assez cultivée : l'ostéologie. Mais toutes les sciences accessoires étaient complètement ignorées ou apprises d'une manière dérisoire : aucun élève n'a paru posséder de notions de physique même élémentaires, ni de chimie ; à peine quelques renseignements d'histoire naturelle mal classés, dans un désordre bien peu scientifique. Quant à la partie médicale proprement dite, comme la thérapeutique, la pathologie, la médecine opératoire, etc..., elle n'existait dans l'esprit des candidats que par fragments et souvent par fragments erronés. D'ailleurs il leur était impossible d'avoir des connaissances précises, surtout en anatomie et en médecine opératoire,

attendu qu'ils n'avaient jamais touché un scalpel. C'était là une lacune considérable, étant donné surtout qu'aucune autre science ne pouvait la combler et que même la pratique clinique était négligée ». [\(62\)](#)

La deuxième difficulté majeure venait de la langue. Peu de Malgaches connaissaient le français. On donnait donc aux élèves des leçons de français, faites par un sous-officier, afin de leur permettre de suivre aisément les cours, tout en allégeant la lourde tâche des professeurs [\(63\)](#): « *Bien peu des étudiants comprenaient le français, et force fut de recourir à des interprètes pour leur expliquer les cours pendant les quatre premières années* » [\(64\)](#). Un arrêté du 11 décembre 1896 avait décidé que, pour le premier recrutement, la connaissance de la langue française n'était pas exigée des candidats. Par contre, l'étudiant devait ensuite faire preuve au bout d'un an de connaissances suffisantes en français, sous peine d'être exclu de l'école [\(65\)](#). Selon un rapport publié en 1902, tous les élèves comprenaient alors le français et les cours pouvaient avoir lieu sans interprète, mais ce rapport précisait :

« pendant les quatre premières années, les cours ont été faits au moyen d'interprètes ; cet enseignement présentait de nombreux inconvénients et décourageait bien souvent élèves et professeurs. Depuis l'an dernier, l'interprète a été supprimé et l'auditoire se trouve ainsi en communion directe d'idées avec le maître » [\(66\)](#).

Enfin, la troisième grande difficulté concernait la participation des étudiants malgaches aux études pratiques d'anatomie. En effet, autrefois la dissection était interdite par le gouvernement malgache, comme étant contraire au culte des morts. [\(67\)](#)

« A la première dissection, les professeurs se heurtèrent à un préjugé tenace, fortifié encore par une vieille défense royale qui interdisait formellement de mutiler un cadavre pour quelque cause que ce soit. Il fallut lutter avec les élèves et combattre un sentiment dont la piété constituait une garde difficile à vaincre. Les médecins militaires y parvinrent pourtant, non sans peine ». [\(68\)](#)

Ces préjugés ne furent pas faciles à faire disparaître, d'où une certaine autosatisfaction de l'administration française, rappelant que les missions anglaises et norvégiennes précédentes avaient échoué dans cette tâche :

« Les premiers élèves qui furent admis à l'Ecole provenaient, pour la plupart, des anciens hôpitaux anglais et norvégiens (...). Il y avait parmi ces élèves beaucoup de non valeurs (...). Ils n'avaient jamais disséqué, cette pratique choquant les idées des Malgaches sur le culte des morts (...). Ces préjugés ont disparu peu à peu grâce au savoir faire des médecins attachés à l'établissement ». [\(69\)](#)

Pour comprendre à quel point la mise en place de cette école ne fut pas une tâche facile, il suffit de lire le discours du Dr F. Vaysse, directeur du Service de Santé, le 6 novembre 1901, s'adressant au général Gallieni :

« Lorsqu'il y a cinq ans, mon Général, vous avez décidé la création d'une Ecole de Médecine à Tananarive, je ne crois pas me tromper en disant que vous avez été à peu près le seul à croire à sa nécessité et surtout à son utilité. Elle ne comprenait, au début et pendant longtemps, qu'une salle exigüe où des professeurs instables, qui ne parlaient que le français, faisaient, sans conviction, des cours à des élèves qui n'entendaient que le malgache. Dans ces conditions, et malgré l'interprète attaché à l'établissement, les progrès des étudiants ne pouvaient pas être très rapides. L'hôpital, annexe indispensable de l'Ecole de Médecine, était aussi très peu étendu et n'abritait que de rares malades » . [\(70\)](#)

Malgré tous ces obstacles, on trouvait des motifs de satisfaction. En effet, les écrits de certains responsables de l'Ecole laissent apparaître, tant du côté des professeurs que des étudiants [\(fig.12, p.127\)](#), une volonté évidente de bien faire et de progresser . Au mois d'avril 1897, le Dr J. Mestayer pouvait écrire :

« L'Ecole de Médecine annexée à l'hôpital indigène est en pleine voie de réussite. L'assiduité, la vive intelligence et les facultés de travail des étudiants malgaches remédieront d'ici peu à l'insuffisance de leur instruction antérieure. Les professeurs sont unanimes à reconnaître leur bonne volonté et leur désir d'apprendre, dont témoignent les nombreuses explications qu'ils demandent après les leçons (...). En résumé, avec les éléments actuels, et sans préjuger de la progression qui suivra l'enseignement, on peut prévoir que la remarquable intelligence, et aussi l'amour propre mêlé d'orgueil des étudiants hovas, permettront d'obtenir avant peu des résultats qu'on n'aurait osé espérer tout d'abord » . [\(71\)](#)

Le 6 novembre 1897, le Gouverneur Général présida la première distribution des prix aux élèves de l'Ecole de Médecine :

« le Gouverneur Général put constater, ainsi que tous les invités, l'excellente impulsion donnée depuis son ouverture à l'établissement. Les conseils que le chef de la Colonie adressa aux étudiants au cours de la cérémonie furent empreints de la satisfaction qu'il ressentait en voyant les résultats obtenus en un si court laps de temps. Il décida, après la distribution, que l'école serait désormais ouverte à des élèves sages-femmes, qui y recevraient une instruction scientifique les mettant à même de contribuer à diminuer le chiffre de la mortalité infantile » . [\(72\)](#)

En effet , pour que se réalise la croissance démographique souhaitée, il était essentiel de diminuer cette mortalité infantile qui atteignait des proportions considérables (notamment une forte mortalité des nourrissons, souvent à cause d'un manque d'assistance médicale lors des accouchements). Pour y parvenir il fallait apprendre aux sages-femmes d'autres pratiques que les procédés empiriques en usage jusqu'alors. Ainsi, dès 1898, l'école reçut et forma des élèves sage-femmes.

Organisation du cursus et des programmes

Officiellement, il était demandé aux premiers candidats de l'Ecole de pouvoir justifier d'un niveau d'instruction générale suffisant et d'une connaissance de la langue française (cette dernière condition n'était pas appliquée au tout début). Par la suite, une évolution progressive du niveau de recrutement devait s'installer. Mais avant d'étudier cette évolution, nous allons d'abord exposer les conditions générales d'admission, qui ont elles aussi été modifiées suivant les périodes.

Lors de l'inauguration officielle de l'Ecole de Médecine et de l'hôpital indigène (les deux établissements avaient été installés conjointement au Sud-Est du palais de la reine, dans les locaux qui appartenaient au Gouverneur de l'Imerina, Rasanjy, à titre de dédommagement pour ses liens avec les « rebelles » de Rainilaiarivony [\(73\)](#) le 6 février 1897, Gallieni résumait la « philosophie » de fonctionnement de l'Ecole en s'adressant lors de son allocution aux nouveaux élèves reçus depuis peu, en ces termes :

« cette école a été créée pour vous jeunes Malgaches, pour vous permettre l'accès d'une noble et utile profession et pour fournir aux populations le secours de soins éclairés. Aux élèves, nous ne demandons ni leur rang, ni leur religion, ni leur fortune : nous désirons seulement qu'ils possèdent les connaissances indispensables pour pouvoir suivre son enseignement avec fruit ; nous n'exigeons d'eux que l'assiduité au service d'hôpital et aux cours, dont la durée sera la même qu'en France, voulant en cela que les étudiants malgaches soient traités comme les étudiants français ». [\(74\)](#)

Cette déclaration ne reflétait pas exactement la réalité. Comme l'indique notamment Brygoo dans son étude sur l'enseignement à Madagascar, la totalité des premiers étudiants de l'Ecole de Médecine étaient tous originaires de l'Emyrne. Si cela tenait au fait technique qu'il était difficile pour les habitants des provinces périphériques de venir jusque dans la capitale tenter le concours (des établissements devaient être mis en place par la suite à cette intention), il fallait aussi y voir la volonté de s'appuyer sur l'ethnie qui représentait l'élite de la population malgache.

La transmission du savoir médical représentait un transfert de pouvoir. Or, pour l'administration française, le meilleur moyen de maîtriser ce pouvoir partagé était de le confier non seulement aux élites traditionnelles (que représentaient les *hovas*, habitants de l'Emyrne) mais également à une population qui avait la mieux accepté l'autorité française.

Pour les premiers recrutements, deux conditions seulement étaient imposées : être âgé de 17 ans au moins et de 25 ans au plus au premier janvier de l'année où commençaient les études, et d'être d'une « *moralité reconnue* » [\(75\)](#) . Chaque étudiant recevait à son entrée à l'école une carte et un livret. La carte servait à constater son inscription et lui permettait l'accès aux cours et aux salles de l'hôpital. Le livret restait aux archives de l'école et constituait le dossier de l'élève. Il mentionnait ses noms, âge, domicile, sa date d'entrée et de sortie de l'école, les notes qu'il avait obtenues et son état civil . [\(76\)](#)

A l'Ecole de Médecine, le contrôle des connaissances était permanent. Dans le courant de l'année, à

des dates fixées par le directeur de l'Ecole, des interrogations notées étaient faites aux élèves afin de s'assurer de leurs progrès. Les points obtenus à la suite de ces interrogations étaient combinés avec ceux de fin d'année pour déterminer le classement des élèves. Ceux qui avaient satisfait aux examens de fin d'année recevaient un certificat d'aptitude tenant lieu d'inscription pour suivre les cours de l'année suivante. Les autres qui n'avaient pas obtenu la moyenne aux examens de fin d'année redoublaient une année d'études, et s'ils subissaient deux échecs successifs, ils étaient exclus de l'Ecole, comme le stipulait le décret du 7 mars 1904 :

« Art. 12 - Les élèves ont à subir, à la fin de chaque année d'études, un examen de passage justifiant des connaissances acquises. Tout élève qui n'a pas satisfait à cette épreuve doit subir un nouvel examen au début de l'année scolaire suivante ; en cas d'échec, il est tenu de recommencer son année de scolarité ; en cas de nouvel échec, il est licencié » [\(77\)](#) .

En 1897, deux étudiants sortirent de l'établissement de Tananarive avec le diplôme de médecin. Ils avaient été choisis parmi les anciens et les meilleurs disciples de la Medical Mission Academy [\(78\)](#). Dès le début de l'année 1898 les conditions matérielles s'étaient un peu améliorées : l'Ecole était pourvue désormais de pièces anatomiques artificielles et d'un commencement de bibliothèque. A la suite d'examens, neuf nouveaux étudiants, ainsi que quinze élèves sages femmes, étaient recrutés et commençaient leurs études en 1899. La distribution des prix en fin d'année permettait de constater de nouveaux progrès ; trois médecins et quinze sages-femmes sortaient diplômés de l'Ecole de Médecine [\(79\)](#), tandis que celle-ci recevait quelques aménagements plus perfectionnés. En 1899, un nouvel examen permettait l'entrée de 14 étudiants en médecine. Cette année là, trois médecins étaient diplômés [\(80\)](#). Par contre aucune élève sage-femme n'avait été reçue. Mais les conditions d'admission de cette catégorie furent réglementées :

« Il était désormais exigé, pour entrer à l'école, de passer un concours, fixé à la même époque que celui imposé aux étudiants et composé d'épreuves des plus élémentaires : dictées en français, traduction d'un texte français en malgache et notions d'arithmétique. Dans les mêmes conditions que leurs camarades masculins, les élèves sages-femmes étaient appelées à subir la sanction des examens, comprenant une épreuve semestrielle, un examen de passage annuel et, au bout de deux ans, un examen de sortie définitif » [\(81\)](#) .

Le *Journal Officiel de Madagascar et Dépendances* du 18 mars 1899, donnait, pour quelques promotions, la répartition des étudiants entre les différentes années d'études.

Années	1897	1898	1899
Etudiants de			
Première année	17	12	23
Deuxième année	12	27	19
Troisième année	18	3	20

Quatrième année	7	7	5
Cinquième année	6	5	6
Totaux	60	54	73

Répartition des étudiants entre les différentes années d'étude, Journal Officiel de Madagascar et Dépendances, 18 mars 1899.

Il faut ajouter à ces chiffres 28 élèves sage-femmes pour 1898 et 7 pour 1899. A titre d'exemple, les résultats des examens pour l'année 1898 étaient les suivants [\(82\)](#):

- 8 étudiants de première année, sur 12, admis en deuxième année.
- 20 étudiants de deuxième année, sur 27, admis en troisième année.
- 3 étudiants de troisième année, sur 3, admis en quatrième année.
- 5 étudiants de quatrième année, sur 7, admis en cinquième année.
- 3 étudiants de cinquième année, sur 5, avaient obtenu le diplôme de docteur (ces trois étudiants reçus docteur avaient été classés dans la troisième année au moment de leur entrée à l'école et n'y avaient fait que compléter des connaissances médicales acquises antérieurement).
- 19 sages femmes sur 28 avaient également passé d'une façon satisfaisante leurs examens définitifs et avaient reçu le diplôme leur conférant le droit d'exercer leur profession.

Les cours commençaient au mois de janvier et prenaient fin dans les premiers jours de novembre. La durée des études était de cinq ans. « *Le programme des études est calqué sur celui de la Faculté de Montpellier et des relations suivies sont établies entre les deux secrétariats* » note le *Journal Officiel de Madagascar et Dépendances* du 13 novembre 1901. On y trouvait donc toutes les matières de la médecine et des sciences accessoires : physique, chimie, histoire naturelle médicale.

« Les différentes branches des sciences médicales étaient étudiées de façon à être mises à la portée de l'instruction des étudiants, mais toujours plutôt au point de vue pratique qu'au point de vue théorique, ce qui allait poser certains problèmes par la suite, une fois les médecins sur le terrain. Des exercices pratiques de physique, de chimie, de petite chirurgie, de bandages et d'appareils, de médecine opératoire élémentaire et de dissection avaient aussi lieu régulièrement » [\(83\)](#).

Les études de sages-femmes duraient quant à elles trois ans. Elles suivaient de façon régulière les cours d'accouchements, et faisaient aussi un stage à la maternité de l'hôpital. Si elles satisfaisaient aux examens, elles recevaient à la fin de la troisième année un diplôme de sage-femme de l'Ecole de Médecine de Tananarive [\(84\)](#). Voici deux articles du décret du 7 mars 1904 [\(85\)](#) précisant la teneur des études médicales :

« Art. 10. - Les études médicales sont d'une durée de cinq ans et portent sur les matières suivantes :

Notions élémentaires de physique et de chimie médicales, d'histoire naturelle médicale ; travaux pharmaceutiques.

Anatomie descriptive. Notions élémentaires d'anatomie des régions et de physiologie. Travaux de dissection.

Pratique des pansements, de la petite chirurgie, et de la vaccination.

Pathologie et clinique internes.

Pathologie et clinique externes (les études de pathologie et de clinique internes et externes seront limitées aux affections observées dans la colonie ; elles porteront sur les signes et les caractères des maladies d'après l'observation au lit du malade, sur leur marche, leur diagnostic, leur pronostic et leur traitement).

Pratique des opérations d'urgence.

Notions élémentaires d'hygiène et de thérapeutique appliquées.

Posologie des médicaments.

Théorie et pratique de l'accouchement normal.

Devoirs professionnels ; administration des services médicaux indigènes.

Pendant toute la durée de leurs études, les élèves sont astreints au stage hospitalier.

Art. 11. - Les études en vue de l'obtention du certificat d'aptitude de sage-femme indigène sont de trois années ; elles sont théoriques et pratiques, et portent sur les matières suivantes :

Première année : anatomie, physiologie, et pathologie élémentaires.

Deuxième et troisième année : théorie et pratique de l'accouchement normal, et pratique de la vaccination. »

L'article 10 permet de remarquer que pendant toute la durée de leurs études, les élèves étaient astreints au stage hospitalier qui s'accomplissait à l'hôpital malgache accolé à l'école. Ils assistaient aux visites médicales et étaient répartis dans les divers services pour y faire les pansements et observer les malades ; pour compléter leur instruction, ils passaient successivement d'un service dans

un autre (86). Ce service des salles de l'hôpital fut difficile à appliquer à ses débuts. Un problème social intervenait. Les étudiants, pour la plupart d'une classe élevée et pénétrés de la supériorité de leur caste, admettaient malaisément la nécessité de procéder de leurs mains au pansement des malades. C'était là pour eux « *une besogne répugnante, autrefois laissée aux esclaves* » (87). Il y avait également au départ de la répugnance de la part des malades à se soumettre docilement aux professeurs en présence des étudiants. Kermorgant explique comment se déroulaient certaines séances publiques :

« Chaque jour, de 9 heures à midi, ont lieu des consultations publiques données par l'un des médecins de l'hôpital et auxquelles sont astreints les étudiants de première et deuxième année. Les pansements sont faits séance tenante, des bons sont délivrés pour les médicaments et sont touchés par les consultants à la pharmacie de l'hôpital. Ces consultations sont très fréquentées, plus de 150 malades défilent chaque jour avec la bouteille qui recevra leur fanafody ou remède prescrit » (88).

Pour pouvoir vérifier l'assiduité des élèves, des appels étaient faits durant les cours par les professeurs, et dans les salles de service de l'hôpital par les médecins traitants. Tout étudiant qui manquait trop souvent à l'un ou à l'autre, était réprimandé. La sanction pouvait aller jusqu'au licenciement (89). Les cours étaient donnés sous forme de leçons d'une heure. Le tableau donné en annexe (fig.13, p.128), donnant la composition des cours lors des premières années de fonctionnement de l'école, permet de se rendre compte de la répartition de ces différents enseignements suivant les années d'études.

Un entretien avec le docteur Mafar, chef du service de documentation du Pharo, m'a permis de tirer certaines conclusions et hypothèses de l'étude de ce tableau. Ce programme apparaît comme l'application du programme universitaire français. Il y a donc une prise en compte d'une Médecine polyvalente, avec l'apprentissage de la médecine, de la chirurgie, et de l'obstétrique (intitulé ici « accouchement ») :

- Ostéologie et anatomie sont indispensables pour l'exercice de la petite chirurgie et de l'obstétrique.
- L'histoire naturelle des maladies, qui avec la physiologie (fonctionnement normal de l'organisme), la pathologie générale et l'examen des malades, les pathologies interne et externe, et les cliniques interne et externe (dysfonctionnement divers de l'organisme), sont le support de la médecine hospitalière et de la médecine extra-hospitalière.
- L'hygiène, combinée à la connaissance de l'histoire naturelle des maladies, représente l'outil de la médecine préventive.

Ces différentes matières étaient utiles et nécessaires pour ces étudiants médecins, qui pour la plupart, devaient exercer dans des dispensaires publics. Ceux qui étaient affectés dans des dispensaires urbains de localités importantes pouvaient compter sur le soutien de l'hôpital et de ses spécialistes pour prendre en charge les urgences lourdes médicales et chirurgicales. Pour ceux qui devaient œuvrer seuls et sans soutien hospitalier de proximité dans des dispensaires ruraux ou de petites localités, comme la plupart des médecins indigènes de colonisation, une maîtrise des disciplines

citées était indispensable.

Mais cet enseignement reposait également sur un paradoxe. Tout d'abord, dans ce contexte d'assistance médicale et d'exercice de la médecine souvent dans des conditions précaires, l'apprentissage de la médecine légale ne devait pas être d'une grande utilité. Nous pouvons y voir là la volonté administrative d'inculquer les règles sociales de la médecine aux étudiants malgaches. Mais surtout, le paradoxe venait du maintien des sciences fondamentales (physique, chimie) et de la matière médicale (de nos jours la biologie). En effet, la plupart de ces médecins formés ne devaient pas avoir l'usage de ces disciplines dans les postes ruraux auxquels ils étaient destinés.

Fallait-il y voir une raison précise, un but, un compromis avec la médecine enseignée en France ? Ou bien une incapacité de créer une vraie originalité par rapport à cette dernière ?

Cette critique de l'enseignement donné par l'Ecole de Médecine devait se retrouver bien plus tard en 1927, formulée par le directeur du Service de Santé et de l'AMI, le docteur Thiroux :

« A l'Ecole de Médecine, les futurs médecins sont bourrés de notions théoriques et livresques mal digérées, incapables d'examiner méthodiquement un malade et de faire un diagnostic » [\(90\)](#).

Ce discours, s'il montrait une « non évolution » du système, indiquait en revanche un changement dans le jugement général porté sur les élèves et les médecins indigènes, sur lequel nous reviendrons dans la troisième partie de ce mémoire.

Quant à l'organisation des cours en 1896, il est possible d'envisager le fait qu'il y avait un refus volontaire d'adapter l'enseignement médical aux réels besoins. Car selon le docteur Mafar, l'apprentissage des disciplines indispensables à l'action des médecins indigènes de colonisation, que nous avons cité précédemment, pouvait se réaliser en trois, voire deux années. Seuls ceux qui devaient travailler dans les deux instituts vaccinogènes (Tananarive et Diego-Suarez), ainsi qu'à la pharmacie centrale (c'est à dire une minorité) avaient l'utilité d'acquérir la maîtrise des sciences fondamentales. Ce cursus organisé sur cinq ans était en fait peut être destiné à valoriser au maximum les médecins formés auprès de la population malgache. En effet, un enseignement calqué sur celui des universités françaises donnait sans doute plus de poids, et donc plus de pouvoir de persuasion face aux populations des villages, et surtout face à leurs chefs.

Enfin, une défaillance à noter, est le manque de formation continue. En effet, une fois sortis de l'Ecole de Tananarive, c'était sur le terrain que les médecins continuaient « d'apprendre ». Il n'était pas prévu de suivi ni de requalification comme cela pouvait exister en métropole.

Chapitre 3

Une priorité de l'action médicale :

lutter contre les épidémies de variole grâce à l'application de la vaccination

La spécificité de la variole dans le contexte malgache

« Jusqu'à l'occupation française, la variole n'a cessé de régner avec la plus grande intensité à Madagascar, et particulièrement sur le plateau central. Le peuple a gardé le souvenir d'épidémies terribles, dont les anciens parlent encore avec effroi ! Les épidémies les plus meurtrières présentes à la mémoire des indigènes sont celles de 1864, 1869, 1878, 1892 » [\(91\)](#).

L'une des principales causes de mortalité et de limitation à l'expansion de la population à Madagascar avant la conquête française résidait dans les épidémies de variole. L'un des buts exprimé de l'AMI dès les débuts de sa mise en place en 1896 était de tenter d'enrayer ces épidémies qui touchaient les populations indigènes. En effet la variole, par sa capacité à décimer régulièrement la population de Madagascar, et à rendre les individus qui en réchappaient très diminués physiquement, était un fléau économique :

« L'indigène, écrivait Mr. Würtz, est indispensable au développement commercial, industriel et agricole de toutes les colonies européennes. D'où il résulte que la lutte contre la variole s'impose comme une nécessité absolue dès l'occupation des territoires neufs et doit s'y poursuivre sans relâche. Elle est, cette lutte, un des premiers devoirs qui incombent au médecin colonial, la tâche la plus délicate, la plus difficile, souvent, et la plus fatigante qu'il ait à remplir » [\(92\)](#).

Or la seule solution pour combattre la variole était la vaccination. Celle-ci n'était pas inconnue des Malgaches avant la conquête française. Les médecins des missions pratiquaient déjà cette action. Mais les succès étaient trop peu nombreux pour avoir une incidence réelle sur les épidémies, et cela pour deux raisons essentielles : d'une part les effectifs alors trop faibles de médecins pour conduire des campagnes de vaccination massive (ainsi que des revaccinations en cas d'échecs) ; d'autre part le vaccin utilisé, de conservation difficile, qui provenait d'Angleterre et qui arrivait très altéré à Madagascar [\(93\)](#). Durant les premières années, le Service de Santé des colonies connut les mêmes handicaps : manque d'effectif pour pratiquer les vaccinations et vaccin de mauvaise qualité provenant de France.

C'est pour ces deux raisons que d'une part était organisée l'Ecole de Médecine de Tananarive, que nous venons d'étudier, et d'autre part était décidée la création d'un institut vaccinogène à Tananarive, destiné à préparer le vaccin jennérien sur place.

Nous étudierons dans ce chapitre les premières étapes de cette lutte anti-variologique jusqu'en 1901. Nous pouvons distinguer deux phases durant cette période : l'application de la vaccination et ses résultats avant et après la mise en place de l'Institut Pasteur de Tananarive, permettant la fabrication du vaccin sur place. Mais avant de présenter ces deux phases, nous exposerons d'abord les spécificités de la variole et la relation entre cette maladie et les Malgaches, pour comprendre les réticences que ces derniers avaient à accepter le principe de la vaccination.

Dans le précis de Pathologie Médicale de Pasteur Vallery-Radot, la variole est présentée comme une maladie infectieuse redoutable, très contagieuse et conférant l'immunité. C'est la maladie éruptive la plus anciennement connue, puisque les Chinois la connaissaient plus de mille ans avant l'ère chrétienne.

« La variole a été depuis longtemps une des plus redoutées des maladies qui sévissent à Madagascar ; elle a été (...) une affection que les anciens reconnaissaient facilement, et quand ils affirmaient que c'était une variole, le diagnostic était toujours maintenu puisque exact » [\(94\)](#).

Il n'est pas possible, faute de renseignements, de dater l'apparition de la variole à Madagascar. Nous savons du moins que de graves épidémies ont eu lieu tout au long du 19^e siècle. Lors de la conquête de l'île par les Français, elle existait à l'état endémique sur l'ensemble du territoire, et elle frappait sous la forme de multiples petites épidémies :

« Il ne s'est pas écoulé un seul mois sans que les médecins des ambulances et des infirmeries aient signalé, dans leur circonscription, de petites épidémies localisées et n'ayant déterminé, en somme, qu'un nombre de décès restreint, du moins autant qu'on a pu s'en rendre compte étant donné l'éloignement de plusieurs villages atteints et le peu de certitude des renseignements » [\(95\)](#).

La vaccination n'était pas inconnue des Malgaches au moment de la conquête de l'île par les Français. nous avons vu en introduction de ce mémoire et dans le second chapitre, que dès le milieu du XIX^e siècle la présence des européens commençait à se généraliser. Les médecins des missions anglaises, norvégiennes et françaises connaissaient la pratique de la vaccination jennérienne et tentaient de l'appliquer. Rabefierana fait référence à cette période dans sa thèse, en parlant du roi Radama II, succédant à sa mère en 1861 :

« Très ouvert aux relations extérieures, il fut le contraire de sa mère et par tous les moyens voulut que son pays fût en constants bons termes avec les pays d'Europe ; et non seulement il autorisa mais il favorisa la vaccination. Du même coup, les Européens purent entrer et s'installer dans l'île, et c'est durant son règne que les premiers médecins d'Europe vinrent à Tananarive et plaidèrent la cause de la vaccination » [\(96\)](#).

Mais la vaccination n'était pas facile à appliquer, ni pour ces médecins des différentes missions, ni ensuite pour les médecins du corps colonial français. En effet, une méfiance certaine accompagnait ces campagnes de vaccination car elles étaient pratiquées par des étrangers. De plus, l'ignorance du mécanisme de la vaccination était souvent importante au sein des populations indigènes. Celles-ci craignaient profondément la variole, or comme on leur parlait de vaccin « antivariolique », elles ne retenaient la plupart du temps que la deuxième partie du mot, et interprétaient donc le vaccin comme une variété de variole étrangère qu'il valait mieux ne pas attraper [\(97\)](#).

« L'indifférence, le fatalisme, l'ignorance ou la crainte éloignent les indigènes du vaccinateur, souvent aussi les exhortations sournoises des chefs religieux qui ne voient jamais sans jalousie ni haine les progrès

des étrangers en leur pays » [\(98\)](#).

La variole était une maladie très contagieuse, et un contact très bref suffisait à permettre la contamination. La transmission était essentiellement directe : soit par les malades, contagieux à toutes les périodes de la maladie, soit par les cadavres, qui restent très contagieux, soit par les porteurs asymptomatiques, soit enfin par des animaux (mouches en particulier). Elle pouvait être également indirecte, par des objets ayant appartenu au malade. Le virus pénétrait par les muqueuses des voies respiratoires supérieures, où on l'a isolé [\(99\)](#).

Ces caractéristiques de la maladie étaient souvent en phase avec les pratiques locales à Madagascar pour entraîner des épidémies. Dans les coutumes les plus répandues et responsables de la propagation de la variole, les fêtes funéraires dominaient. La fête du *Miandravana* ou fête des funérailles consistait dans l'exposition du mort pendant trois ou quatre jours, pendant lesquels parents et amis faisaient de véritables orgies dans la maison du défunt [\(100\)](#). Nous comprenons, après la description faite de la maladie et de sa transmission, le danger que pouvait présenter de telles pratiques lorsqu'il s'agissait d'une personne morte de la variole. Les Malgaches séjournant plusieurs jours auprès du cadavre, constituaient un milieu réceptif, favorable à l'éclosion de la maladie, dont le germe était ensuite répandu dans tout le village (voire dans les villages voisins si certains de leurs habitants avaient participé aux obsèques). Cette coutume a souvent été le point de départ d'épidémies de variole. Au cours du XIX^e siècle, certains rois et reines (essentiellement Radama I) ont tenté de l'interdire.

Mais le culte des morts était si important dans la vie sociale et culturelle des Malgaches que cette interdiction n'a jamais été parfaitement respectée. De plus si Radama I avait aussi permis d'interdire le fait d'enterrer directement un mort varioleux dans le caveau familial, le prix que les Malgaches attachaient à recueillir les restes des leurs pour les réunir à ceux de leurs ancêtres fit que discrètement et contrairement aux conventions, on les exhumaient pour les transférer dans le caveau familial. Après lui, le roi Radama II commit l'erreur d'autoriser officiellement durant son règne de 1861 à 1863 l'exhumation des corps de varioleux et leur entrée dans les caveaux de famille. Pourtant il était un fervent propagateur du vaccin antivariolique dans son pays. Et comme le note Rabefierana dans sa thèse :

« C'est peut être dans cet excès de foi dans le vaccin qu'il s'est permis une aussi funeste décision qui d'ailleurs ne lui survécut pas, et dont les suites malheureusement ne tardèrent pas à se faire sentir par une grande épidémie qui dura jusqu'en 1868, cinq ans après sa mort ».

Dès 1897, le Gouvernement Général prescrivait d'ensevelir les corps en dehors des tombeaux de famille, dans le cas d'affections contagieuses. Et en 1903 « *des ordres sévères furent donnés pour faire cesser les orgies et les scènes de débauche auxquelles donnait lieu la fête de Miandravana* ».

Une autre pratique était aussi responsable du développement important pris par les épidémies de variole à Madagascar : la variolisation. Cette pratique, utilisée pour la première fois en Chine à la fin du XVI^e siècle, consistait à inoculer à petite dose la variole à un individu sain pour que celui-ci soit ensuite protégé contre le risque de contracter à nouveau la maladie. A Madagascar, les indigènes utilisaient la méthode européenne (Angleterre et France) du XVII^e et XIX^e siècle. Elle consistait à

perforer avec une aiguille l'épiderme en le soulevant légèrement pour y introduire du pus prélevé sur un varioleux dont la maladie évoluait favorablement et contenant des virus présumés moins virulents (101).

Les Betsileos pratiquaient la variolisation bien avant de connaître la vaccination jennérienne. Lorsqu'ils observaient des cas de variole discrète qu'ils considéraient comme bénigne, ils en profitaient pour contracter la maladie et acquérir ainsi, pensaient-ils, l'immunité (l'âge le plus favorable était de treize à vingt ans) (102). Dans son étude, P.Coulanges rapporte que dans la province de Fianarantsoa, la variolisation ne se pratiquait pas de la même manière, on n'utilisait pas l'inoculation. Les personnes qui devaient être soumises à la variolisation se rendaient dans la chambre occupée par un varioleux, après en avoir reçu l'autorisation des garde-malades. Ils mangeaient avec le malade, couchaient dans le même lit, se couvraient de ses vêtements, quelques uns recueillaient même le pus des pustules et s'en frottaient. Beaucoup d'entre eux contractaient la variole et plusieurs en mouraient.

Mais ces manoeuvres ont été souvent le point de départ d'épidémies graves. Car il fallait respecter certaines règles pour que cette pratique (on utilisait essentiellement la variolisation par inoculation) ait des résultats positifs. Et même en respectant celles-ci la variolisation n'a jamais été un système probant de protection antivariolique. Il fallait en effet choisir une variété bénigne de variole de l'espèce non confluente (où les pustules laissent de grands espaces de peau saine), chez un enfant de bonne constitution, et n'inoculer que les sujets robustes. Il fallait de même s'entourer de toutes sortes de précautions concernant le régime de préparation, ainsi que de la saison de l'inoculation (103).

Le roi Radama I n'avait certainement pas pris ces différentes précautions lorsqu'il fit inoculer, en masse, directement du pus d'une pustule variolique à des sujets sains dans l'espoir de les préserver de la variole. Malheureusement l'effet avait été l'inverse du but poursuivi. La majorité des sujets inoculés avaient contracté la maladie avec tous les phénomènes généraux analogues à ceux du sujet ayant servi à donner le virus. Cette expérience, appliquée en masse à plusieurs de ses soldats, et son échec retentissant se transmit de génération en génération (104). Ainsi, l'ensemble des actes de variolisation qui comptait plus d'échecs que de réussites, a contribué à accroître la méfiance de la population envers la lymphé vaccinale par la suite. Les indigènes pensaient toujours avoir affaire à du vrai pus variolique.

Pourtant, malgré ces échecs d'un point de vue médical, la variolisation s'avérait difficile à exclure des pratiques « courantes » dans la lutte anti-variolique, car comme le signale A.M Moulin, cette pratique « *en venait parfois à symboliser la tradition nationale pré-coloniale et à cristalliser les forces hostiles à l'entreprise coloniale* » (105). Mais le côté « positif » sur lequel pouvait s'appuyer l'Administration pour appliquer un grand programme de vaccination, et faire accepter celle-ci par les indigènes, était la peur de ces derniers envers la variole.

Cette peur des Malgaches devient plus compréhensible en étudiant les mesures prises par les rois et reines pour lutter contre la maladie. La reine Ranavalona I (1828- 1861), qui croyait beaucoup aux sorciers et se méfiait de ce qui pouvait venir des vazaha (les européens), avait contribué à abandonner les premières mesures de vaccination jennérienne qui avaient commencé à se mettre en place en 1818. Elle reprenait les mesures édictées par un roi précédent, Andrianampoinimerina, dans un

kabary dont voici quelques extraits :

« Voici ce que j'ordonne contre la variole qui est une cruelle maladie, maladie qu'Andrianampoinimerina détestait beaucoup, puisque sous son règne les malades étaient enterrés vivants. (...) Si je n'enterre plus vivants les varioleux, je leur assigne un endroit où ils devront se rendre pour se soigner, mais ils seront reconnus coupables s'ils enfreignent mes ordres. Seront également reconnus coupables et réduits en esclavage avec leurs femmes et leurs enfants, ceux qui, chargés de soigner les malades, se mettront en contact avec le public en allant au marché ».

Ces mesures montrent à quel point la variole était redoutée. Socialement aussi, elle avait des répercussions. Ceux qui étaient contaminés se retrouvaient en quelque sorte exclus de la société :

« Sans qu'il y ait obligation officielle d'isoler le malade, le fokon'olona, conseil du village ou municipal, exigea que tout individu en activité de variole soit éloigné du centre habité. Dès qu'une personne est atteinte de variole, ses parents sont invités à l'emmener loin de la ville, dans un endroit inhabité où l'on construira une hutte pour le loger. Si les parents persistent à ne pas agir de suite, la population entière leur fait une dernière sommation, et, si son insistance reste sans effet, elle se met en devoir d'employer la force » [\(106\)](#).

La lutte anti-variologique avant la création de l'Institut Pasteur

Dans son étude sur les épidémies de variole à Madagascar, le docteur Clarac rapporte que dès l'année 1896, la nécessité de pratiquer des vaccinations intensives fut signalée par le Directeur du Service de santé (M. le médecin principal Clavel) [\(107\)](#). Ainsi, c'était les médecins des ambulances installées lors de la conquête française de l'île qui prenaient en charge la vaccination. Et il fut donné l'ordre à tous les médecins de suivre le même geste [\(108\)](#) [\(fig.23, p136\)](#). Ces décisions rapides montraient la volonté du Gouvernement français en place d'éradiquer, ou du moins de réduire au plus vite les effets néfastes des épidémies de variole à Madagascar. Mais ces médecins des troupes coloniales connaissaient le même problème majeur que celui rencontré par les médecins des différentes missions religieuses qui les avaient précédés : ils devaient utiliser un vaccin provenant soit d'Europe soit de Saïgon.

« le vaccin parvenait tardivement et perdait en cours de transport tout ou une partie de son efficacité, soumis en effet à des températures élevées, sans précautions particulières, dans des sacs postaux. Aussi ne donnait il que de très rares succès et une fausse sécurité » [\(109\)](#).

C'est pour cette raison que dès le début, le médecin principal Clavel insista auprès de Gallieni pour que soit créé à Tananarive un Institut Pasteur destiné à préparer le vaccin jennérien contre la variole (de même que pour le traitement de la rage très fréquente à Madagascar). Mais la mise en place d'un tel établissement devait demander du temps. Il ne pouvait pas être opérationnel avant 1899.

Le service de vaccination commença pourtant à fonctionner de façon quelque peu régulière dès

l'année 1897. Mais c'était toujours les deux mêmes obstacles qui empêchaient une bonne application de ce service : un vaccin de conservation difficile (arrivant à Madagascar en mauvais état et en quantité insuffisante) [\(110\)](#), et un nombre de médecins en service nettement insuffisant pour couvrir l'ensemble des populations de l'île, très dispersées.

Le vaccin au fur et à mesure de son arrivée, était adressé aux médecins des infirmeries et des ambulances. Dès qu'ils l'avaient reçu, ils devaient vacciner le plus possible autour d'eux et pendant leur tournée, pour tenter d'étendre le champ de la vaccination au maximum. Du vaccin était également donné aux médecins indigènes (seuls ceux qui avaient préalablement validé leur diplôme dans une université française, comme nous l'avons précisé dans le chapitre précédent). Mais ces derniers pratiquaient souvent la vaccination de bras à bras. Celle-ci consistait à vacciner un enfant, et si l'inoculation donnait un résultat positif, l'utiliser comme vaccinifère (en incisant une de ses pustules vaccinales à l'aide d'un scarificateur, puis en l'inoculant à un individu prêt à être vacciné), en l'emmenant lors de leurs tournées. Mais si cette méthode permettait de vacciner le plus de personnes possible avec le minimum de lymphes vaccinales, elle était particulièrement dangereuse à Madagascar en raison de la syphilis qui sévissait sur une grande partie de la population [\(111\)](#).

Il était très difficile alors d'obtenir des Malgaches qu'ils consentent à se présenter pour faire constater les résultats des vaccinations. Mais la vérification n'était pas encore l'une des priorités à ce moment là :

« Cette période correspondait à une période de hâte et de précipitation, on allait au plus pressé et on ne pensait pas encore à la vérification et à l'enregistrement des vaccinés. Ce n'est que plus tard, lorsque le principal but (limiter et éteindre l'épidémie) a été atteint, qu'on s'est occupé du côté administratif, et c'est alors seulement qu'on a vérifié et enregistré » [\(112\)](#).

Pourtant, le docteur Clarac pensait en 1904 qu'un très grand nombre de vaccinations avaient été pratiquées en 1897, même si pour les raisons que nous venons d'exposer, il n'est pas possible de donner un chiffre, même approximatif. Du coup la proportion des résultats positifs et négatifs n'était pas non plus connue. C'est pour cette raison que les pourcentages de réussite présentés par les médecins indigènes, prétendant obtenir 90% de résultats positifs, paraissaient très discutables selon le docteur Clavel :

« J'estime que les brillants résultats accusés par les médecins malgaches doivent être très suspectés. Outre que le vaccin reçu de France (Lille, Institut vaccinogène du docteur Saint-Yves-Ménard) ou de Saïgon était souvent altéré, tous les procédés employés par ces médecins étaient défectueux » [\(113\)](#).

A Tananarive, le général Gallieni avait divisé la ville en plusieurs quartiers médicaux à la tête de chacun desquels se trouvait placé un médecin pour vacciner les habitants et pour donner des conseils aux parents des enfants en bas-âge. De plus, nous avons vu dans le premier chapitre, que l'hôpital municipal indigène, annexé à l'École de Médecine, ouvrait de grandes séances de vaccination, une fois par semaine. Ainsi le nombre des vaccinés prenait durant les premières années une marche croissante, d'autant plus qu'ordre avait été également donné de vacciner les élèves dans les écoles, en

même temps que les parents étaient tenus de faire vacciner leurs enfants dans le plus court délai. Rabefieranan explique dans sa thèse comment son père, médecin indigène, était utilisé dans les campagnes de vaccination :

« En 1897, mon père ayant été un des premiers à avoir le diplôme français de médecin (l'ancien n'était plus valable depuis l'arrivée des français), fut envoyé à Miarinirivo pour vacciner la population en vue d'exterminer l'épidémie de variole qui y éclatait, alors qu'un de ses collègues fut envoyé à Ankazobe. Lors des grands travaux de construction des voies ferrées en 1899, il fut de nouveau chargé durant quelques mois du service vaccinal à Ankeramadinika ».

Ce récit permet de rappeler le rôle important tenu par les médecins indigènes sur les chantiers de chemin de fer ([fig.28, p.140](#)). Sur ceux-ci, la prophylaxie de la variole était très rigoureuse. Aucun travailleur qui n'avait pas été vacciné ou revacciné peu de temps avant son entrée sur le chantier n'était accepté. Le recrutement était interdit au sein des villages où régnait la variole. Grâce à ces mesures strictement appliquées, sur les chantiers de Madagascar, les cas de variole ont été très rares et n'ont jamais produit de foyers . ([114](#))

Malgré tout jusqu'en 1898, si des milliers de vaccinations avaient été pratiquées depuis la conquête française, et qu'il était impossible d'en contrôler les résultats, ceux-ci, comme l'indiquait le docteur Clarac, semblaient avoir été assez médiocres dans certaines localités, à en juger par l'intensité de la variole qui continuait à y sévir ([115](#)). En 1898, dans la seule ville de Tananarive qui n'avait alors que 25.000 habitants, on comptait 400 cas de variole avec 70 décès ([116](#)).

Or ces résultats, dans l'ensemble négatifs, ne pouvaient que discréditer la vaccine aux yeux des indigènes, qui constataient que l'on mourait aussi bien après avoir été vacciné. Du coup il y avait non seulement un risque médical (l'extension des épidémies de variole), mais également un risque politique, car la résistance à la présence française pouvait se cristalliser autour de la vaccination, «*quand le constat des accidents ou de l'inefficacité s'est trouvé inextricablement lié au refus symbolique d'un transfert culturel* » ([117](#)). Du même coup, les résistances de la population liées aux insuffisances du vaccin, ont souvent été l'objet d'une méprise systématique et attribuée par l'administration coloniale à l'arriération des indigènes.

Les principaux obstacles à une réussite des campagnes de vaccination résidaient d'une part dans le manque d'effectifs de médecins vaccinateurs, et surtout dans un vaccin de mauvaise qualité et en quantité trop faible. Pour surmonter le premier obstacle, l'administration comptait sur l'École de Médecine de Tananarive, qui commençait en 1899 à fournir des médecins aptes à exercer. Pour vaincre le second obstacle, un arrêté du Gouverneur Général datant du 17 mars 1898 ordonnait la création d'un institut vaccinogène et antirabique à Madagascar ([fig.42, p.149](#)), opérationnel à partir du 3 novembre 1899 et dont l'inauguration devait avoir lieu avec celle de l'institut bactériologique le 23 mars 1900. Les deux instituts fusionnaient sous le nom d'Institut Pasteur de Tananarive. Celui-ci permettait désormais de fournir une lympho vaccinale sur place, de bonne qualité et en quantité importante.

La lutte anti-variologique après la création de l'Institut Pasteur

L'insistance du Docteur Clavel convainquit rapidement le Gouverneur Général Gallieni de la nécessité de produire du vaccin anti-variologique sur place, pour disposer de lymphes vaccinales opérationnelles et en grande quantité, et donc de créer un institut vaccino-gène à Tananarive. C'est l'Institut Pasteur de Paris qui désigna un médecin colonial spécialisé dans l'étude des maladies des pays chauds pour mettre en place cet établissement puis le diriger. Son choix se porta sur le médecin aide-major André Thiroux, envoyé à la Réunion pour y lutter contre la peste bubonique [\(118\)](#).

Dès septembre 1899, la fabrication du vaccin anti-variologique commençait avec des semences reçues de l'Institut Pasteur de Lille. Mettant rapidement en place des infrastructures temporaires, Thiroux donnait rapidement une impulsion à cet institut : dès la première année, il fournissait 12.000 doses de vaccin qui donnait 90% de succès. G. Girard notait que ceci était en grande partie dû au climat tempéré de la capitale malgache située à 1.100 mètres d'altitude. Les conditions étaient favorables à la conservation de la virulence des semences et de la pulpe glycérolisée dans une cage aménagée à cet effet, car il n'y avait pas encore d'appareil de fabrication de glace [\(119\)](#). Il précisait de plus :

« Les génisses locales se révèlent d'excellents vaccinifères et un an après son installation, le parc est en plein fonctionnement, le rendement a décuplé et 250.000 doses sont expédiées dans tous les postes de l'île. Le résultat est immédiat : en 1899, à Tananarive, le chiffre des cas de variole tombe à 233 avec 46 décès, en 1900 il n'y en a plus qu'un seul, non mortel ».

Il apparaît clairement que la mise en place de l'Institut Pasteur a marqué un « tournant » dans la lutte anti-variologique à Madagascar. Le discours du professeur Thiroux lors de l'inauguration officielle de l'établissement le 23 mars 1900 (le service de la vaccine était déjà opérationnel depuis près d'un an) montrait clairement cette confiance dans une nouvelle étape dans la lutte contre la variole :

« Les indigènes connaissaient la vaccine avant l'occupation française, car on peut compter que, dans les régions où avaient pénétré les Européens, et en particulier dans l'Emyrne, il y a 15% de Malgaches déjà vaccinés. Cependant, si chez quelques uns le vaccin réussissait par suite d'un concours de circonstances spéciales, il ne donnait chez la plupart aucun résultat. On peut espérer que maintenant chacun aura le droit d'être immunisé contre la variole. Or ce n'est pas une question de peu d'importance, puisque, d'après le dernier rapport de M. le médecin principal des colonies Simond, directeur de l'Institut Pasteur de Saïgon, la population de certaines contrées a doublé en quelques années depuis l'introduction en Indo-Chine des vaccinations régulières » [\(120\)](#).

Dans ce discours officiel, Thiroux en profite aussi pour indiquer le rôle important des innovations médicales aux colonies du point de vue de leurs répercussions et de leur influence au niveau de la politique internationale. En effet les pays « voisins » de Madagascar se montraient très intéressés par la possibilité désormais de se procurer du vaccin de qualité à une courte distance. A ses débuts en 1899, le personnel de l'Institut était composé : [\(121\)](#)

- d'un médecin de première classe des colonies, Directeur (le médecin Thiroux).

- D'un infirmier de premières classe des colonies, qualifié de préparateur et concierge.
- De quatre garçons de laboratoire.

Le rapport annuel de l'Institut Pasteur de Tananarive de 1899 indiquait que les livraisons de tubes de vaccin avaient commencé le 3 novembre 1899. Entre cette date et le 25 janvier 1900, 1.200 tubes de vaccin furent livrés. Cette petite quantité s'expliquait par la petite taille des génisses servant à l'obtention des pustules pour la fabrication du vaccin. Avec ces tubes, il avait été pratiqué, entre le 3 novembre 1899 et le mois de janvier 1900 :

- 1.702 vaccinations effectuées par des médecins européens.
- 5.220 vaccinations effectuées par des médecins indigènes.

Pour les médecins européens, on trouvait 90% de succès pour les premières vaccinations, 21% pour les revaccinations. Le pourcentage total de succès était de 76% pour les vaccinations et revaccinations. Le pourcentage total de succès pour les vaccinations et revaccinations pratiquées par les médecins indigènes différait très peu par rapport à celui des médecins européens, il était de 77%. Ces chiffres montrent l'importance de la mise en place du service de la vaccine de l'Institut Pasteur de Tananarive :

« placé sous la direction de M. le docteur Thiroux (...), il devint un service important et indépendant et distribua directement, par franchise postale recommandée, aux médecins civils ou de colonisation, ce dont ils avaient besoin, dans des tubes fermés, dosés pour vingt personnes, avec un double bulletin portant le numéro du vaccin, que ceux-là doivent renvoyer, l'un à l'Institut Pasteur, l'autre à la direction du Service de santé » ([122](#)).

L'ensemble des médecins de Madagascar était amené à pratiquer les vaccinations ([fig.38, p.146](#)), ainsi que des non-médecins durant cette période de « sous-effectif ». Ainsi les vaccinations étaient pratiquées par :

- les médecins de toutes les formations sanitaires du corps d'occupation.
- Les médecins mobiles au cours de leurs tournées.
- Les médecins indigènes dans les formations sanitaires de l'Assistance médicale et pendant les tournées spéciales dites de vaccination.
- Les médecins des troupes et particulièrement des troupes indigènes, qui doivent vacciner les hommes et leurs familles.
- Les médecins des municipalités.

- Plusieurs administrateurs, chefs de milice, qui vaccinaient dans les centres dépourvus de médecins.
- Les sages-femmes, qui recevaient un enseignement spécifique vis à vis de la vaccination à l'Ecole de Médecine de Tananarive.

Les médecins indigènes et les sages-femmes indigènes jouaient un rôle déterminant dans ces campagnes de vaccinations, car les habitants acceptaient plus facilement le vaccin quand il provenait d'autres Malgaches. C'est pour cette raison que l'on prêtait une attention particulière à la formation de ces médecins et sages-femmes pour cette action spécifique qu'était la vaccination :

« A l'Ecole de médecine de Tananarive ils apprennent à vacciner. Ils pratiquent les vaccinations hebdomadaires le vendredi, jour de marché, sous la direction du professeur de l'école. En outre, ils sont conduits à l'Institut Pasteur , où on les initie aux ensemencements, à la récolte et à la mise en tubes du vaccin » [\(123\)](#).

Grâce à une distribution de plus en plus massive de tubes de vaccination permise par l'Institut Pasteur, on supprimait une des causes de transmission de maladie par la méthode de vaccination « de bras à bras », ce qui représentait un problème résolu non négligeable. En revanche, si pour les tubes de vaccin destinés à la ville de Tananarive ou à ses proches environs il n'y avait pas réellement de problèmes de conservation, il en allait différemment dès que ces tubes étaient destinés à des postes un peu éloignés de la capitale. En effet, pour ces derniers cas, l'expédition du vaccin restait une source de difficultés, indiquait le Dr Louis-Michel Parrot. La plupart du temps les transports s'effectuaient à dos d'homme. Or nous avons déjà signalé que le vaccin perdait de son efficacité suite à l'exposition à la chaleur. Il était donc nécessaire de placer les tubes qui le renfermaient dans des mélanges réfrigérants, sans que la température n'atteigne 0°C car elle affaiblissait alors aussi le vaccin. La glace n'était donc pas le meilleur moyen pour cette raison, en plus elle fondait trop vite.

« On a proposé d'enfoncer les tubes dans des pommes de terre ; on pourrait, de la même façon, utiliser le melon, la pastèque et autres cucurbitacées coloniales (...). M. Bailly, opérant dans le nord de Madagascar, enfermait le vaccin dans une boîte de fer blanc, qui elle même était introduite dans un tronc de bananier évidé dans sa partie centrale. Le tout était roulé dans de la grosse toile bien spongieuse, ficelé et porté par un homme au bout d'un bambou. De temps à autre, le paquet était immergé dans l'eau d'une rivière ou d'une marre » [\(124\)](#).

Le rapport de l'Institut Pasteur de 1900 faisait également remarquer ce problème du transport du vaccin dans les postes éloignés, ces derniers donnant des résultats moins bons surtout durant la saison chaude. Mais le fait essentiel à retenir, c'est l'étape déterminante dans la lutte contre la variole qui a été franchie avec la mise en place de l'Institut Pasteur de Tananarive.

« ceux qui ont suivi l'évolution des vaccinés avant et après la création de cet institut sont frappés du nombre toujours décroissant des insuccès et du service qu'il rend ; car, longtemps auparavant, quand on commençait à avoir confiance aux vaccins, les grands de la cour et leur entourage direct avaient seuls pu en profiter ; les autres attendaient du pus des

pustules de ceux-là, tandis que actuellement, l'établissement est à même de subvenir aux besoins de tous » [\(125\)](#).

Les statistiques du rapport de l'Institut Pasteur de 1900 illustrent cette affirmation. Dans la ville de Tananarive où en 1898 on relevait 400 cas de variole avec 70 décès, on en relevait plus que 233 en 1899 avec 46 décès, et seulement plus qu'un seul cas déclaré non suivi de décès en 1900. Ces chiffres montrent bien le succès technique indiscutable de l'Institut Pasteur de Tananarive. En 1901, cet institut distribuait 33.390 [\(126\)](#) tubes de vaccin, essentiellement sur le plateau central (étant donné la politique choisie par l'administration d'appliquer l'AMI sur cette région avant de l'étendre à toute l'île). Pour les raisons évoquées précédemment sur les difficultés de conservation du vaccin destiné aux postes éloignés de la capitale, les résultats en 1901 n'étaient pas encore tous identiques à ceux que l'on trouvait à Tananarive. Mais cela n'empêchait pas le docteur Thiroux de signaler le bon travail des médecins indigènes vaccinateurs :

« Le service de la vaccine mobile a été assuré par les médecins indigènes formés à l'Ecole de Médecine de Tananarive et dont l'organisation récente nommée Assistance Médicale semble donner les meilleurs résultats. Ces médecins vaccinent très bien et nous renvoient assez exactement leurs bulletins. Je ne crois pas qu'on puisse reprocher à cette organisation les torts qui ont fait abandonner les médecins indigènes en Indochine dans la pratique de la vaccine » [\(127\)](#).

Deuxième partie	Retour Sommaire
---------------------------------	---------------------------------

DEUXIEME PARTIE

UNE INSTITUTION MEDICALE AU SERVICE DU POUVOIR ADMINISTRATIF 1902-1920

LES RAISONS DU SUCCES SUR LA VARIOLE OU L'UN DES CREUSETS DU NATIONALISME MALGACHE

« Le succès le plus marquant de l'oeuvre sanitaire de la France à Madagascar : la disparition de la variole depuis quarante-cinq ans » [\(128\)](#) G.GIRARD

En 1901, la pacification de Madagascar était définitivement établie. L'organisation provisoire de l'Assistance Médicale pouvait désormais être étendue à l'ensemble de l'île. En effet, elle reposait dorénavant sur des bases solides :

- Une organisation administrative provisoire dont les grands principes pouvaient être repris pour l'extension prévue à tout le territoire.
- L'Ecole de Médecine de Tananarive, avec un nombre d'étudiants en constante augmentation, et d'où sortaient les premiers médecins indigènes formés entièrement au sein de cet établissement.
- Un Institut Pasteur à Tananarive, permettant la fabrication du vaccin anti-variologique sur place, avec pour conséquence une réussite spectaculaire dans la lutte contre la variole dans la capitale.

A partir de 1902, Gallieni jugea nécessaire, devant les premiers résultats de l'organisation provisoire, de faire de l'Assistance Médicale Indigène une véritable institution. Il fallait qu'elle soit capable d'exister par elle-même (donc trouver une indépendance financière) et devait s'appuyer sur un grand nombre de médecins indigènes. Ceux-ci, formés à l'Ecole de Médecine, restaient aux ordres de l'administration pour pouvoir être envoyés dans l'ensemble des postes de l'île, avec pour mission première de vacciner les populations. Ainsi, cette organisation médicale devait être comme nous allons le voir dans cette étude, très largement subordonnée au pouvoir administratif.

Nous continuerons, dans cette deuxième partie du mémoire, l'étude de l'évolution de l'organisation administrative de l'Assistance Médicale Indigène, en mettant en évidence les rôles respectifs du pouvoir médical et du pouvoir administratif.

Puis nous reviendrons sur l'analyse de l'Ecole de Médecine de Tananarive, avec l'évolution du cursus et des conditions d'entrée, le rôle du corps professoral, et l'éclosion du premier mouvement nationaliste organisé, au sein duquel les étudiants médecins jouèrent un rôle important.

Dans un sixième chapitre, nous nous intéresserons aux acteurs de l'AMI sur le terrain, les « médecins indigènes de colonisation ».

Enfin, nous suivrons dans un septième chapitre la nouvelle dimension donnée à la lutte contre la variole, conduisant à l'éradication de la maladie sur l'île en 1914.

Chapitre 4

L'AMI : Une institution médicale subordonnée au pouvoir administratif

L'extension de l'AMI aux provinces excentriques s'accompagne d'une centralisation de l'organisation et de son indépendance financière

Une fois l'organisation de l'Assistance Médicale Indigène bien établie dans les provinces des Hauts Plateaux, il devenait nécessaire d'agrandir son champ d'action à l'ensemble de l'île pour que les résultats aient une réelle influence sur l'état démographique de la population, et pour donner une autre envergure à la lutte entreprise contre les grandes épidémies, en premier lieu contre la variole.

Il serait inexact de croire que, même si les efforts principaux avaient porté jusque là sur les provinces de l'Imerina et du Betsileo, rien n'avait été fait dans les provinces côtières. En effet, les membres du service de santé des troupes coloniales, tout en assurant leur service militaire dans les formations sanitaires où ils étaient affectés, donnaient des soins et distribuaient gratuitement des médicaments aux indigènes situés aux alentours de leur poste. De même ils pratiquaient durant toute l'année des vaccinations anti-variologiques [\(129\)](#) ([fig.23, p.136](#)). Ces officiers du corps de santé avaient en quelque sorte constitué d'excellents « missionnaires » de l'assistance médicale, en sachant gagner la confiance des populations indigènes, comme le soulignait Gallieni :

« En territoire sakalava et dans les régions du sud, plusieurs de nos médecins avaient su inspirer une grande confiance aux habitants et avaient acquis sur eux une réelle influence. Pour que ces résultats ne fussent pas isolés et que les efforts et le dévouement de nos praticiens ne demeurent pas stériles, il parut nécessaire de coordonner tout ce qui existait et d'étendre, hors du plateau central, l'organisation jusqu'alors limitée à cette région » [\(130\)](#).

Pour étendre une telle organisation sur l'ensemble de l'île, il fallait nécessairement augmenter de façon importante le personnel médical. Pour cela il fallait s'en remettre à l'École de Médecine de Tananarive qui en 1902, avait fourni 32 médecins de colonisation [\(131\)](#), envoyés dans les secteurs décidés par l'administration. Mais ce nombre étant encore insuffisant pour que l'AMI puisse fonctionner de manière homogène sur l'ensemble du territoire, « *il y avait lieu de déterminer exactement les besoins des populations à secourir et la manière dont ces secours devaient leur être distribués* » [\(132\)](#).

Nous pouvons supposer que, dans le contexte colonial, l'un des critères de l'application de

l'assistance médicale à certains villages et provinces, résidait dans la qualité des rapports entre les élites locales, chefs de village, les *fokon'olona*, et le pouvoir administratif français.

Pour cela, une organisation générale administrative devait être mise en place, fixant les grandes directives du fonctionnement de l'Assistance Médicale Indigène. En effet, l'arrêté du 20 avril 1899 qui avait une première fois réglementé cette organisation, ne laissait apparaître aucune centralisation. Nous avons vu précédemment que des circonscriptions médicales furent créées, constituées par l'ensemble des villages que desservait un même établissement sanitaire. Si l'hôpital central indigène était rattaché à une formation sanitaire française, le médecin de cette formation était le directeur du service médical de la circonscription. En l'absence de médecin européen, cette fonction était remplie par le médecin indigène de l'hôpital, sous le contrôle du chef de la province. Le médecin directeur assurait l'exécution technique du service de santé et centralisait la comptabilité. A la tête de chaque hôpital central ou secondaire était instituée une commission qui délibérait d'une manière générale sur toutes les questions intéressant la formation sanitaire et le service [\(133\)](#).

L'arrêté du 17 mars 1901, qui faisait suite aux instructions de Gallieni sur la réorganisation de l'assistance médicale indigène, apportait cette unification et cette centralisation nécessaires au meilleur rendement de l'organisation :

« art.1 : Les services de l'assistance médicale et de l'hygiène publique indigènes sont réunis et placés, au point de vue technique, sous la direction du directeur du service de santé, qui est assisté, en cette qualité, d'un comité central consultatif siégeant à Tananarive. Le comité a pour mission l'initiative et l'examen de toutes les mesures à prendre pour améliorer et étendre le fonctionnement des services de l'assistance médicale et de l'hygiène publique indigènes, pour organiser les établissements hospitaliers indigènes, pour assurer la prophylaxie des maladies transmissibles, la protection de l'enfance, l'assistance aux vieillards, aux indigents et aux femmes enceintes. Il pourra en outre, être consulté sur toutes les questions intéressant le service sanitaire au point de vue indigène » [\(134\)](#).

De plus, Gallieni soulignait, dans son rapport couvrant la période 1896-1905, qu'une commission régionale était créée dans chacune des circonscriptions dotées de l'Assistance Médicale. Ces commissions devaient assurer son fonctionnement et examiner toutes les questions sanitaires intéressant la circonscription, ainsi que les budgets spéciaux du service. Chaque trimestre, leurs rapports étaient adressés au Gouvernement Général qui les transmettait ensuite au comité central consultatif [\(135\)](#). Une organisation très hiérarchisée et centralisée apparaissait. Le docteur Lasnet la décrivait dans un rapport pour le Congrès de l'Afrique Orientale en 1911 [\(136\)](#):

- Le directeur du Service de Santé de la colonie est directeur technique des services de l'Assistance et a le contrôle de toutes les œuvres qui en relèvent. Il centralise les rapports et les statistiques de tous les médecins européens ou indigènes de l'Assistance Médicale et renseigne mensuellement le gouverneur général sur les résultats acquis et sur la situation démographique dans les différentes régions.

- Ce directeur est assisté d'un comité central consultatif siégeant à Tananarive. Ce dernier a pour mission l'initiative et l'examen de toutes les mesures à prendre pour améliorer et étendre le fonctionnement des services de l'Assistance Médicale et de l'Hygiène Publique indigènes.

Il est composé, outre le directeur du Service de Santé qui en est le président, de deux administrateurs des colonies (dont un attaché à la direction des finances), d'un délégué de la Chambre consultative de Tananarive, de deux médecins français (dont l'un est secrétaire du comité), de deux gouverneurs principaux indigènes, et de deux médecins indigènes de colonisation (dont l'un est secrétaire adjoint du comité).

Cette composition, incorporant des médecins français et des médecins indigènes de colonisation, permettait de conjuguer diverses conceptions face aux problèmes rencontrés.

- Dans chaque province fonctionnait une commission de l'Assistance Médicale Indigène, appelée à donner son avis sur le projet de budget d'Assistance de la province et sur toutes les questions relatives à cette organisation.

Ces commissions provinciales étaient composées ainsi : l'administrateur chef de la province (président), le médecin inspecteur de la province (secrétaire), un fonctionnaire européen de la province, un représentant du service des Travaux publics, un médecin indigène de colonisation, et trois notables indigènes.

Dans cette nouvelle organisation [\(137\)](#), la place réservée au pouvoir administratif était toujours aussi importante. Le Gouverneur Général était le garant au plus haut niveau des directions majeures données à l'Assistance Médicale. Le pouvoir administratif était présent au niveau directement inférieur, encadrant toute décision du directeur du Service de Santé. Enfin au niveau provincial, le médecin inspecteur tenait toujours un rôle technique, subordonné au réel pouvoir de décision représenté par l'administrateur de la province. Il apparaît ainsi nettement que, dans une organisation d'assistance médicale, le pouvoir décisionnel réservé au « savoir médical » (donc aux médecins), était assez limité.

Une autre question importante pour une telle organisation concernait ses moyens financiers. Après avoir été successivement à la charge du budget local et entretenue par les dons volontaires des *fokon'olona*, il devenait nécessaire que l'Assistance Médicale Indigène puisse fonctionner grâce à ses propres ressources. A partir de 1902, elle fonctionnait au moyen d'un budget spécial, dit « budget autonome », pour lequel une taxe annuelle avec un taux variable suivant les régions, était créé dans chaque province. Des dons volontaires pouvaient être reçus à son profit. Ce principe de l'autonomie financière était officialisé par l'arrêté du 13 juillet 1903 et définitivement sanctionné par le décret du 2 mars 1904 [\(138\)](#).

« art.3 : le budget de l'assistance est alimenté en recettes :

Par la taxe spéciale de l'Assistance Médicale dont l'assiette et le taux

sont fixés par arrêté du Gouverneur Général en conseil d'administration.

Par le produit des cessions de médicaments à titre remboursable.

Par le produit du remboursement des journées d'entretien des malades payants dans les établissements hospitaliers.

Par les dons manuels des *fokon'olona*.

Par le produit des dons et legs pouvant être attribués à la Colonie, à charge d'être employés au profit du service de l'Assistance Médicale de la province ou de tel établissement déterminé.

A titre éventuel, par l'excédent de recettes du budget de l'exercice précédent. [\(139\)](#)»

Désormais, l'Assistance Médicale fonctionnait par ses propres moyens, sans avoir recours à des subventions du budget local. Ce décret confirmait officiellement la règle admise dès le début, de la gratuité de l'admission des indigènes dans les hôpitaux, léproseries et autres formations sanitaires du service [\(140\)](#). Mais dans les faits, la gratuité n'existait plus. Les autochtones alimentaient désormais de façon quasi exclusive le budget de l'AMI.

Le montant de la taxe spéciale de l'AMI variait suivant les provinces et la richesse de celles-ci, après l'avis des chefs des différentes circonscriptions. En 1905, les indigènes de l'Imerina devaient acquitter une taxe annuelle de 3 francs, tandis que celle des indigènes de la région intermédiaire orientale et de la côte Est (provinces *betsimisaraka*) s'élevait à 1,50 francs, 0,50 pour ceux du cercle de Fort-Dauphin. Dans les régions du Nord-Ouest le taux variait entre 2 et 2,50 francs, et il était de 2 francs dans la province de Fianarantsoa [\(141\)](#).

L'étude du graphique représentant l'évolution des dépenses de l'Assistance Médicale Indigène de 1896 à 1905 permet d'apprécier l'accroissement constant des moyens destinés à cette institution (voir en annexe, [fig.25 p.137](#)).

Les hôpitaux de l'AMI et leur personnel médical

Cette indépendance financière acquise devait notamment permettre une nette progression du nombre des établissements hospitaliers. Alors qu'ils n'étaient que de 14 en 1901, on en dénombrait 42 en 1902, 71 en 1903, 109 en 1904, et 129 en 1905 dans l'ensemble des circonscriptions dotées de l'AMI [\(142\)](#). Comme nous l'avons dit précédemment, le premier de ces établissements à fonctionner selon les critères d'un véritable hôpital était l'hôpital indigène de Tananarive. C'était le corollaire de l'école de médecine, et il servait aux jeunes étudiants comme complément de leur enseignement.

« Il est situé avec l'Ecole, derrière le palais de la reine, les différents pavillons s'étagent sur trois terrasses reliées par des escaliers et des chemins en spirale. (...) Cet établissement est placé sous l'autorité du médecin-major, directeur de l'Ecole. Deux médecins traitants lui sont adjoints. Chaque service comporte en outre deux

internes et un certain nombre d'étudiants. La garde est faite par les internes ; un médecin résident, nommé au concours est attaché à l'établissement » [\(143\)](#).

On y trouvait différents services : chirurgie, médecine, enfants et maternité. Dès l'ouverture le 16 décembre 1896, la direction de l'hôpital était confiée à M. le médecin principal des colonies Mestayer, le service de chirurgie et celui de la maternité étaient assurés par M. le docteur Jourdran, alors médecin de deuxième classe des colonies (qui devait jouer un rôle important au sein de l'Ecole de Médecine, nous y reviendrons dans la seconde partie de ce chapitre), et le service de médecine dirigé par le docteur Rasamimanana, médecin malgache qui avait fait ses études en France à la faculté de Lyon [\(144\)](#).

Les hôpitaux mis en place dans le cadre de l'organisation de l'Assistance Médicale Indigène correspondaient tous, à peu près, à un modèle type. Chaque hôpital comprenait des pavillons différents pour hommes, femmes, enfants, contagieux, et malades payants. Les bâtiments destinés à ces derniers étaient bâtis en matériaux légers, de manière à pouvoir être brûlés et reconstruits rapidement, et économiquement peu coûteux. Etaient également aménagés des logements pour le personnel infirmier, et des annexes (cuisine, bains, pharmacie, magasin pour médicaments) [\(145\)](#). Pour Gallieni, la mise en place d'hôpitaux dans l'ensemble des provinces de l'île représentait un des meilleurs moyens de « propagande » pour démontrer aux indigènes les bienfaits de l'Assistance Médicale :

« Il convenait, tout d'abord, de frapper l'imagination des Hova, en leur montrant des locaux convenablement aménagés, qui, installés selon toutes les règles de l'hygiène, pussent leur servir de modèle pour édifier leurs cases et y introduire toutes les améliorations désirables. (...) L'importance d'une œuvre croissant toujours en raison directe des résultats qu'elle donne, il importait d'obtenir, dès le début, le plus grand nombre de cures possibles. L'installation d'hôpitaux confortables, sans luxe inutile cependant, s'imposait donc ». [\(146\)](#)

L'aménagement de ces établissements suivaient des principes généraux. Les hôpitaux indigènes étaient situés, dans la mesure du possible, sur des plateaux découverts et exposés aux vents (fig.29, p.140). Ceci permettait une aération maximum des chambres des malades. De plus, tous les hôpitaux de l'Assistance Médicale étaient pourvus d'eau potable, ce qui entraînait souvent des travaux importants pour le captage de l'eau des sources.

« Un air pur et de l'eau potable, telles sont les deux conditions principales qui ont été recherchées pour la construction d'un hôpital indigène. La réunion de ces deux éléments sanitaires par excellence a largement contribué à augmenter le nombre des guérisons enregistrées » [\(147\)](#).

L'une des difficultés que rencontraient ces formations sanitaires une fois mises en place, concernait leur approvisionnement en médicaments. Avant 1903, il y avait pour les hôpitaux des provinces trois possibilités :

- Adresser leurs demande à l'hôpital indigène de Tananarive (qui constituait des stocks en conséquence).
- Faire une commande directement en France.
- Procéder à des achats sur place chez les pharmaciens civils.

Cette organisation présentait des failles, telles des commandes mal établies, des produits arrivant détériorés à la suite de la durée des voyages, ou des quantités ne correspondant pas toujours aux besoins réels du service. L'Inspecteur Général des Colonies Picquie exposait ainsi ce problème au ministre des Colonies en 1903 :

« Parmi les dépenses de l'Assistance Médicale indigène, il en est une qui a particulièrement appelé votre attention, c'est celle des drogues, médicaments et instruments de chirurgie. L'Inspection Générale du Service de Santé s'est émue de l'importance de certaines demandes et notamment de l'une d'entre elles, adressée le 18 juillet 1902, par la Province de Tananarive, et montant à la somme de 55 000 francs. Il est incontestable que cette somme était bien supérieure aux besoins réels » [\(148\)](#).

M. Picquie, dans ce même rapport, expliquait les causes selon lui d'une telle dérive :

« S'il est permis de reconnaître dans ce cas particulier une exagération manifeste des demandes, le Département doit s'attendre à constater à Madagascar des consommations de médicaments très importantes et bien supérieures à celles de toutes les autres colonies. C'est qu'en effet il n'existe nulle part ailleurs une organisation semblable. Songeons que (...) 750.000 indigènes se sont présentés aux consultations et ont tous reçu des préparations pharmaceutiques. Il y a là une source de dépenses considérables. Que des abus, des négligences, des gaspillages même se soient produits, c'est ce qui ne saurait être sérieusement contesté. Chaque province ayant eu la liberté de commander des médicaments à son gré, et les médecins indigènes celle de disposer de toutes les drogues n'y ont peut être pas mis la discrétion voulue. Le contrôle, au surplus, était malaisé dans une organisation toute récente, et qui n'a fonctionné dans son ensemble, qu'à partir de l'année dernière » [\(149\)](#).

Ce témoignage laisse entendre que les médecins indigènes n'étaient peut être pas tous les agents dévoués de l'administration, tels que voulaient les montrer Gallieni et les rapports de médecins mis en avant dans les textes officiels, louant le travail accompli par « *la cheville ouvrière de l'Assistance Médicale Indigène* ». Devant les pertes économiques de telles méthodes et dans le but poursuivi de mettre en place une organisation centralisée et hiérarchisée (permettant un meilleur contrôle, une meilleure évaluation des besoins), il fut décidé la création d'un magasin central à Tananarive ([fig.35, p.144](#)), placé sous la direction d'un pharmacien des troupes coloniales, en 1903. Désormais, tous les médicaments et drogues simples étaient créés sur place, ce qui ne pouvait se faire jusque là en raison de l'absence de pharmaciens et de laboratoires.

« Il est permis de la sorte d'avoir des médicaments fraîchement préparés

et de réaliser des économies appréciables sur le prix de revient et sur celui des transports » [\(150\)](#).

Une lettre de l'administrateur chef de la Province de Miarinarivo adressée au Gouverneur Général le 21 avril 1903 permet d'expliquer concrètement comment était planifié ce nouveau magasin dans le budget de l'Assistance Médicale :

« M. le médecin inspecteur de l'Assistance Médicale, Crem, vient de m'apprendre que la création du magasin central de médicaments et d'instruments de chirurgie de l'Assistance Médicale dans l'Imerina était un fait accompli et que son fonctionnement était assuré au moyen de sommes prélevées sur les crédits accordés aux diverses provinces » [\(151\)](#).

Cette réorganisation complète de l'AMI (avec l'Ecole de Médecine et l'Institut Pasteur de Tananarive, un « réseau » d'hôpitaux indigènes et de léproseries [\[fig.30, p.141\]](#), un corps de médecins coloniaux permettant un véritable service des soins et secours gratuits aux habitants, le tout coordonné par une organisation administrative hiérarchisée) constituait une étape décisive dans l'installation durable de cette institution. Et dès 1904, celle-ci était présentée officiellement comme un exemple de réussite par les autorités françaises :

« L'organisation d'ensemble et le fonctionnement du service de l'assistance médicale à Madagascar valurent à la colonie une médaille d'or de M. le ministre de l'Intérieur. Ils lui méritèrent aussi les témoignages élogieux de l'Académie de médecine. Dans sa séance du 12 juillet 1904, cette savante Compagnie approuva le rapport de l'un de ses membres, M. le docteur Kermorgant, qui proposait, entre autres conclusions, d'adresser des félicitations aux personnels de l'administration et du service de santé de Madagascar, ainsi qu'aux chefs des circonscriptions administratives pour toutes les améliorations qu'ils n'ont cessé d'apporter aux œuvres de l'assistance médicale indigène » [\(152\)](#).

L'arrêté du 13 juillet 1903, qui portait sur l'organisation « définitive » de l'AMI dans l'ensemble de l'île, ne faisait que reproduire, en les précisant dans certains cas, les dispositions du texte organique de 1901. Ensuite, « *au point de vue administratif, l'extension de l'assistance médicale aux provinces excentriques a simplement consisté à appliquer, dans les circonscriptions intéressées, les dispositions de l'arrêté du 13 juillet 1903* » [\(153\)](#) [\(fig.21, p.134\)](#). Cette organisation administrative ne devait plus vraiment varier par la suite. Les successeurs de Gallieni après 1905 ont plus cherché à conserver les avantages de cette institution au service de l'administration qu'à essayer d'y introduire des réformes importantes.

Chapitre 5

l'Ecole de Médecine

Son but : former des médecins malgaches pour l'administration

Sa conséquence : engendrer le sentiment nationaliste

Une sélection d'entrée révélatrice du succès de l'école

Nous avons étudié précédemment, dans le second chapitre de ce mémoire, l'implantation de l'établissement qui était le préalable indispensable à la réussite de l'extension de l'Assistance Médicale à l'ensemble de Madagascar : l'Ecole de Médecine de Tananarive.

On assista à une élévation progressive du niveau de recrutement. Comme le note Brygoo dans son étude sur l'enseignement médical à Madagascar (p.76), ce fut d'abord l'arrêté du 22 novembre 1900 qui établit un examen probatoire portant plus spécialement sur les sciences naturelles. Les épreuves écrites étaient subies le même jour à Tananarive, Tamatave, Majunga et Fianarantsoa, mais toutes corrigées par la commission centrale de Tananarive. L'arrêté du 30 décembre 1903 amenait une nouvelle élévation du niveau : il y avait désormais deux épreuves écrites et une épreuve orale. La première écrite, éliminatoire, comprenait une dictée en français de vingt lignes et des problèmes d'arithmétique. Seulement ceux qui obtenaient la moyenne étaient autorisés à passer la seconde épreuve, qui comprenait une question d'histoire naturelle et une question de physique ou de chimie. Lors de la remise des prix de 1903, le docteur Bonneau, adjoint au directeur du service de santé, faisait état de cette amélioration du niveau de recrutement dans son discours adressé au Gouverneur Général Gallieni :

« Le progrès en 1903 n'existait pas seulement dans le nombre, il existait également dans la valeur des candidats. Grâce, en effet, au précieux dévouement des éducateurs de la jeunesse malgache, le concours d'entrée de 1903 se trouvait être très supérieur à celui de 1902, qui, cependant était déjà bien au-dessus de celui des années précédentes » [\(154\)](#).

Ce fait était également confirmé en 1904 par E. Jourdran, alors directeur de l'établissement, dans son rapport annuel :

« Depuis le 7 mars 1904, nous suivons le programme de cours prévu par le décret. L'enseignement a été donné très régulièrement dans le courant de l'année 1904 (...). Grâce à la régularité de cet enseignement, le niveau d'études tend à monter ; la moyenne des étudiants semble mieux préparée à la mission à laquelle ils seront appelés. Ce fait est également le corollaire obligatoire du principe que nous avons commencé à appliquer depuis quelques années, à savoir la sévérité plus grande aux examens d'entrée. Relever le niveau du concours d'entrée, c'est par la même relever celui des études médicales proprement dites. Il faudra donc de plus en plus admettre un minimum d'élèves, l'élite seulement des écoles préparatoires » [\(155\)](#).

Une étude statistique qu'il a menée lui a permis de tracer une courbe représentative exposant l'évolution des admissions à l'Ecole de Médecine pour chaque promotion. Celle-ci permet de refléter ses affirmations concernant l'année 1904 (où les admissions sont en baisse) par rapport aux trois années précédentes où le chiffre d'admis au concours d'entrée était en constante augmentation ([fig.14, p.129](#)). En 1904 les conditions d'admission avaient été modifiées. La limite d'âge avait été

portée à 15 ans au moins et 20 ans au plus pour les élèves-médecins (limite portée à 18 ans au moins et 25 ans au plus pour les élèves sages-femmes). Les étudiants devaient dorénavant fournir : [\(156\)](#)

- Un certificat du directeur de l'école où ils avaient fait leurs études.
- Le consentement des parents ou tuteurs.
- Un certificat médical.

Le fait le plus important et le plus significatif, dans ces modifications, provenait d'un arrêté du 8 décembre 1903, décrété par le Gouverneur Général, qui prescrivait :

« avant de commencer leurs études, les étudiants et les élèves sage-femmes devaient prendre l'engagement par écrit, de se tenir, une fois le diplôme obtenu, à moins d'empêchement pour cause de maladie, pendant trois années à la disposition de l'Administration. Celle-ci pouvait, si elle le jugeait utile, ou les employer comme médecin de colonisation, ou les envoyer, avec une rémunération suffisante exercer la médecine ou la profession de sage-femme dans une localité précise » . [\(157\)](#)

Cette décision avait été prise après la constatation que nombre d'étudiants, une fois munis de leur diplôme de médecin ou de sage-femme, refusaient de prendre part au concours de médecin de colonisation ou de sage-femme de l'Assistance Médicale dont nous avons parlé dans les chapitres précédents. Ils refusaient également d'aller exercer librement dans les provinces, pour s'installer à Tananarive où là clientèle était plus sûre, et pour ne pas perdre la proximité avec la famille [\(158\)](#). Le même arrêté imposait aux étudiants en médecine ou aux sages-femmes qui interrompaient, sans raison valable, le cours de leurs études commencées, l'obligation de rembourser à l'administration le montant de leurs frais d'études (calculés à raison de vingt francs par mois pour les élèves médecin et dix francs par mois pour les élèves sages-femmes) ainsi que les allocations dont ils auraient pu jouir en qualité de boursier [\(159\)](#).

E-R Brygoo rappelle qu'en même temps que le niveau de recrutement augmentait, l'administration se préoccupait de préparer les étudiants à ce concours. En effet l'arrêté du 5 juillet 1903, qui organisait les écoles administratives et commerciales, prévoyait que l'une des cinq divisions serait celle des candidats à l'Ecole de Médecine. Les élèves avaient trois ans d'études avec, pendant la troisième année, une spécialisation du programme en histoire naturelle, chimie et anatomie [\(160\)](#). Il était de même prévu des conférences facultatives durant les mois de novembre et décembre pour préparer les étudiants au concours (qui avait lieu à la mi-décembre), et données par des professeurs de l'Ecole de Médecine. Chacun des conférenciers prononçait deux leçons d'une heure par semaine.

Cette préparation faite au sein de l'école Le-Myre-de-Villers, confirmait le fait que les élèves médecins étaient quasiment tous originaires des Hauts-Plateaux. En effet, cette école était pratiquement l'unique établissement qui préparait les jeunes malgaches aux carrières administratives (les médecins étant eux mêmes fonctionnaires). Dans de telles conditions, il était évident que les *Hovas* (habitants de l'Emyrne) étaient les seuls qui bénéficiaient de l'instruction de base

indispensable au concours d'entrée à l'Ecole de Médecine. De plus, l'opinion selon laquelle ils étaient les seuls capables d'assimiler l'enseignement médical fourni dominait encore largement, puisque en 1922 le directeur de l'Ecole de Médecine écrivait au sujet des élèves :

« Presque tous sont originaires des Hauts-Plateaux et de race merina. Chaque année, quelques places sont réservées aux indigènes côtiers, mais il est rare d'en trouver qui soient capables de suivre les cours ; de telle sorte que l'Ecole de Médecine est presque exclusivement composée d'anciens Andriana (nobles) ou d'anciens Hova (hommes libres, ni nobles ni esclaves) ; les anciens Andevo (esclaves) étant encore le plus souvent arriérés » ([161](#)).

E.R Brygoo dans son étude sur *Les débuts de l'enseignement médical à Madagascar* (*Bull. Acad. Malg. 1971*), donnait des chiffres quelques peu différents quant à la répartition des étudiants entre les différentes années d'études, que ceux donnés par le *Journal Officiel de Madagascar et Dépendances* vus dans le second chapitre de ce mémoire.

Années	1897	1898	1899	1903
Etudiants de				
Première année	17	12	23	19
Seconde année	13	27	19	24
Troisième année	18	5	20	19
Quatrième année	8	7	5	20
Cinquième année	2	5	6	11
Totaux	58	56	73	93

Répartition des étudiants entre les différentes années d'études, E.R Brygoo, « Les débuts de l'enseignement médical à Madagascar, un siècle d'expérience »,

Bull. Acad. Mal. 1971, p.78.

(voir graphique représentatif en annexe, [fig.15, p.130](#)).

Quoiqu'il en soit, ces différences provenant sans doute d'erreurs administratives, liées aux difficultés rencontrées dans la mise en place d'une telle organisation, il faut surtout relever le nombre relativement important des étudiants lors de ces premières années, ainsi que l'augmentation progressive de ce nombre au cours du temps ([fig.16, p.131](#)), pour comprendre l'importance que l'Ecole de Médecine était déjà appelée à acquérir.

Le corps professoral

Le corps professoral réunissait des médecins militaires et des médecins civils, ces derniers étaient

Malgaches ou Français. L'ensemble de ce corps était placé sous la direction d'un médecin militaire, en service hors cadre. La première équipe des Professeurs était composée de la façon suivante : [\(162\)](#)

- J. Mestayer, médecin principal des Colonies, premier directeur de l'école.
- E. Jourdran, médecin de deuxième classe des Colonies, qui devait avoir une influence très importante sur l'organisation de l'école (il allait en être le directeur de 1898 à 1908, nous allons y revenir) [\(fig.10, p.126\)](#).
- Rencurel, médecin de deuxième classe des Colonies.
- J. Rasamimanana, docteur de la Faculté de Lyon.
- Nanta, pharmacien aide-major de première classe de l'armée métropolitaine.
- Ad. Bloch, pharmacien de deuxième classe des Colonies.

Mestayer, Jourdran, Rencurel, Nanta et Bloch avaient droit à une indemnité mensuelle de 50 francs en tant que « *professeurs à la faculté indigène de Tananarive* ». Rasamimanana recevait la même indemnité mensuelle parce qu'il était « *chargé de faire le service de l'hôpital* ». Seule la solde du directeur de l'école (également médecin chef de l'hôpital) était à la charge du budget local [\(163\)](#). Un arrêté du 23 février 1904 remplaçait l'indemnité des professeurs par un jeton de présence de 10 francs délivré et payé à tout conférencier titulaire ou remplaçant pour toute conférence autorisée par le Directeur. En effet, les professeurs changeaient souvent au hasard des congés et des affectations, et il fallait pouvoir assurer la régularité des cours en prévoyant le remplacement effectif de ceux momentanément empêchés . [\(164\)](#)

En 1905, la composition du Corps enseignant de l'Ecole de Médecine était devenue la suivante : outre le directeur E. Jourdran, médecin-major de première classe, on comptait deux autres médecins majors de première classe F. Martel et Th. Villette, un médecin-major de deuxième classe E. Ventrillon et deux médecins civils, J. Rasamimanana et M. Fontoyont. A ces professeurs en titre étaient adjoints deux chargés de cours : Andrianjafy et J. Rajoelina, le premier docteur, et le second dentiste.

Deux médecins alors présents ont joué un rôle important dans l'évolution de l'Ecole de Médecine, assurant une continuité et contribuant à créer une tradition. Il s'agit de E. Jourdran, et A.M. Fontoyont. Ce dernier devait par la suite devenir le directeur de l'école (en 1909) et le rester de nombreuses années. Ancien interne des hôpitaux de Paris, il présentait ainsi son arrivée à Madagascar, dans un article du *Journal Officiel de Madagascar et Dépendances* où il se faisait dire par Gallieni à son arrivée :

« L'Ecole de Médecine pour laquelle je vous ai demandé de venir doit être le rouage de toute mon administration. Je vais la compléter par une Assistance Médicale Indigène où j'utiliserai les médecins que vous me

formerez » .[\(165\)](#)

Si, comme le fait remarquer Brygoo, la véracité de cette affirmation de l'auteur pouvait être mise en doute (la fondation de l'école ne lui étant pas due, et il n'en devint directeur qu'en 1909), cette déclaration précise bien en revanche le rôle essentiel que devait jouer l'Ecole de Médecine, et le but primordial qui lui était destiné : former les médecins de l'Assistance Médicale Indigène.

Avant Fontoynton, une autre personnalité marqua fortement l'essor de la nouvelle Ecole de Médecine : E. Jourdran. Lors de son premier séjour à Madagascar (août 1896-mars 1898), il fut associé, sinon à sa création, du moins à ses débuts. C'est au cours de son second séjour, commencé le 7 août 1899 à Tamatave, qu'il fut nommé directeur, succédant à Chauveau le 30 mai 1900. Il devait le rester jusqu'en janvier 1908. C'est essentiellement par sa polyvalence que E. Jourdran se fit remarquer :

« En 1897, il est nommé Professeur à l'Ecole de Médecine pour l'Anatomie, l'Histoire naturelle, l'Obstétrique, l'Hygiène et la Médecine légale. En 1899 il assure l'enseignement de la Médecine et de la petite chirurgie. En novembre 1901 il faisait avec quatre étudiants, une tournée d'assistance médicale et d'exploration dans le nord de l'île. Puis en 1904, il ouvre un cabinet dentaire avec l'assistance d'un mécanicien dentiste Rafetra. Le 12 mars il remplace M. Fontoynton comme professeur de clinique chirurgicale. Entre temps il avait donné des conférences remarquées, avec démonstrations, sur la radiologie et ses applications (...). En janvier 1908, il remettait la direction de l'Ecole de Médecine et de l'hôpital d'Ankadinandriana au Dr Range, étant lui même nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Soavinandriana » [\(166\)](#).

Il faut préciser que bien qu'apprécié par ses collaborateurs malgaches « *pour sa puissance de travail, son vaste savoir et son désintéressement* » [\(167\)](#), le Dr. Jourdran avait pourtant une opinion assez critique de la mentalité de ces derniers, comparée à celle des européens :

« L'indigène, peu altruiste, ne dispense ce qu'il possède qu'à regret, pour ainsi dire avec des réticences ; il craint de se lancer dans des initiations compromettantes pour son monopole. Il ne faudra donc pas songer à mettre une majorité des professeurs indigènes dans l'Ecole. Ce professeur malgache peut encore tomber dans un autre défaut : c'est l'étalage pompeux de ce qu'il sait, un minimum de discernement et de jugement dilué dans une phraséologie confuse. Il n'y aura que quelques sujets d'élite qui pourront se dégager des préjugés de la race et il leur faudra des années d'assimilation pour refléter notre mentalité » .[\(168\)](#)

Ainsi le rôle de l'Ecole de Médecine de Tananarive était de former des médecins et sages-femmes. Mais durant les premières années de son existence au moins, elle eut également à contrôler les connaissances des médecins et sages-femmes de l'ancien régime, à valider leurs diplômes, et à sélectionner les médecins et sages-femmes « de colonisation », c'est à dire ceux que l'administration recrutait pour ses formations. En effet, nous avons vu précédemment que pour les élèves qui passaient leur diplôme pendant les quatre premières années, il ne s'agissait souvent que d'un complément de formation pour des étudiants ayant commencé leurs études à Soavinandriana.

En 1904, les effectifs des médecins et sages-femmes sortis de l'Ecole à la date du premier janvier étaient de 120 médecins et 99 sages-femmes, dont respectivement 58 et 38 faisaient partie des corps de l'AMI (169) (fig.16, p.131). Le Gouverneur Général Gallieni, dans son grand rapport de 1905, présentait ainsi les résultats de l'enseignement de l'Ecole de Médecine :

« Ceux des élèves diplômés de l'Ecole de Médecine qui se sont établis médecins libres pratiquent généralement leur art avec un réel succès qui fait honneur aux professeurs et à la méthode suivie (...). Les médecins de colonisation n'ont cessé, jusqu'à présent, de donner pleine et entière satisfaction. Ils sont la cheville ouvrière de l'Assistance médicale. Bien considérés par les populations et faisant ordinairement preuve à leur égard de bienveillance et de dévouement, ils tiennent dans un état de propreté très convenable les formations sanitaires qu'ils dirigent. Cherchant presque tous à compléter et à perfectionner les connaissances qu'ils ont acquises à l'Ecole de Médecine de Tananarive, d'une tenue toujours correcte, nos médecins constituent un Corps discipliné justifiant pleinement les sacrifices que la colonie s'est imposés en créant l'Ecole de Médecine et en prenant à sa charge l'entretien des élèves qui la fréquentent en qualité d'étudiants libres ou de boursiers » (170).

Les étudiants en médecine instigateurs du nationalisme malgache ?

Il est intéressant de signaler qu'en 1905, le corps médical malgache comprenait, sur un effectif total de près de 120 médecins, 10 médecins diplômés de France (171), dont voici les noms : Andrianavoy, Andrianjafy, Rabary-Ratsimba, Radafine, Rajaonah, Rakotobe, Ramisiray, Ranaivo, Rasamimanana et Ravelonahina.

Les docteurs Andrianaly et Rajaonah avaient pris leurs titres à Edimbourg, et J. Rasamimanana avait été reçu docteur en médecine à Lyon en 1891. Avec l'occupation française, c'est naturellement vers les facultés de la nouvelle métropole que se dirigeaient les médecins désireux de compléter leurs études ou d'acquérir un titre qui ne pouvait laisser place à aucune contestation. C'est ainsi qu'on vit le docteur Rajaonah aller à ses frais en France et y soutenir une thèse d'Université. Il devenait le premier à posséder à la fois des titres anglais et français. D'autres, professeurs, diplômés ou élèves de Soavinandriana, étaient allés en France sans passer par l'Ecole de Médecine de Tananarive. Trois d'entre eux avaient été diplômés en 1896 : Ralarosy (qui fut obligé d'interrompre son séjour pour raisons de santé, avant d'avoir pu soutenir sa thèse), Andrianavony et Ravelonahina. Ils avaient été envoyés en France à la demande du général Gallieni, et s'étaient dirigés vers Montpellier. Radafine, ancien élève de l'école officielle mais qui avait obtenu le diplôme de la MMA, et Ramisiray, étaient envoyés à Paris.

D'autres anciens élèves de la MMA partaient en 1900 pour Montpellier. L'un d'eux, G. Rakotobe venait d'obtenir son diplôme de l'Ecole de Médecine de Tananarive. Les autres étaient en cours d'études : Rabary-Ratsimba et Rakotosaona venaient d'être admis à passer de quatrième en cinquième année, et Andrianjafy de troisième en quatrième année. Ainsi, le Gouverneur Général de France, Gallieni, respectait la promesse qu'il avait faite lors de l'inauguration de l'Ecole de Médecine

le 6 février 1897 :

« je récompenserai les plus studieux d'entre vous en les envoyant en France pour perfectionner leurs études, leur instruction technique, leurs connaissances générales ». ([172](#))

Mais cette politique ne fut pas appliquée longtemps. En effet, en 1903 s'arrêtait l'envoi des meilleurs étudiants vers la France. Quelle était l'origine de cette modification de politique, qui intervenait du temps même de l'administration de Gallieni ? Les bénéficiaires pour la Colonie étaient-ils jugés trop peu intéressants par rapport au coût financier de telles opérations ?

E.G Brygoo pense que pour comprendre cette réaction, il faut sans doute rapprocher ce qui s'est passé avec les médecins de ce qu'il était advenu des vétérinaires : plusieurs furent envoyés faire des études en France avant la première Guerre Mondiale, plus aucun par la suite. C'est donc, avec un certain décalage, le même phénomène, et « *il est difficile de ne pas y voir la manifestation, sinon d'une politique concertée, du moins d'un même réflexe de défense des nouvelles castes de fonctionnaires s'organisant en pays conquis* ». ([173](#))

Sans doute aussi, l'administration voulait limiter leur rôle à celui de simples exécutants, pour lequel un complément d'études en France n'était pas nécessaire :

« En fait, les médecins indigènes sont bons et leurs qualités sont de plus en plus appréciées par les sceptiques qui les voient à l'oeuvre. Mais il est nécessaire, dans leur intérêt comme dans celui de l'assistance médicale, de les faire surveiller d'une manière très active par un médecin européen. L'assistance médicale et les médecins d'une province fonctionnent bien si le médecin inspecteur est actif et si les médecins indigènes se sentent surveillés de près. Mais s'ils font de bons agents d'exécution, ils feraient des inspecteurs d'Assistance déplorables, sans énergie ni autorité. Il serait très imprudent de leur attribuer les fonctions des médecins européens dans les provinces, mêmes s'ils sont docteurs en médecine ; des tentatives ont été faites il y a quelques années, on a dû se hâter d'y renoncer » ([174](#)).

De plus, l'acquisition du savoir médical était synonyme d'acquisition d'un pouvoir non négligeable auprès des populations indigènes (et d'une source d'enrichissement pour certains). Le prestige d'un cursus universitaire entrepris dans la métropole ne pouvait qu'accentuer ce pouvoir, qui pouvait gêner par la suite celui de l'autorité française.

Mais, la raison principale de cette politique était sans doute le fait, comme nous venons de le préciser, que la majorité de ces médecins formés à l'Ecole de Tananarive étaient destinés à exercer dans des petits postes de brousse, avec mission première d'inculquer les notions d'hygiène aux populations locales et de pratiquer les vaccinations. Or de telles missions n'étaient plus en adéquation avec l'esprit d'un étudiant ayant suivi un cursus universitaire français complet. Ce n'est qu'en 1920 que certains étudiants malgache purent de nouveau partir en France compléter leurs études, avec Rajaofera qui devait soutenir une thèse à Paris . ([175](#))

Ce mécontentement des médecins et étudiants en médecine malgaches devait se traduire par une participation active de certains au sein de la Société Secrète Nationaliste malgache, la V.V.S (176). Ce mouvement nationaliste aurait pris naissance à l'Ecole de Médecine en juillet 1913, à la suite des articles du pasteur Ravelojaona sur le Japon et les Japonais parus dans la revue malgache Mpanolo tsaina. Ces articles auraient alors motivé les étudiants et décidé cinq d'entre eux à former une société secrète destinée à préparer les Malgaches à l'idée d'indépendance (177). Celle-ci devait être développée par tous les moyens : propagande, mutualité, amour du pays. Certains propos recueillis exprimaient le fond des revendications politiques malgaches :

« Madagascar a joui autrefois d'un gouvernement indépendant. Nous sommes capables, pensaient les VVS, de redevenir indépendants et de nous gouverner par nous-mêmes d'autant plus que nous avons acquis depuis le XIX^e siècle une instruction plus complète, du fait de nos relations avec les Européens. Nous pouvons suivre l'exemple des japonais qui se sont servis des Européens pour acquérir une technologie moderne et les ont remplacés progressivement. D'ailleurs, l'avenir est aux îles accolés aux flancs des continents : Grande-Bretagne, Japon, Madagascar.

Les Français nous maintiennent uniquement dans les fonctions subalternes dont nous ne pouvons sortir ; or notre intelligence est assez développée pour nous permettre d'aspirer aux emplois les plus élevés. On ne nous admet pas dans les établissements d'enseignement européen ; on restreint nos études parce qu'on nous craint » (178).

En deux ans, la société secrète constituée à la base des cinq étudiants en médecine (179) se développa et d'autres étudiants (de l'Ecole de Médecine et de celle de Le Myre de Vilers) de toute religion se joignirent à eux. Des employés de commerce, des fonctionnaires indigènes, et quelques instituteurs se mêlèrent également au mouvement. Il y eut un ralentissement dans le recrutement au début de la guerre européenne, mais à la fin de l'année 1914 le mouvement s'accrut de nouveau. Des agents gouvernementaux réussirent à s'introduire au sein de cette société et le 22 décembre 1915, les arrestations débutèrent. Par câblogramme du 29 décembre 1915, le gouvernement général de Tananarive avertissait le ministère des Colonies de la découverte de cette société secrète à Madagascar :

« 838 Vous rends compte qu'à la suite dénonciation parvenue gouvernement général de diverses sources et surveillance exercée avons découvert organisation existant depuis trois ans, société secrète principalement Tananarive avec ramification plusieurs autres notamment Fianarantsoa comprenant presque uniquement intellectuels notamment étudiants en médecine, médecins indigènes, divers membres indigènes missions catholiques et protestantes, institutions libres et cetera. Société constituée dans un but politique paraissait viser autonomie de Madagascar [...] » (180).

L'instruction judiciaire devait révéler selon le Gouverneur Général Garbit que les membres du V.V.S n'avaient aucune préparation ni aucun moyen véritable d'action. Mais les autorités tentèrent de présenter ce mouvement comme très dangereux et qui aurait pu avoir des conséquences dramatiques pour la colonie s'il n'avait été découvert. Cette présentation permettait de réprimer sévèrement le

mouvement à l'issu du procès qui se tint du mois de février au mois de mai 1916. Le tribunal prononça huit condamnations aux travaux forcés à perpétuité, vingt-six de 15 à 20 ans et sept acquittements. 196 autres indigènes arrêtés, mais moins compromis faisaient l'objet de sanctions administratives.

En 1921, une amnistie générale était décidée. Les prisonniers étaient libérés et les sanctions administratives levées. Voici en exemple l'extrait d'une lettre d'un ancien étudiant en médecine de première année, Randriantsamala, adressée au directeur du Service de Santé le 18 janvier 1921, dans laquelle il demandait sa réintégration au sein de l'Ecole de Médecine pour pouvoir terminer son cursus :

« Je suis un ancien étudiant en médecine, exclu de l'école pour l'affaire V.V.S. aujourd'hui je viens, Monsieur le Directeur, me recommander à votre haute bienveillance et à la générosité de la France, de me réintégrer dans mon ancienne Ecole pour pouvoir continuer et terminer mes études. Je vous le promets, je serai fidèle et dévoué aux services qui me seront confiés » [\(181\)](#).

Cette même liasse du CAOM présente de nombreux autres exemples de lettres d'anciens étudiants en médecine exclus de l'Ecole pour avoir participé au mouvement des V.V.S. Toutes étaient construites sur le même principe, à savoir que désormais ils avaient un devoir envers la France, dont il comptaient être de fervents serviteurs. Or, comme le fait remarquer Francis Koerner [\(182\)](#), l'ensemble des amnistiés de 1921 dont faisaient parti ces étudiants en médecine, allaient constituer le noyau le plus actif du nationalisme malgache jusqu'en 1974.

Chapitre 6

Les acteurs de l'AMI : les « médecins indigènes de colonisation »

Création du corps de médecins indigènes de colonisation

Pour que l'oeuvre de santé publique voulue par Gallieni ait un véritable impact et une véritable influence, il fallait que l'Assistance Médicale Indigène s'étende à l'ensemble de l'île. Or la nécessité première était une importante main d'oeuvre médicale. L'utilisation de médecins et d'infirmiers européens en grand nombre était incompatible avec le budget de la colonie de Madagascar. Le moyen le plus économique et en même temps le plus adapté pour une vulgarisation des notions d'hygiène au sein de la population, était la formation, puis l'utilisation de médecins et de sages-femmes malgaches. Ainsi, Lasnet notait que le prix de revient relativement modique de ces derniers avait permis de multiplier rapidement leur nombre, permettant à l'Assistance d'être diffusée dans toutes les provinces de l'île.

« En même temps, le nombre des médecins européens a pu être réduit au minimum. Cette conception du rôle respectif des médecins européens et indigènes a donné les meilleurs résultats ; elle est la cause principale de la popularité de l'oeuvre et de la confiance qu'ont en elle les

indigènes. Elle a permis au budget de Madagascar d'obtenir, avec des ressources limitées et inférieures à celles de l'Indochine et de l'Afrique occidentale, une organisation beaucoup plus complète, mieux appropriée aux besoins et dont le rendement est infiniment supérieur » [\(183\)](#).

Nous avons traité dans les chapitres II et V la formation des Malgaches aux professions médicales, à l'Ecole de Médecine de Tananarive. Nous allons étudier désormais en quoi consistait l'action de ces médecins, après cette formation, qui pour une grande partie d'entre eux devait devenir « *la cheville ouvrière de l'Assistance Médicale Indigène* » [\(184\)](#).

La politique de Gallieni concernant l'Assistance Médicale a évolué durant les premières années de la mise en application de cette nouvelle institution. Gallieni avait rapidement compris la nécessité de la mise en place d'une importante infrastructure médicale (Ecole de Médecine, Institut Pasteur, politique généralisée de mise en place d'hôpitaux indigènes et de léproseries dans l'ensemble de l'île). Sans doute pensait-il, comme le note Brygoo [\(185\)](#), qu'un minimum d'organisation administrative suffirait pour que l'ensemble soit coordonné et opérationnel, misant essentiellement sur les initiatives privées pour promouvoir de meilleures conditions sanitaires. Or, si la formation des médecins indigènes, dès 1900, était bien implantée, leur utilisation comme agents de l'AMI était loin de fonctionner comme le prévoyait Gallieni. La grande majorité des médecins indigènes formés étant originaires de Tananarive, ils s'implantaient donc dans la capitale une fois leur diplôme acquis :

« L'attrait de la ville, l'assurance, surtout au début, d'y faire de bonnes affaires, la présence de la famille, des intérêts divers l'emportèrent sur le sentiment de remplir au dehors une mission pleine de noblesse, sinon aussi fructueuse, et plusieurs circonscriptions, dépourvues de praticiens, ne purent, de ce fait, construire les hôpitaux projetés » [\(186\)](#).

Avant tout, l'Ecole de Médecine avait été créée pour aider au développement de l'Assistance Médicale Indigène. Or, si la situation n'évoluait pas, il y avait un risque que cette même école ne rende pas les services initialement prévus [\(187\)](#). Pour pallier ce manque de médecins et pour « récolter les fruits » des efforts et investissements financiers placés dans l'Ecole de Médecine, l'administration, par un arrêté du 15 octobre 1900, réalisait un acte majeur relatif à l'organisation de l'AMI : la création d'un corps des médecins indigènes de colonisation.

Le recrutement des membres de ce corps se faisait au sein de l'Ecole de Médecine de Tananarive. Un concours était prévu à la fin de chaque année scolaire pour l'admission dans ce nouveau corps. Il était destiné à tous les médecins malgaches munis d'un diplôme français. Lors de leur inscription, les candidats souscrivaient l'engagement de servir l'administration pendant cinq ans [\(188\)](#). Bien sûr, il fallait résoudre le problème de la motivation à s'expatrier dans des provinces éloignées de Tananarive.

Ces médecins de colonisation étaient répartis, suivant l'ancienneté dans ce corps, en quatre classes à la solde annuelle de 1500 francs pour la première, 1800 pour la seconde, 2100 pour la troisième et 2500 francs pour la quatrième. En outre ces médecins avaient droit, lors de leur nomination, à une

trousse d'instruments. Au point de vue des préséances, ils prenaient rang immédiatement après les sous-gouverneurs. Munis d'un uniforme, ils avaient droit au logement et des moyens de transport leur étaient fournis pour rejoindre leur poste, et pour chaque déplacement dans le cadre de leurs fonctions . [\(189\)](#)

« Les ordres techniques leur sont donnés par le médecin-inspecteur de la circonscription médicale ; ils font partie des commissions sanitaires et de surveillance de l'hôpital. Leurs attributions sont réglées avec soin : ils doivent obtempérer aux réquisitions de l'autorité administrative et judiciaire, donner leurs soins gratuits aux indigents, aux enfants des écoles, aux divers fonctionnaires, ainsi qu'aux malades des hôpitaux, opérer les vaccinations gratuites, faire des conférences d'hygiène dans les établissements d'instruction, s'intéresser à toutes les questions qui concernent la salubrité publique. En dehors de leur fonctions, ils ont la faculté de soigner à titre onéreux les personnes qui en font la demande et en ont le moyen » . [\(190\)](#)

Les premiers recrutés ne le furent pas sur concours, mais furent sélectionnés par le corps enseignant de l'École de Médecine parmi les élèves jugés les plus aptes pour cette tâche. Les deux premiers étaient L. Ramialisaona et Ratsimba, nommés le 10 novembre, l'un dans la province de Fianarantsoa, l'autre dans celle d'Ambatondrazaka. Le 12 décembre le *Journal Officiel de Madagascar et Dépendances* annonçait la nomination comme médecins de colonisation de quatrième classe de J. Rajoelina, médecin résident de l'hôpital indigène de Tananarive, de Rabarijaona, médecin de léproserie d'Ambohidratrimo, maintenus sur place, et de Ramamonjisoa, affecté à la province d'Ambositra [\(191\)](#).

Le premier concours fut organisé en avril 1901. Dix-sept candidats se présentèrent, quinze furent reçus [\(192\)](#). Ce concours se faisait sous la présidence de E. Jourdran, M. Fontoynt était lui membre du jury [\(193\)](#). Le nombre des candidats et de reçus à ce concours était croissant chaque année. Les premiers effectifs des médecins de colonisation étaient les suivants :

	1900	1901	1902	1903	1904
Effectif des médecins de colonisation	5	20	31	43	58

Premiers effectifs des médecins de colonisation, Brygoo,

**« Les débuts de l'enseignement médical à Madagascar, un siècle d'expérience »,
Bull. Acad. Mal., 1971, p.94.**

Les différentes affectations des médecins indigènes de colonisation

Une fois ce concours réussi, les médecins malgaches étaient employés dans les différentes formations sanitaires qu'était en train de mettre en place l'Assistance Médicale. Ce sont essentiellement dans les postes médicaux, les hôpitaux, les léproseries et les chantiers de chemin de fer qu'ils devaient jouer un rôle primordial. La plupart des postes médicaux les plus avancés dans les provinces, proches de la population autochtone villageoise, avaient été installés en majorité par l'armée après l'expédition française de 1895, mettant en place des ambulances d'étapes ou des infirmeries fixes. C'est donc là dans les villages ou agglomérations excentrés que devait se révéler essentiel le travail du personnel autochtone :

« Dans ces dispensaires, le médecin dispose d'un petit local d'hospitalisation permettant la surveillance de quelques malades graves, mais son activité essentielle est la consultation qui attire une foule de malades et lui donne l'occasion de passer tour à tour de la pathologie infectieuse à la gynécologie, de la dermatologie à la pédiatrie, à l'ophtalmologie ou à l'art dentaire, d'inciser un phlegmon ou de pratiquer avec des moyens rudimentaires quelques interventions d'urgence : amputation, étranglement herniaire, ou encore se substituer à la sage femme pour mener à bien un accouchement laborieux. Outre cette consultation, il a la charge de veiller à l'hygiène de l'agglomération et doit prendre rapidement les mesures d'urgence en cas d'épidémie » [\(194\)](#).

De plus, le médecin de ces formations médicales devait périodiquement effectuer des tournées pour se rendre sur les marchés importants, les agglomérations, les lieux de rassemblement propices au dépistage des affections épidémiques.

« De toutes part, la lutte contre les maladies les plus fréquentes et les plus meurtrières était conduite avec méthode, persévérance et succès. En peu de temps, les médecins avaient fait apprécier de tous leur intervention et, grâce à leur zèle, à leur expérience et à leur habileté, fruits de l'éducation reçue à l'école de médecine, la confiance des indigènes dans les anciennes pratiques des charlatans était battue en brèche. Notamment, le service des consultations gratuites et des vaccinations avait produit les plus heureux effets » [\(195\)](#).

Si cette affirmation peut être interprétée comme un acte de propagande, elle permet néanmoins de voir que le rappel du rôle tenu par l'Ecole de Médecine dans la formation des médecins indigènes est constant, et que l'action majeure de ces premières années de fonctionnement de l'AMI est celle de la vaccination. Surtout, elle montre que ce travail d'éducation sanitaire effectué par des médecins malgaches pour d'autres Malgaches permettait une confiance mutuelle que des médecins européens n'auraient sans doute pas réussi à établir.

En dehors de ces postes médicaux, c'est dans les hôpitaux indigènes que les médecins de colonisation tenaient une place essentielle. Ces hôpitaux fonctionnaient d'après un règlement unique élaboré en 1901 et remanié en juillet 1903 [\(196\)](#). Celui-ci stipulait que leur direction était confiée à un médecin malgaches, directement sous l'autorité du chef de la circonscription administrative. Il était supervisé au point de vue technique par le médecin-inspecteur européen désigné à cet effet. Le rôle premier de ces hôpitaux indigènes de l'Assistance Médicale était de pourvoir gratuitement au traitement de tous les indigènes qui étaient admis dans les salles communes (plusieurs chambres étaient aussi

aménagées pour les malades qui voulaient être soignés contre remboursement).

Le personnel de chaque hôpital était composé d'un médecin de colonisation, et d'un nombre variable de sages-femmes de l'Assistance Médicale et d'infirmiers, nombre fixé par le chef de la circonscription (pour les infirmiers, il n'y avait pas de formation dans une école, le choix se faisait parmi les candidats connaissant la langue française, sachant lire et écrire, et possédant quelques notions d'arithmétique (197)). Le médecin avait autorité sur tout le personnel infirmier (pouvant infliger des retenues de solde ou bien demander l'expulsion de l'un d'eux au chef de la province dans les cas graves).

« Le médecin passe deux visites par jour : le matin de sept heures à neuf heures, et le soir de quatre heures à cinq heures. La distribution des médicaments provenant de la pharmacie de l'hôpital est faite après la visite du matin, sous la surveillance du médecin. Chaque jour, de neuf heures à onze heures du matin, le médecin donne des consultations gratuites à tous les indigènes qui se présentent et leur distribue les médicaments dont ils ont besoin ; les admissions à l'hôpital ont lieu à la suite de ces consultations. Un registre des consultations est tenu par le médecin » (198).

De plus, au moins une fois par semaine, au jour fixé par le chef de l'administration, le médecin de l'hôpital devait organiser une séance publique et gratuite de vaccination (le vaccin étant fourni depuis 1899 par l'Institut Pasteur de Tananarive), à l'image de ce qui était fait à l'hôpital indigène de Tananarive (fig.7, p.124) :

« Le vendredi, jour de Zoma, grand marché à Tananarive, fréquenté par tous les habitants des environs (on estime à plus de 20 000 le nombre des indigènes qui viennent ce jour-là à Tananarive pour leurs affaires), une grande séance de vaccination a lieu ; elle est spécialement réservée aux habitants des environs, venus pour leurs affaires à la capitale et qui peuvent ainsi, sans grand dérangement, faire vacciner leurs enfants » (199).

L'article 20 du règlement sur le fonctionnement des hôpitaux indigènes précisait aussi qu'une fois par mois, les médecins devaient faire des tournées dans la province, suivant un itinéraire qui leur était fixé par l'administrateur et le médecin inspecteur.

« Durant ces tournées, ils donnent des consultations, délivrent gratuitement des médicaments, pratiquent des vaccinations ; ils adressent aux populations des conseils d'hygiène pratique, surtout en ce qui concerne la propreté, l'assainissement des habitations et les soins à donner aux enfants et aux femmes enceintes. Ils rendent compte de leurs tournées au chef de la province, lui signalent les maladies épidémiques qu'ils ont observées, les causes d'insalubrité dans les différentes régions et lui proposent toutes les mesures qu'ils jugent propres à enrayer les maladies, diminuer la mortalité et améliorer l'hygiène des habitants ».

Les autres formations sanitaires de l'Assistance Médicale où le médecin colonial pouvait être affecté étaient les léproseries. Si la lèpre n'était pas une des endémies la plus meurtrière, elle pouvait nuire au développement d'une population indigène nombreuse et saine. Le nombre des lépreux à Madagascar était considérable en 1901, principalement en Emyrne et dans le Betsileo. Dans la province de Tananarive, on en dénombrait un millier sur une population totale de 374.143 habitants (200) (et sans doute ce chiffre était-il en dessous de la réalité au vu des difficultés de dénombrement de l'époque. D'après la même source on comptait 800 lépreux dans la province d'Ambositra). Etant donné qu'il n'y avait pas de traitement efficace contre cette maladie au début du XX^e siècle, le moyen utilisé était l'isolement des lépreux. Dans ce but, de nombreuses léproseries étaient établies dans les diverses provinces de Madagascar. Voici en exemple la description du fonctionnement de celle d'Ambohidratrimo, faite par Gallieni dans ses instructions pour l'Assistance Médicale en 1901.

« Elle fut ouverte en avril 1900 et put recevoir, dès le début, 400 pensionnaires ; aujourd'hui elle en compte plus de 600. Les lépreux forment un immense village disposé en terrasses avec 26 pavillons de 12 à 15 lits chacun ; ils ont des rizières, des cultures de patates et de manioc qui s'étendent, y compris l'établissement, sur une superficie totale d'environ 200 hectares.

Le service est assuré par un médecin indigène, médecin résident, cinq soeurs franciscaines et un médecin militaire, médecin inspecteur. L'internement est complet ; les lépreux ne peuvent sortir que sur certificat du médecin inspecteur, quand leurs lésions sont depuis longtemps cicatrisées et qu'ils ne présentent plus aucun danger de contagion. La séparation des sexes n'est pas absolue ; les familles de lépreux sont logés dans des cases spéciales, mais les enfants sont enlevés aux parents dès l'âge de deux ans et placés dans un orphelinat annexé à l'établissement ».

Enfin, les médecins indigènes de colonisation devaient jouer un rôle très important dans le maintien du bon état sanitaire des chantiers de chemin de fer. La mise en place de grandes voies de communication permettant de relier la capitale Tananarive aux points les plus éloignés de la côte faisait partie du programme de développement de la colonie voulu par Gallieni. Sur ces chantiers, toutes les formations sanitaires n'avaient pas la même importance (fig.28, p.140). La description du fonctionnement de ces services faite par le docteur Clarac permet de comprendre le rôle essentiel joué par les médecins de colonisation :

« Le rôle de ce médecin mobile consiste non seulement à assurer le service médical des chantiers, mais aussi à solutionner sur place toutes les questions d'hygiène, à s'assurer du bon fonctionnement des postes médicaux. Il rend compte de sa tournée au médecin de l'ambulance, qui en réfère pour les questions importantes au chef de service.

Les médecins doivent encore, au cours de leurs inspections, initier les travailleurs aux règles de l'hygiène. Il doit s'attacher à démontrer à tous l'importance de certaines médications préventives, notamment de la médication quininique » (201).

Les médecins indigènes de colonisation détachés sur les chantiers de chemin de fer recevaient le bénéfice de la ration indigène, et une indemnité journalière fixée à deux francs pour la première année de séjour, et à 2,5 francs et à trois francs à partir de la troisième année (202). Dans le *Journal Officiel de Madagascar et Dépendances* du 13 novembre 1901, le Gouverneur Général Gallieni montrait sa satisfaction pour le travail qu'ils avaient effectué, tout en rappelant la difficulté qui existait encore en 1901 d'envoyer des médecins de colonisation dans les territoires les plus reculés de l'île.

« Lors de sa visite sur les chantiers de chemin de fer, le Gouverneur général a eu également l'occasion de constater quels services précieux rendaient aux travailleurs malades les nommés Andriatsarafara, Raobelina, Rasafy, Ravelomanantsoa, Ravahatra et Rakotomanga, médecins de colonisation, anciens élèves de l'école de Tananarive, et il a dit ceux, bien plus grands, que leurs cadets pourront rendre, le jour où ils accepteront d'aller dans les milieux indigènes misérables et arriérés des côtes, où leur mission humanitaire est toute indiquée ».

Pour illustrer le périple de ces médecins après leur sortie de l'Ecole de Médecine de Tananarive, nous allons voir celui de Justin Rajaobelina. Entré à l'école en 1901, réussissant en 1904 ses examens de fin d'études (fig.19, p.133) il passait la même année avec succès le concours pour appartenir au corps des médecins de colonisation. Son parcours au sein des différents postes de l'Assistance Médicale nous est rapporté par son petit fils, Y. Ramiara (203), d'après ses archives personnelles.

Ses premiers voyages professionnels devaient l'envoyer dans toute la moitié nord de l'île de Madagascar. Jusqu'en 1915, il exerça son métier loin de la capitale Tananarive. Il fut tout d'abord muté à Andevorante, située sur la côte Est, de 1904 à 1906. Sa femme l'accompagnait, et c'est lors de ce premier séjour que naquit son premier fils. Il exerça ensuite à Mahitsy, dans un petit hôpital situé sur les hautes terres centrales. Au climat très humide de la côte, s'opposait celui des Hauts Plateaux avec deux saisons, une humide d'octobre à janvier, l'autre sèche et presque froide en juillet et août. Rajaobelina y séjourna de 1907 à 1910, période durant laquelle naquit son deuxième fils. Ramiara note qu'une photographie de l'époque le montrait coiffé d'un calot militaire et couvert d'un manteau trois-quart sombre, sur un dolman bleu marine aux parements dorés. Dans ce poste, il était assisté de trois infirmières et de trois sages-femmes. Puis son nouveau poste le rapprocha de la capitale pendant deux ans, en 1910 et 1911, dans un hôpital rural au milieu d'une région très peuplée, à Anosy. L'équipe médicale était assez nombreuse et homogène ; deux jeunes médecins l'assistaient, quatre sages-femmes assuraient les accouchements. Ramiara fait remarquer que son grand père disposait alors d'un moyen de locomotion exceptionnel pour l'époque pour effectuer ses tournées médicales : une bicyclette (c'était une réelle nécessité car les distances de sa circonscription médicale étaient très longues). De 1911 à 1913, il alla pratiquer à l'île Sainte Marie, avant qu'une nouvelle affectation ne le ramène sur l'île de Madagascar en 1913, à Soanierana-Ivongo jusqu'en 1915. Il revint ensuite à Tananarive avec sa famille et y resta de 1915 à 1936, période durant laquelle il fut médecin résident à l'hôpital d'Ankadinandriana, accolé à son école d'origine.

Cet exemple de Rajaobelina nous montre le « médecin indigène colonial » en constante mutation. Il participait ainsi à un quadrillage important de l'île au niveau sanitaire. Ce quadrillage devait donner des résultats rapides, notamment à travers le travail de vaccination effectué, puisque la variole était

quasiment (du moins officiellement) éradiquée en 1914 de l'île de Madagascar. Nous reviendrons en détail sur cette intensification de la lutte anti-varioloque, qui constituait une des actions majeures de l'Assistance Médicale, dans le chapitre suivant.

Le récit de Y. Ramiara permet également de noter que les diverses affectations des médecins indigènes coloniaux les amenaient dans différentes zones climatiques (204). Or cette notion de climat avait une incidence sur les pathologies rencontrées. L'une des difficultés était la capacité d'adaptation rapide du médecin face aux problèmes sanitaires variant entre les régions côtières et celles des Hauts Plateaux. Ceci impliquait une large connaissance des différentes pathologies existant à Madagascar.

Chapitre 7

Une réussite technique : l'éradication de la variole à Madagascar

Le parc vaccinogène de Diego-Suarez traduit la volonté d'extension de l'organisation médicale à l'ensemble de l'île.

Le troisième chapitre de ce mémoire a montré que la lutte contre la variole avait connu une étape et une évolution décisive dès 1898, avec la création de l'Institut Pasteur de Tananarive. En 1901, cette maladie avait quasiment disparu dans la capitale, et si on relevait encore des cas sur les Hauts Plateaux de Madagascar, ceux-ci étaient exempts de grandes épidémies. Mais il n'en allait pas de même dans les autres parties de l'île, notamment sur les côtes. Les résultats positifs obtenus par le service de la vaccine dans les provinces centrales, ainsi que la politique de l'Administration (qui décidait la mise en place de la phase d'extension de l'AMI à l'ensemble de l'île), incitaient à se préoccuper des épidémies qui régnaient sur les côtes.

La lutte antivarioloque devait désormais devenir une entreprise planifiée, avec des moyens bien définis, un quadrillage de l'île répondant à une organisation, une vérification systématique des vaccinés. En premier lieu, il fallait résoudre le problème concernant l'approvisionnement des postes médicaux de la côte en vaccin. Les moyens de transports lents, les différences de températures entre les Hauts Plateaux et les terres de la côte, les difficultés de transport en grande quantité de lymphes vaccinales, représentaient autant d'obstacles à l'application de la méthode vaccinatrice employée dans la capitale. Pour répondre à ce manque, un deuxième institut vaccinogène fut construit, destiné à approvisionner en vaccins l'ensemble des postes médicaux de la côte. La ville de Diego-Suarez fut choisie pour accueillir ce nouvel établissement.

La création de ce parc était devenue indispensable, pour les raisons évoquées, au bon fonctionnement du service de la vaccine à Madagascar. Dès 1902, il fonctionnait de manière régulière. L'établissement avait été installé dans un petit pavillon dépendant de l'hôpital du cap Diego. D'une superficie de 160 mètres carrés, on avait aménagé un laboratoire, une étable pour les génisses devant être inoculées, un bureau et un petit hangar servant de dépôt de fourrage. Cette description faite par le docteur Thibault montre l'aspect quelque peu rudimentaire des établissements médicaux de l'époque. La direction du service du parc vaccinogène était assurée depuis le début par un médecin aide-major de première classe. Un infirmier était préposé aux manipulations, aux écritures et aux expéditions, et un employé malgache était chargé de la propreté des locaux, de la nourriture et des soins à donner

aux animaux vaccinifères (205). Ainsi, pouvons-nous noter que les médecins malgaches étaient absents, du moins durant les premières années, dans le travail de laboratoire, fonction pour laquelle ils recevaient pourtant des cours lors de leur passage à l'École de Médecine.

Cette description du parc vaccino-gène de Diego-Suarez permet de comprendre le travail fait en amont de la vaccination sur le terrain, dans les différents postes médicaux de Madagascar. La culture et la production de vaccin se déroulait de manière identique à celles de l'Institut Pasteur de Tananarive. Les animaux dont on se servait étaient des génisses de Madagascar, âgées de dix mois à deux ans, toujours sevrées et en parfait état de santé. Ce point était d'une importance capitale. La transmission, par l'intermédiaire de la pulpe vaccinale, de maladies communes à l'homme et aux animaux aurait eu des conséquences catastrophiques : au plan individuel pour les personnes vaccinées, et au plan général pour l'acceptabilité de la vaccination par les populations encore méfiantes (206). C'était le cas par exemple pour la tuberculose :

« Une autre question qu'il importe de soulever à propos du vaccin à Madagascar est celle de l'épreuve des génisses à la tuberculine avant leur inoculation.[...] Faute de cette mesure tous les Instituts de Madagascar, à quelque région qu'ils appartiennent, courent le risque de livrer des vaccins contaminés de tuberculose » (207).

Les génisses étaient amenés au parc, tous les mois, au nombre de quatre ou six, par leurs propriétaires (fig.45, p.151). Aucune rétribution n'était allouée à ces derniers, on leur remboursait seulement le prix des animaux pouvant mourir pendant leur séjour au parc. Les génisses étaient inoculées avec une souche vaccinale qui provenait de deux sources. La première était la pulpe des récoltes opérées au parc. La seconde provenait de l'Institut Pasteur de Tananarive, qui expédiait deux fois par mois quelques ampoules de pulpe régénérée par passage sur le lapin. Les pustules apparaissaient chez les génisses vers le troisième et le quatrième jour, atteignant le maximum de développement le sixième jour. Les croûtes et la pulpe vaccinales étaient ensuite recueillies (fig.46, p.151) dans des capsules de verre, puis mélangées à de la glycérine et débarrassées, à l'aide de pinces fines, des poils et des gros grumeaux. Le mélange était mis dans des tubes à essais après une légère malaxation dans un mortier d'agate (fig.47, p.152) et placé dans une armoire glacière, où la température était maintenue aux environs de 20 degrés. Le vaccin restait en glacière jusqu'au moment de son expédition. Cette période pouvait varier de deux semaines à trois mois (les plus longs séjours en glacière étant dus au rendement des récoltes plus important pendant la saison sèche). Ensuite, le mélange de lymphes et de glycérine était aspiré soit dans des tubes capillaires (pouvant servir à la vaccination de dix personnes), soit dans des ampoules pour soixante à quatre vingt vaccinations, soit dans des tubes en doigts de gant contenant un centimètre cube de vaccin, pour 150 vaccinations.

Sur le plan administratif, ces actions de vaccination étaient devenues nettement plus rigoureuses. Des opérations d'enregistrement comportaient la tenue d'un ensemble de registres permettant de tenir un compte exact des demandes et des envois de vaccin, des résultats des séances de vaccination, ainsi qu'un état matricule des génisses inoculées. L'ensemble de ces mesures permettait de retrouver la filiation d'une souche vaccinale employée. De plus, tout ce qui pouvait intéresser la direction du parc (correspondance, rapports, circulaires) était classé dans des chemises spéciales.

Cette volonté de rigueur se retrouvait également dans la vérification des vaccinés. Le temps des

vaccinations intensives sans vérification était révolu, surtout qu'il ne permettait pas d'apprécier les résultats réels des actions menées. Il était donc prescrit de donner une carte de vaccination à chaque vacciné, sur laquelle était marqué le jour de la vérification. Voici la description qu'en faisait Rabefierana [\(208\)](#). Elle était en papier jaune imprimé des deux côtés, avec cette inscription au verso :

1° tout individu doit être obligatoirement vacciné à l'âge de un an, à sept et à quatorze ans.

2° les parents sont responsables de la vaccination de leurs enfants.

3° cette carte doit être soigneusement conservée et présentée à toute réquisition.

4° en cas de perte, avertir l'autorité pour la délivrance d'un duplicata.

Sur l'autre face apparaissaient : le nom, le prénom, l'âge, le sexe, les noms du père et de la mère, le domicile, le jour et le lieu de vaccination et de revaccination, le nom et la signature des vaccinateurs. En face des actes de vaccination était notée la double indication : succès ou insuccès (on supprimait l'une ou l'autre de ces indications suivant le cas). D'autre part, cette carte portait un numéro d'ordre correspondant à celui d'un registre tenu à jour à cet effet. Ainsi, toute personne munie de cette carte n'avait qu'à la présenter pour certifier qu'elle avait été vaccinée. En effet, l'article six de la loi du 9 février 1902, relative à la protection de la santé publique, prévoyait que la vaccination antivariolique était obligatoire, ainsi que la revaccination, aux âges indiqués sur la carte précédemment. Cette obligation était par la suite expressément édictée dans un décret du 4 février 1904 . [\(209\)](#)

Le rapport de l'Institut Pasteur de 1902 donne les statistiques des vaccinations faites du premier janvier au 31 décembre 1902. Le pourcentage des succès oscillait entre 84,96% et 77,42% en première vaccination, et entre 67,75% et 66,05% en seconde vaccination. Ce même rapport précisait que ces chiffres étaient trop forts pour les revaccinations et trop faibles pour les premières vaccinations [\(210\)](#). La cause avancée était que la distinction entre les deux opérations sur les bulletins devant être renvoyés à l'Institut Pasteur n'était pas effectuée avec rigueur.

De même, les pourcentages de réussite des vaccinations étaient plus élevés pour celles pratiquées par les médecins malgaches que celles effectuées par les médecins européens. Ceci tenait (peut être) au fait que les premiers avaient une certaine tendance à exagérer leurs succès et faisaient figurer comme positives des inoculations dont les résultats étaient des plus douteux . [\(211\)](#)

Quoiqu'il en soit, ces vaccination intensives, rappelons le, avaient eu pour résultat de faire disparaître complètement la variole du plateau central (Emyrne et Betsileo). En effet, en 1902, si quelques rares cas isolés ont été signalés dans cette partie de l'île, la plus peuplée, nulle part il n'avait été constaté d'épidémie, même légère.

En revanche, des épidémies de variole persistaient encore sur la côte, notamment dans les régions de

Diego-Suarez, Analalava et Majunga (212). Il ne fallait pas chercher la cause de cette persistance de la variole dans la qualité du vaccin fabriqué à Diego-Suarez, mais plutôt dans le fait que l'on avait moins vacciné dans cette partie de l'île, et cela pour deux raisons :

- Tout d'abord l'organisation médicale y était moins complète que dans les provinces centrales, et les médecins indigènes envoyés en tournée devaient, plus que sur le plateau central, se débrouiller seuls, sans le contrôle de médecins militaires à proximité.
- Ces médecins malgaches vaccinateurs étaient perçus comme des étrangers par les populations de la côte. La confiance établie avec les habitants en raison de la même appartenance ethnique dans les provinces du centre n'existait plus ici, ce qui rendait le travail nettement plus difficile.

Ainsi à partir de 1902, le service de la vaccination pouvait fonctionner de façon régulière dans toute l'étendue de l'île. Les envois mensuels de vaccin étaient désormais divisés : Tananarive le fournissait à toutes les formations sanitaires et à toutes les provinces du centre de Madagascar, et le parc de Diego-Suarez desservait tous les postes de la côte. Le nombre total des vaccinations pratiquées à Madagascar avec des pourcentages variables, mais plutôt élevés, atteignait : (213)

- Sur le plateau central, avec du vaccin, fourni par l'Institut Pasteur de Tananarive130.752
- Sur la côte, avec du vaccin fourni par le parc de Diego-Suarez..... ..19.406
- Total.....150.158

Si l'utilité du parc de Diego-Suarez n'était pas à remettre en cause durant les premières années, ce ne fut plus le cas après les vaccinations massives sur la côte. En 1905, un cyclone avait en partie détruit ce parc. Ainsi durant plusieurs mois, l'Institut Pasteur de Tananarive devait fournir les tubes de vaccin à l'ensemble des postes médicaux de l'île. Or cette expérience forcée avait permis de démontrer que même pour les postes les plus éloignés de Tananarive, le vaccin arrivait en parfait état de virulence, et le pourcentage de succès ne diminua pas au cours de cette période (214). En conséquence en 1907 le parc vaccino-gène de Diego-Suarez fut supprimé.

L'Institut Pasteur de Tananarive restait donc la seule source de production de vaccin à Madagascar. Voici un tableau récapitulatif du Service de la vaccine depuis la fondation de cet institut jusqu'en 1907, qui permet d'évaluer l'évolution des vaccinations pratiquées.

Années	Nombre de tubes fournis	Vaccinations				Revaccinations			
		Nombre de vaccinations	Succés	insuccés	% de succès	Nombre de vaccinations	Succés	insuccés	% de succès
1899	1.000	6.415	4.842	1.195	80	510	179	250	42
1900	12.247	-	-	-	-	-	-	-	-

1901	13.390	-	-	-	-	-	-	-	-
1902	22.891	94.820	33.327	7.495	82	3.254	1.755	890	66
1903	24.889	61.549	39.343	6.066	87	6.447	1.955	1.619	55
1904	36.419	140.218	82.002	13.960	85	16.065	5.475	6.092	47
1905	31.333	136.106	71.920	15.067	83	24.761	8.370	12.984	39
1906	36.646	79.362	44.480	12.090	78,62	19.618	8.778	6.677	56,80
1907	24.689	80.982	44.828	9.297	82,82	29.351	9.326	10.302	47,51

« Tableau récapitulatif du Service de la vaccine depuis la fondation de l'Institut Pasteur de Tananarive », SAIP, Fonds des arch. Inst. Past. Mad., MADCOPIE-10, « Rapport annuel de l'Institut Pasteur de Tananarive, 1904 ».

Les chiffres des années 1900 et 1901 n'étaient pas répertoriés. De plus, la difficulté de la lecture d'une écriture manuscrite rend peut être certains chiffres inexacts. Mais dans l'ensemble, ce tableau permet de se rendre compte d'une modification du rythme des vaccinations à partir de 1905. En effet,

le nombre de tubes de vaccins fournis aux postes médicaux de l'île qui était en constante augmentation de 1899 à 1904, se retrouvait ensuite en constante diminution dès 1905. De même, le maximum des vaccinations effectuées se situait en 1904, puis les vaccinations diminuent en 1905, puis en 1906 et restent stables par rapport à cette dernière année en 1907.

A partir de 1905, si la variole représentait encore un grand danger et bien que la population de l'île était loin d'être totalement vaccinée, les épidémies avaient disparu grâce à la vaccination. Dès 1903, elles ne sévissaient plus sur les provinces centrales de Madagascar. L'augmentation du nombre des vaccinations à partir de cette année était due à l'extension de cette action aux autres provinces de l'île.

« Au point de vue de la variole, l'année 1903 a été encore plus favorable qu'en 1902. Sur le plateau central la variole n'a été signalée nulle part, pas même sous la forme de manifestation isolée. Le fait ne s'était jamais peut être produit ! En ce qui touche les provinces côtières qui toutes avaient eu à enregistrer, dans le courant de l'année 1902, quelques cas isolés ou de petites épidémies vite étouffées, les résultats obtenus, grâce aux vaccinations nombreuses pratiquées, sans être des plus complets, sont assez satisfaisants » [\(215\)](#).

En 1903, sur le plateau central, le nombre des vaccinations était de plus d'un tiers moins élevé qu'en 1902, alors que sur la côte il était multiplié par quatre [\(216\)](#). Ces différences s'expliquent par le fait que, sur le plateau central, elles avaient été pratiquées d'une façon intensive durant les années précédentes, la majeure partie de la population était déjà vaccinée, tandis que sur la côte, elles n'avaient pu être menées de façon sérieuse qu'après la mise en place de l'institut de Diego-Suarez en 1902.

Le maximum des vaccinations sur l'île était atteint en 1905 avec 160.867 vaccinations pratiquées (en comptant primo-vaccinations et revaccinations), puis par la suite ce chiffre se stabilisait à une moyenne de 100.000 par an (cette moyenne devait considérablement augmenter après la seconde guerre mondiale, les techniques de vaccination s'étant améliorées et permettant un rendement

nettement supérieur (217). Nous pouvons considérer que jusqu'en 1905, la vaccination avait connu sa phase la plus intense et aussi la plus cruciale. La variole ne représentait désormais plus une cause majeure de mortalité. Pour que cela ne se reproduise pas, il fallait à présent continuer de contrôler cette action, et surtout poursuivre son extension à l'ensemble de l'île, pour qu'il n'y ait pas de foyer de résistance d'où une épidémie de variole pourrait redémarrer.

Phase de contrôle et de progression de la vaccination (1906-1920)

Pour étudier cette phase de progression de la vaccination, nous prendrons le cas d'Andevorante, ville située sur la côte Est de Madagascar, et dont Rabefierana avait pris l'exemple pour sa thèse sur *l'étude historique de la variole et du vaccin antivariolique à Madagascar*. Il y précisait que par le passé, les habitants de cette localité luttèrent de manière « radicale » contre la variole : ils abandonnaient les varioleux dans la forêt, ceux-ci n'ayant alors aucune chance de revenir vivants. Dans ce type de régions où elle représentait une réelle terreur pour les individus, l'application de la vaccination n'était pas facile, beaucoup moins encore qu'en Imerina. Les habitants voyaient la vaccine comme une variole, et elle était par conséquent dangereuse. Ainsi, la persuasion avait moins d'effet que l'obligation, mais les deux moyens étaient utilisés en commun. Déjà en 1898 le Ministre des Colonies G. Trouillot adressait une lettre aux Gouverneurs Généraux et Gouverneurs des colonies dans laquelle il leur indiquait les mesures à prendre pour propager la vaccine dans les colonies :

« ... il faut faire remarquer aux habitants du littoral de nos possessions que le meilleur moyen de se préserver du fléau réside, non dans des mesures quaranténaires, qui sont une entrave pour les transactions commerciales, et par suite une perte sèche pour les contrées où elles sont appliquées, mais dans la pratique continue de la vaccination [...]. Tout en employant les moyens de persuasion il sera parfois utile de recourir à la contrainte, toujours permise lorsqu'il s'agit de sauvegarder l'hygiène et la sécurité publique » (218).

Ainsi dans cette politique d'extension de la vaccination aux provinces côtières de Madagascar, le poste médical de l'AMI était inauguré à Andevorante en 1904, mais ce n'est qu'en 1906 qu'il prenait une réelle importance et que le médecin résident et le médecin mobile pouvaient à tour de rôle faire des tournées de vaccination. Vu l'état d'esprit de la population vis à vis de celle-ci, Rabefierana précisait que les premiers vaccinés étaient soit de jeunes élèves, non encore imbus de la doctrine de leurs parents et qu'on pouvait vacciner à l'école même, soit des enfants dont l'un des parents était de l'Imerina et avait déjà été vacciné, soit des jeunes adultes ayant côtoyé assez longtemps les Merina et remarqué que ces derniers n'avaient pas été affectés par la vaccination.

L'impulsion nouvelle qui voulait être donnée à la vaccination devait passer par un quadrillage systématique de la population à vacciner. Le moyen le plus simple était de se rapporter à la statistique des habitants de la ville, répartis par quartier, et de comparer ce recensement avec celui des vaccinés. Nous avons vu précédemment que tout vacciné devait être inscrit sur un registre dit de vaccination, portant le nom, l'âge, le sexe, la profession, les noms des père et mère, et le domicile, ainsi que le jour et le numéro d'ordre de vaccination. Ceci permettait par un relevé simple, de calculer le nombre des vaccinés et des non vaccinés.

Une séance hebdomadaire d'immunisation avait lieu à l'hôpital d'Andevorante, comme c'était le cas à l'hôpital de Tananarive. Et de 1910 à 1913, pour tenter de vulgariser au mieux cette pratique, on y ajouta une séance quotidienne, l'après midi, sauf le dimanche. Mais ce moyen, légal et simple, s'il pouvait se révéler efficace pour une population convaincue des bienfaits de la vaccination comme en Emyrne, était illusoire dans une région où les individus étaient encore réticents face à cette pratique. Il était préférable, comme le fait remarquer Rabefierana, de s'appuyer sur l'émulation des différents subordonnés du chef de canton, en s'adressant directement aux chefs de quartiers. Ces derniers, plus en contact avec la population, avaient une influence non négligeable sur elle, et ne la laissait pas se dérober à son devoir antivariolique.

Dans ces actions de vaccination nous pouvons inclure les tournées d'hygiène hebdomadaires avec consultation médicale dans les villages et dans les écoles officielles ou privées, dont le principal rôle était de vacciner et de faire la propagande des idées d'hygiène (219) (fig.39, p146). Il faut signaler leur importance au sein des écoles et la contribution apportée par les instituteurs, qui préparaient psychologiquement leurs élèves pour rendre la tâche plus facile. Ces derniers n'étaient pas encore imbus des préjugés de leurs parents. De plus, préparés par leurs instituteurs et contraints par la discipline, ils acceptaient facilement la vaccination. Ainsi, même s'ils ne pouvaient par la suite convaincre leur parents, du moins étaient-ils eux gagnés à sa cause, et c'était là un point essentiel pour l'avenir. Il semblait probable qu'ayant éprouvé le vaccin sans répercussions néfastes, ils n'empêcheraient pas plus tard leurs propres enfants de le subir à leur tour. C'est ainsi que l'administration pensait logiquement venir à bout des préjugés de la population malgache envers le vaccin antivariolique.

Avec les instituteurs, ceux qui concoururent à donner une impulsion grandissante à la vaccination, furent les représentants des religions catholiques et protestantes, qui utilisaient leur influence pour persuader leurs fidèles des dangers de la variole et de l'efficacité du vaccin préventif.

Ainsi, plusieurs autorités utilisaient leur pouvoir d'influence dans un but identique, celui de détourner la population de son indifférence et de son hostilité envers les vaccins :

- L'autorité administrative (mise en place du caractère obligatoire de la vaccination en 1909 et la délivrance d'une carte de vaccination).
- L'autorité ecclésiastique.
- L'autorité scolaire.
- L'autorité médicale.

Dans cet esprit de vulgarisation de la pratique vaccinale, des conseils écrits étaient distribués (fig.32, p.143) par les médecins lors de leurs tournée ou bien publiés dans les journaux malgaches. Voici un extrait de l'un de ces « conseils », destinés aux populations encore réfractaires à la vaccination :

« Vous connaissez tous la variole, Malgaches, vous savez les désastres qu'elle a causés dans votre pays et toutes les morts qu'elle a

entraînées. La variole est une des maladies les plus terribles qui existent, elle peut décimer une population et détruire les régions les plus peuplées et les plus prospères. Depuis que les vazahas fréquentent votre pays et qu'ils y ont apporté leurs remèdes, la variole est moins répandue ; toutefois, il est encore des régions où la civilisation est moins développée, où les vaccinations sont moins pratiquées et qui paient chaque années un lourd tribut à la variole (...). Un seul remède, infaillible, miraculeux, merveilleux, que les vazahas emploient depuis longtemps et qu'ils vous ont appris, peut vous préserver de la variole, c'est le vaccin (...). Vous comprendrez votre intérêt et celui de vos enfants, vous irez trouver les docteurs vazahas et les médecins indigènes, ils vaccineront vos enfants, ils vous vaccineront vous mêmes et cela ne vous coûtera rien » [\(220\)](#).

Ces différentes actions eurent pour résultat une nette augmentation, dans la région d'Andevorante, des vaccinations effectuées de 1910 à 1913. Désormais la population avait une certaine confiance dans le vaccin. Les gens venaient d'eux mêmes aux séances de vaccination ou bien allaient voir le médecin en dehors des séances prévues pour demander des explications et des conseils.

Concurremment avec le médecin et d'après ses instructions, la sage-femme de la maternité d'Andevorante vaccinait tous les jours les femmes enceintes venues à sa consultation. De plus, comme des séances à l'hôpital attiraient des groupes de plus en plus nombreux, elle aidait le médecin à accélérer le travail. Ainsi la formation des sages-femmes à l'Ecole de Médecine où elles recevaient des cours pour la pratique de la vaccination (cf. chapitre deux) trouvait une réelle application sur le terrain.

Rabefierana relevait que les personnes se rendaient à ces séances de vaccination avec une confiance mutuelle, se retrouvant alors ensemble par centaines. Il notait que c'était sans doute là un des meilleurs moyens de propagande. Voici comment se déroulaient ces opérations :

« On commence par inscrire sur le registre le nom et l'état civil complet des personnes à vacciner, puis on les met sur deux rangs par file de vingt ; on les prie de mettre à nu le bras gauche ; avec du coton imbibé d'alcool on nettoie la région à opérer, et on vaccine la première file de la façon suivante : avec un vaccinostyle chargé de lymphes, on en étale sur trois points de la peau du bras à 3 centimètres l'un de l'autre, puis on scarifie la peau à leur niveau en faisant un astérisque à huit branches dont toutes aboutissent à un centre et dont la largeur totale est d'environ un demi-centimètre, assez profondément pour que l'inoculation se fasse bien et pas trop pour ne pas amener une hémorragie qui entraînerait la lymphe et compromettrait la réussite » [\(221\)](#).

Les tubes de lymphes étaient dosés pour vingt personnes (pour dix personnes durant les premières années de l'Institut Pasteur), et c'était l'une des raisons pour lesquelles les personnes étaient rangées par groupes de vingt. Mais Rabefierana rappelle que cette division par série avait aussi un autre but : celui de donner à la lymphe le temps de sécher afin d'éviter son enlèvement par le frottement des vêtements remis trop tôt, ou bien par essuyage volontaire (ceci dans le cadre de la lutte passive contre la vaccination, ce qui commençait à disparaître à partir de 1910). On vaccinait donc les vingt premières personnes, puis on commençait sur une autre vingtaine, et ce n'était qu'une fois ces

dernières vaccinées que l'on permettait aux vingt premières de s'habiller, après vérification que la lymphé était bien sèche. Huit jours après l'opération, les vaccinés devaient revenir pour faire vérifier le résultat et prendre leur carte de vaccination. On marquait alors sur le registre le résultat positif ou négatif.

Cet exemple de la ville et de la région d'Andevorante permet de comprendre comment le service de la vaccine a pu s'étendre à l'ensemble de l'île, et à quelles difficultés autres que celles rencontrées dans les provinces centrales il devait faire face. La principale était l'acceptation du vaccin par les populations locales. Ainsi le docteur Girard avait sans doute une vision idyllique de cette lutte antivariolique lorsqu'il écrivait :

« Nous dirons que la vaccination antivariolique a rencontré dès ses débuts, sous l'occupation française, la faveur des populations de Madagascar qui en ont reconnu la valeur, éprouvé les bénéfices et ont concouru de plein gré à sa généralisation » [\(222\)](#).

Néanmoins, si la vaccination jennérienne avait connu certaines difficultés d'application (surtout pour les populations de la côte), les résultats techniques furent sans précédent puisque le dernier cas officiel déclaré de variole à Madagascar était observé en 1914. Déjà en 1908 le directeur du Service de Santé et de l'AMI n'hésitait pas à affirmer :

« Quand à la variole l'on peut sans crainte affirmer qu'elle a vécu à Madagascar. Quelques cas isolés ont, en 1908, été signalés dans le Sud de la Colonie, mais ils ont seulement constitué l'exception. La vaccination, rendue obligatoire au début de l'année 1909, aidera puissamment encore, j'en suis convaincu, à la faire totalement disparaître et ce ne sera certes pas là un des moindre résultats de l'AMI » [\(223\)](#).

Ainsi l'organisation médicale de Madagascar, avec notamment l'Assistance Médicale Indigène dont les membres avaient joué un rôle primordial dans la lutte antivariolique, allait désormais s'imposer comme un exemple pour les autres colonies, notamment sur le continent africain, puisque Madagascar était le premier territoire où la variole avait été éradiquée (avant l'Europe). Forte de cette crédibilité, l'organisation et ses institutions (l'Ecole de Médecine et l'Institut Pasteur de Tananarive) allait affronter à partir de 1921 un autre fléau épidémique qui lui n'avait pas de passé historique à Madagascar : la peste.

[Troisième partie](#) [Retour Sommaire](#)

TROISIEME PARTIE

LA LUTTE ANTIPESTEUSE

1921-1950

REVELATRICE DES ACQUIS DU PASSE

DE LA CAPACITE D'ADAPTATION DE L'AMI...

ET DE LA MONTEE DES COURANTS ANTICOLONIALISTES

« Mourir de peste ou d'autre chose, qu'importe, nul n'échappe à son destin : ce qui nous angoisse, c'est de penser que nous pourrions ne pas rejoindre ceux qui nous attendent au tombeau de famille » un notable malgache s'adressant au Gouverneur Général Berthier ([224](#))

L'Assistance Médicale Indigène de Madagascar avait donc acquis une crédibilité reconnue dans l'ensemble des colonies et également en Europe. Ceci était dû essentiellement à son action décisive et pleine de réussite face aux épidémies de variole qui avaient ravagé l'île durant des siècles, alors qu'elles perduraient encore surtout sur le continent africain, également en Asie, et même en Europe.

En effet, la mise en place de l'Assistance Médicale Indigène en tant qu'institution indépendante, administrativement et économiquement, s'appuyant sur l'Ecole de Médecine pour recruter ses ouvriers qu'étaient les médecins indigènes coloniaux, et sur l'Institut Pasteur de Tananarive pour fournir les outils, devait se traduire par une oeuvre révélatrice de son efficacité : l'éradication de la variole à Madagascar. Comme le note G. Girard, c'était là « *le succès le plus marquant de l'oeuvre sanitaire de la France à Madagascar* » ([225](#)).

Mais tandis que les efforts consentis par la colonie au point de vue médical avaient donné des résultats probants, un nouveau fléau, inconnu à Madagascar avant 1898, et limité géographiquement depuis cette date là sur la côte, allait faire des ravages dans la population. La peste faisait son apparition sur les Hauts Plateaux de Madagascar en 1921 pour s'implanter sur l'île durant des années,

avec un sommet atteint en 1933, année où l'on comptait 3.933 cas dépistés dont 3.579 décès (226). Les différentes institutions et établissements médicaux dont l'implantation, le rôle, et les actions ont été décrites dans les chapitres précédents, devaient de nouveau jouer un rôle déterminant face à une telle situation.

Dans cette troisième partie nous décrirons comment il fut possible de contrôler cette maladie qui ne le cédait en rien à la variole en terme de gravité. La politique de santé publique adoptée évolua au fil du temps, en fonction des effectifs et des nouveaux moyens techniques disponibles. Nous soulignerons le rôle et les limites de l'AMI et de ses acteurs principaux, les *médecins indigènes de colonisation*. Enfin nous montrerons comment la peste, plus encore que la variole, devint un instrument politique utilisé par certains comme argument anticolonialiste.

Nous diviserons la troisième partie du mémoire en trois chapitres. Le premier sera consacré à la description médicale de la peste à Madagascar ainsi qu'aux étapes de son installation sur l'île.

Le second chapitre traitera des années « d'échecs » (1921-1932) dans la lutte anti-pestreuse, avec les moyens employés, les aspects administratifs et politiques de cette lutte, et l'évolution des institutions de bases : l'Ecole de Médecine de Tananarive, l'AMI et l'Institut Pasteur.

Enfin nous évoquerons dans le troisième chapitre la nouvelle organisation sanitaire mise sur pied qui devait conduire à diminuer considérablement les cas de peste grâce à l'utilisation du vaccin E.V mis au point par les médecins Girard et Robic.

Chapitre 8

Les raisons de l'implantation de la peste à Madagascar

Description de la peste à Madagascar

La peste est une maladie infectieuse, endémo-épidémique, due au bacille de Yersin. Commune à l'homme et aux rongeurs (en particulier aux rats), elle se transmet à l'homme par l'intermédiaire de certaines puces (227). L'extension des épidémies de peste est irrégulière, favorisée par l'insalubrité des locaux, le surpeuplement, le froid, l'humidité. Les premiers cas sont le plus souvent des pestes buboniques. Tous les facteurs favorisant étaient réunis à Madagascar : climat, niveau d'hygiène des Malgaches, présence de nombreux rats.

« La peste est une maladie des rongeurs due au développement dans l'organisme de *Yersinia pestis* [un bacille], transmise d'animal malade à animal sain par des puces (E.R Brygoo) ». Il s'agit donc d'une maladie des rongeurs (du rat à Madagascar) qui atteint l'homme accidentellement » (228).

La peste résulte de l'inoculation par une puce (*Xenopsylla cheopis*) d'un bacille (*Yersinia pestis*), qui

envahit les différents organes et le sang de son hôte. Les rongeurs assurent à la fois sa conservation et sa dispersion . Chez l'homme, la maladie peut se manifester sous trois formes principales ([229](#)).

Si elle lui est transmise par une puce, elle s'exprimera sous la forme bubonique. Elle se traduit par un forte fièvre, des maux de tête, des troubles nerveux, et un signe très caractéristique, le bubon. Il s'agit d'une tuméfaction douloureuse correspondant à une multiplication du bacille pesteux dans le ganglion lymphatique le plus proche du point de piqûre (en général à l'aine, sous l'aisselle ou dans le cou). De ce ganglion, le bacille diffuse dans l'organisme par le sang, envahit le foie, la rate et les poumons. Si ce bubon n'est pas traité, l'évolution vers la mort peut se faire en une semaine environ dans 60 à 90% des cas, avec une généralisation de l'affection à la phase terminale. L'atteinte pulmonaire est alors particulièrement dangereuse puisqu'elle constitue le point de départ des épisodes de peste pulmonaire (dans de rares cas, le bubon suppure, et le malade se rétablit lentement).

Si la contamination est directe, inter-humaine, par voie aérienne (en toussant, un malade atteint de peste bubonique en phase terminale avec infection pulmonaire, émet des aérosols infectés qui peuvent être inhalés par d'autres personnes), se développera une peste pulmonaire. Cette forme est particulièrement redoutable : le temps d'incubation est court, la mort peut survenir en quelques heures. Les épidémies de peste pulmonaire sont responsables des taux de mortalité les plus élevés.

Enfin il existe une forme septicémique où le bacille est présent dans le sang en l'absence de bubon cliniquement perceptible. Cette forme très grave et à l'évolution rapide peut entraîner le décès avant l'apparition du bubon.

Le diagnostic de la peste ne peut être affirmé que par les examens bactériologiques, dont le principal est la recherche du bacille de Yersin. Pour cela, on peut pratiquer la ponction du bubon, l'examen des crachats, ou bien sur le cadavre, ponctionner des organes (ganglions, foie, poumons, rate). En définitive, la peste humaine, sous ses trois formes, est sous la dépendance de la peste murine (peste du rat).

A Madagascar, toutes les formes de peste existaient. Le rongeur assurant la pérennité de l'endémie était *Rattus rattus*, domestique ou péri-domestique, présent dans toute l'île. Dans les villes et les villages malgaches, la transmission à l'homme était essentiellement le fait de la puce *Xenopsylla cheopis*.

Comme nous le verrons dans le prochain paragraphe, la peste a été importée à Madagascar en novembre 1898, sans doute par l'intermédiaire d'un bateau chargé de riz en provenance des Indes. A partir de cette date, la maladie s'était manifestée d'abord par des épisodes de courte durée, apparaissant à des intervalles irréguliers et qui avaient sévi uniquement dans les ports reliés aux grandes voies commerciales : Tamatave (1898, 1899, 1900), Diego-Suarez (1899), et Majunga (1902, 1907). Dans tous ces cas, il s'agissait de peste bubonique. Ils avaient un autre caractère commun, leur faible contagiosité . ([230](#))

En 1921, lorsque la peste gagnait les Hauts-Plateaux et Tananarive, il s'agissait de peste pulmonaire. Dans l'extension de la maladie sur tout l'intérieur des terres, on devait trouver des cas de peste pulmonaire, bubonique, et septicémique. J. Robic faisait en 1937 une analyse des caractéristiques de

la peste à Madagascar (231). Il révélait que des facteurs épidémiologiques particuliers aux régions centrales de Madagascar entretenaient la persistance de l'infection et lui donnaient ses caractères spéciaux, différant totalement de ceux de la peste des régions côtières, notamment par une importante fixité. Ainsi, la peste des Hauts-Plateaux était dominée avant tout par la fréquence des formes pulmonaires. Une peste bubonique compliquée de pneumonie était généralement à l'origine des épidémies de peste pulmonaire primitive. Enfin les formes septicémiques étaient aussi très fréquentes, et souvent à l'origine d'autres foyers de peste pulmonaire.

La principale cause de cette différence entre la peste côtière et la peste des Hauts-Plateaux est le climat. En raison de leur altitude comprise entre 900 et 1.500 mètres, les régions des Hauts-Plateaux jouissent d'un climat relativement tempéré. La température n'excède pas 25°C en été. Elle oscille autour de 10°C en hiver, pouvant descendre parfois à 0°C. L'humidité relative est en général élevée, et sujette à des variations énormes. L'ensemble de ces caractéristiques représente des conditions favorables aux affections des voies respiratoires, et en particulier à la pneumonie.

L'endémie pesteuse des Hauts-Plateaux était caractérisée par son allure cyclique annuelle, avec un minimum correspondant aux mois de juin et juillet, le maximum étant situé pendant la période qui s'étend entre le premier et le 31 mars. Cette observation des faits avait conduit les scientifiques à envisager un calendrier spécial, pour l'année pesteuse, différente de l'année légale. Ainsi une année pesteuse commençait au premier mai d'une année calendaire pour se terminer au 30 avril de l'année suivante (232) (on pouvait également trouver des découpages de juillet à juillet) (fig.61, p.164).

L'une des spécificités de la peste des Hauts-Plateaux était qu'elle ne s'éteignait jamais complètement, à la différence de la peste côtière. Ceci est dû à l'influence du climat sur l'activité du réservoir de virus, constitué à Madagascar par le rat et sa puce infectée. Or des travaux scientifiques avaient démontré l'extrême sensibilité de la puce *X. cheopis* aux influences du climat. Ces recherches avaient été reprises à Madagascar par le docteur Girard et avaient confirmé que la puce du rat vivait aisément et persistait, à l'état libre, toute l'année, dans les poussières des cases malgaches, où les conditions de température et d'humidité lui convenaient parfaitement, lui permettant de vivre et de conserver son caractère infectieux. Dans la région côtière, la température trop élevée était défavorable à la vitalité de cette puce, que l'on trouvait rarement sur les rats et jamais dans les cases.

C'est également l'incidence du climat qui provoquait la résurgence de la poussée épidémique annuelle. Celle-ci prenait naissance avec le retour de la saison chaude et pluvieuse, à partir du mois d'octobre. La température et le degré hygrométrique s'alliaient pour favoriser l'accroissement du nombre et de l'activité des puces. Elles quittaient leurs gîtes et piquaient préférentiellement le rat, éventuellement l'homme, relançant, si elles étaient infectées, l'épidémicité. D'autre part, les violents orages, qui marquent habituellement le retour de la saison chaude, s'accompagnaient de pluies diluviennes, submergeaient les rizières et les champs où une population murine très dense établissait ses gîtes. Les rats, quand ils pouvaient fuir, gagnaient les hauteurs épargnées par les eaux. Ils y trouvaient les habitations humaines, isolées, ou groupées en villages. Ces rats qui venaient de la brousse, apportaient avec eux leurs puces, et s'ils s'en trouvaient d'infectés, l'épidémie de peste humaine démarrait. Ainsi la liaison était faite entre les foyers ignorés de la peste murine dans les champs et la peste humaine au village.

Cet exposé des caractéristiques de la peste à Madagascar permettra de mieux comprendre par la suite les raisons de l'importance de la peste sur l'île, ainsi que celles des orientations des mesures prophylactiques employées.

Comment la peste s'est-elle implantée à Madagascar

Située loin des grands foyers habituels d'épidémies, protégée essentiellement par sa position insulaire, Madagascar n'avait pas connu de cas de peste avant l'occupation française et l'année 1898. Cette année là éclatait la première épidémie de peste à Tamatave, le grand port de la côte Est (la troisième pandémie de peste avait commencé en 1891, touchant l'Inde, le Japon, l'Afrique orientale, Madagascar, le Portugal, l'Australie, les Philippines, l'Amérique, l'Indonésie).

Jean Valette (233) rappelle qu'en raison du commencement d'une implantation administrative régulière voulue par Gallieni (la police sanitaire maritime, objet d'un décret du 31 mars 1897, avait reçu un début d'organisation au cours de l'année 1898), les autorités avaient su faire face avec rapidité et efficacité à cette épidémie (234). Débutée le 23 novembre 1898, elle était définitivement éteinte le premier février 1899. Elle avait contaminé 288 individus, provoquant 196 décès. Une seconde épidémie devait éclater à Tamatave en 1899, s'étendant de Juillet à Décembre. 52 cas y avaient été constatés, suivis de 42 décès. Là encore le Comité d'hygiène de la Colonie avait décidé toute une série de mesures reprenant en grande partie celles adoptées lors de la précédente épidémie et destinées essentiellement à arrêter la propagation de la peste.

L'étude du graphique montrant l'impact sur la population de chacune de ces deux épidémies, donné en annexe (fig.50, p.154), permet de faire deux commentaires :

- La population malgache fut la plus touchée par l'épidémie, sa densité démographique plus élevée et son contact plus étroit avec l'activité portuaire étant des facteurs favorisants probables.
- La seconde épidémie fut étalée dans le temps (six mois au lieu de deux pour la première), son incidence (52 cas contre 288) et sa mortalité (42 contre 196) furent grossièrement cinq fois inférieures, avec cependant des formes plus sévères puisque son taux de létalité (proportion de malades mourant de leur maladie) fut de 80,7% contre 68,05%.

Pouvons-nous voir là le résultat d'une amélioration de l'application des mesures préventives, qui aurait permis d'étaler et d'atténuer l'impact de la deuxième épidémie, en dépit d'une forme plus agressive de la maladie ? Une évaluation épidémiologique plus rigoureuse mais indispensable serait nécessaire pour transformer cette hypothèse en conclusion.

En mai 1902, ce fut de nouveau dans un port, celui de Majunga, qu'une nouvelle épidémie de peste se déclara. Là aussi, les mesures prophylactiques immédiatement appliquées avaient permis de la cantonner à cette seule ville. Terminée le 17 juillet 1902, elle avait occasionné 191 cas et 141 décès (létalité de 73,8%) . (235)

Devant ces flambées de peste survenues dans les deux principaux ports de Madagascar, Gallieni donna des Instructions concernant « *la mobilisation sanitaire en cas d'épidémie de maladies pestilentielles se déclarant à Madagascar* », destinées au Directeur du Service de Santé et aux administrateurs chefs de province, le 5 mai 1903 (236). Les principes qu'il exposait concernaient la police sanitaire, les mesures prophylactiques en cas d'épidémie de peste, et à travers celles-ci les devoirs des médecins des épidémies et leur introduction dans les conseils d'hygiène.

« Les médecins des épidémies font partie de droit des conseils sanitaires et des commissions des logements insalubres instituées dans les villes de Tananarive, Tamatave, Diego-Suarez, Majunga et Mananjary. Ils ont à ce titre un rôle des plus importants et sont les conseillers tout indiqués des autorités locales, du conseil sanitaire fonctionnant comme conseil d'hygiène et de la commission des logements insalubres pour tout ce qui concerne :

Les mesures générales pour prévenir et combattre les maladies endémiques et épidémiques.

La détermination des causes d'insalubrité et des moyens d'assainissement des habitations.

Les moyens généraux d'améliorer les conditions sanitaires des populations.

La propagation de la vaccine » (237).

Ces médecins des épidémies étaient aidés dans leur tâche par des médecins indigènes de colonisation, présents au sein des conseils sanitaires ainsi que dans les commissions des logements insalubres, par arrêté du 5 mai 1903.

Ainsi, grâce à ces mesures strictes (cordon sanitaire, quarantaine, désinfection systématique des individus et des marchandises, destruction par le feu des effets appartenant à un pesteux décédé) la peste est restée localisée lors de ces premières épidémies dans les localités où elles avaient pris naissance. Ce n'est que plus tard, lorsqu'elle atteignit à partir de 1921 les Hauts Plateaux de Madagascar, que le rôle des médecins de l'Assistance Indigène devait devenir beaucoup plus important. Avant cette année là, excepté une nouvelle épidémie à Majunga de juillet à octobre 1907, la population de Madagascar ne devait plus être frappée par cette maladie de manière épidémique.

En 1921, une épidémie de peste éclatait à Tamatave en mars. Mais à la différence des précédentes années, il existait désormais depuis 1913 une ligne de chemin de fer reliant la capitale Tananarive au port principal de Madagascar, Tamatave (fig.8, P125). C'était selon toute vraisemblance, par le train que la peste atteignait pour la première fois les Hauts Plateaux . (238)

Ainsi, la croissance économique et le développement commercial, liés à l'accroissement démographique, objectifs visés par Gallieni, pouvaient s'accompagner d'effets adverses non

souhaités en favorisant la diffusion de certaines maladies transmissibles, comme la peste, créant un frein inattendu au développement de l'île. Après quelques cas mortels, tout d'abord attribués à la pneumonie, la circonscription de Tananarive était déclarée contaminée de peste pulmonaire le 30 juin 1921. Mangasay indiquait que cette épidémie affectait les parties basses de la ville, « *particulièrement populeuse et poussiéreuse, bordée de rizières* », spécificité qui devait se retrouver par la suite et jouer un rôle important dans l'interprétation de cette maladie par les Malgaches. Tout comme le fait qu'aucun européen n'avait été touché par cette épidémie :

« Cette résistance particulièrement remarquable des Européens a contrasté avec la sensibilité toute spéciale des Malgaches à faire de la pneumonie pesteuse. Un colon européen marié avec une femme malgache soigne son fils en même temps et probablement dans les mêmes conditions que sa femme ; l'infirmière Rozalia assista un Père blanc auprès des pesteux ; les deux femmes indigènes meurent de la peste, tandis que les deux Européens sont restés indemnes, alors que tous les quatre ont reçu du sérum à titre préventif » [\(239\)](#).

Contenues en juillet 1921, une seconde épidémie éclatait dans la capitale en novembre de la même année. C'était de nouveau dans les quartiers particulièrement insalubres, « *sans rues et encombrées de broussailles où les rats trouvent des refuges faciles* » [\(240\)](#), que l'épidémie se répandit. Elle prenait fin en février 1922. Dans les deux cas, grâce aux mesures de prophylaxie particulièrement énergiques déployées immédiatement, ces épidémies ne s'étaient pas étendues en dehors de la ville.

En effet, à Tananarive, dès les premiers cas de peste en 1921, le dépistage précoce avec isolement des malades et des suspects était mis en place. Pour cela la ville était divisée en huit secteurs sanitaires, chacun pourvu d'une équipe spéciale, reprenant ainsi les mesures prises par Gallieni pour lutter contre les épidémies de variole et pouvoir mieux surveiller médicalement la population de la capitale. Les agents de la Sûreté Générale servaient d'indicateurs (ce qui n'était peut-être pas le meilleur moyen de gagner la confiance de la population, cette mesure pouvant être interprétée comme répressive par cette dernière). A la tête de chaque secteur opérait un médecin dépisteur indigène agissant sous le contrôle d'un médecin Européen [\(241\)](#). Leur mission résidait dans le dépistage de tous les cas de peste. En effet ceci constituait, indique Mangasay, la clef de voûte de tout le système de prophylaxie. Ce dépistage se réalisait grâce aux frottis de crachats, de rate, de poumons, et essentiellement de foie, obtenus par ponction de ces organes .

On regroupait les contaminés et les suspects dans des camps d'isolement. On pratiquait aussi l'isolement à domicile, ce qui permettait d'éviter toute possibilité de contamination durant le trajet. Dès qu'un malade était dépisté, toutes les personnes de son entourage et celles suspectes de l'avoir approché étaient mises en observation dans des lazarets ou des camps d'isolement.

Les maisons habitées par des pesteux étaient, suivant les cas, désinfectées ou incinérées. L'incinération était le plus sûr moyen technique [\(fig.63, p166\)](#), mais aussi le plus mal accepté par la population. Les Malgaches, principales victimes de la peste, se retrouvaient du même coup les plus atteints dans leur patrimoine. De plus, si ce moyen avait été employé pour arrêter l'épidémie de Majunga en 1907, il n'était pas applicable de la même manière à Tananarive. S'il existait à Majunga

un quartier européen et un quartier indigène qui facilitait des opérations telles que l'incinération, il n'en était pas de même à Tananarive. Comme la décrivait René Lhuerre, « *la ville étant bâtie en château de cartes, les maisons se chevauchant presque les unes sur les autres, l'incinération s'avère parfois impossible* » ([fig.3, p.122](#)).

Ainsi avec une telle organisation, tout décès était immédiatement porté à la connaissance du Bureau municipal d'Hygiène, qui déléguait un médecin du service de dépistage :

« Celui-ci se rend auprès du corps, pratique une ponction du foie et une ponction de chaque poumon. Il fait en même temps une enquête épidémiologique sommaire. Les frottis préparés avec les produits des ponctions sont envoyés à l'Institut Pasteur avec la fiche de renseignements. Suivant le résultat de l'examen microscopique, le permis d'inhumation est accordé, ou bien les mesures de préservation sont déclenchées. Dans quelques cas, peu fréquents, les résultats de l'examen restant douteux, des prélèvements d'organes sont pratiqués en vue de nouveaux examens et d'inoculations » ([242](#)).

Mais malgré ces dispositions (sur lesquelles nous allons revenir plus en détail dans le prochain chapitre), à partir de 1922, la peste commençait à être observée dans la province de Tananarive, dans des villages souvent éloignés les uns des autres, puis dans toute la région des Hauts Plateaux en 1923. C'était à partir de la capitale que la province s'était contaminée : la ville attirait les habitants de la campagne qui y contractaient la peste puis la transportaient ensuite dans leurs villages . ([243](#))

Ainsi, par Tananarive, l'épidémie pesteuse s'étalait en surface, constituant de petits foyers de villages ou de maisons. Au contraire de la peste côtière, la peste « tananarivienne » ne s'était localisée ni dans l'espace ni dans le temps, démontrant par là même les limites des mesures prophylactiques employées. En quelques années, la peste s'était rapidement propagée en Emyrne, atteignant d'abord comme nous l'avons vu les districts les plus proches de Tananarive (Moramanga, Miarinarivo, Ambatolampy, Antsirabe, Ambositra), puis avait gagné le sud (Fianarantsoa jusqu'à Ambalavao), et le nord (vers le lac Alaotra, et par cette voie, jusqu'à Maevatanàna) ([244](#)).

Son extension ne devait pas cesser de croître de façon continue jusqu'en 1936, date à laquelle la vaccination massive par le vaccin à base de germes vivant atténués E.V de Girard et Robic allait entraîner une chute brutale de la courbe épidémique, comme nous le verrons dans le chapitre 10.

Chapitre 9

1921-1931

Dix années de lutte inefficace contre la peste

Les moyens d'une lutte inefficace

Dans les villes, le fonctionnement du service de prophylaxie était calqué sur celui mis en place lors de la première épidémie de peste de Tananarive en juin-juillet 1921. Le fonctionnement de ce service était organisé ainsi : [\(245\)](#)

- Service de dépistage.
- Isolement immédiat de tous les contagés (avec immunisation, d'abord par une injection de sérum anti-pestueux, puis par deux injections successives de vaccin anti-pestueux).
- Incinération de toutes les maisons contaminées, ou leur désinfection quand l'autorité sanitaire le jugeait possible.
- Interdiction d'inhumer dans les tombeaux de famille pendant l'épidémie de peste (inhumation dans un cimetière spécial des personnes décédées de peste, et dans un cimetière commun pour les personnes décédées de maladies ordinaires).

La circonscription sanitaire contaminée était divisée en secteurs de dépistage, qui correspondaient la plupart du temps aux arrondissements de la ville. Deux médecins étaient désignés pour chaque secteur de dépistage : un médecin indigène libre ou de l'Assistance Médicale Indigène, comme médecin dépisteur, et un médecin européen ou un médecin indigène comme médecin contrôleur. Le travail le plus important était effectué par le médecin dépisteur, le médecin contrôleur n'avait qu'un rôle très effacé. Au fil des années, cela ne se fit pas partout à la même date, ce service fut systématiquement confié à deux médecins indigènes de l'Assistance Médicale, entièrement détachés au Bureau d'Hygiène [\(246\)](#). La raison principale venait de la défaveur dont jouissait cette pratique auprès de la population, et de la difficulté de trouver des médecins vérificateurs des décès parmi les médecins libres.

Les agents de police ainsi que les autorités indigènes (gouverneurs indigènes), avaient l'ordre de parcourir leurs quartiers respectifs et de signaler aux médecins dépisteurs toutes les maisons où se trouvaient des malades, ainsi que tous les décès qui leur paraissaient suspects. L'équipe de dépistage se rendait alors sur les lieux et le médecin dépisteur faisait des frottis (de crachats pour les malades, et de foie ou de rate sur les cadavres). Une simple ponction du foie ou de la rate, pratiquée au moyen d'une aiguille et d'une seringue, donnait le produit nécessaire pour faire le frottis post-mortem. Cette méthode de diagnostic de la peste datait de 1894 et reposait sur des faits scientifiques bien établis. Une fois la ponction faite, les frottis étaient réalisés avec les sérosités recueillis. Les lames étaient fixées et adressées au laboratoire où la présence du bacille pestueux pouvait être mise en évidence [\(247\)](#). Avant que des laboratoires régionaux soient créés (nous y reviendrons dans un prochain chapitre), ces examens étaient réalisés dans l'un des trois laboratoires de Tananarive : celui de l'hôpital indigène d'Ankadinandriana, celui de l'Institut Pasteur et celui de la Direction du Service de Santé. Cette méthode du dépistage post-mortem était devenue systématique pour tous les décès dans les régions de Tananarive puis sur celles des Hauts-Plateaux. De plus, elle était plus facilement acceptée par la population malgache que des autopsies à corps ouvert, car selon leurs croyances, « *tout mort doit être remis intact entre les mains des ancêtres dans la tombe familiale* » [\(248\)](#).

Une fois les résultats établis, ils étaient envoyés directement au Bureau Municipal d'Hygiène ainsi qu'au médecin dépisteur. Quand le résultat était positif, toutes les mesures de prophylaxie étaient immédiatement prises par le Bureau Municipal d'Hygiène, le Service de la voirie, et par la police, chargés d'isoler la maison contaminée, des désinfections ou des incinérations reconnues nécessaires, de la recherche des contagés et de leur transport dans les camps d'observation.

L'isolement des contagés était encore une des mesures essentielles dans la prophylaxie de la peste. Pendant longtemps, avant la mise en place d'une organisation structurée pour la lutte anti-pestéuse (chapitre dix), les camps d'observation étaient aménagés dans des écoles ou des édifices religieux réquisitionnés par l'administration, et organisés au fur et à mesure des besoins (249). Ces camps d'observation comprenaient généralement : un médecin de l'Assistance Médicale Indigène (ou bien quand ceux-ci faisaient défaut un étudiant en médecine de quatrième année), des infirmiers, des hommes de peine et des cuisiniers. La durée du séjour des contagés dans ces camps devait être de dix jours après l'arrivée du dernier isolé ou après le dernier cas de peste survenu dans le camp. Mais le docteur Allain précisait qu'en réalité le séjour des isolés était toujours prolongé pour toutes sortes de motifs, et en particulier parce que les maisons contaminées n'avaient pas encore pu être désinfectées. Chaque camp était entouré d'un réseau de fils de fer barbelés, ce qui démontrait la volonté de réellement couper le camp du monde extérieur. Vivres et médicaments étaient fournis, tous les jours, par l'administration.

Quant aux maisons contaminées, elles étaient d'abord isolées au moyen d'un entourage de fils de fer barbelés et d'un cordon d'agents de police. Dès que le décès survenait, « *le corps était enseveli dans un linceul trempé dans une solution forte de crésyl, puis mis en bière entre deux couches de chaux vive, et transporté en camion, au cimetière spécial, pour y être inhumé* » (250).

Le Bureau Municipal d'Hygiène constituait, dans les villes et circonscriptions médicales, des équipes en vue de l'exécution des mesures qu'il devait appliquer : isolement des maisons contaminées, désinfection du voisinage, isolement des suspects, enlèvement des cadavres (fig.72, p.172), désinfection ou incinération des maisons contaminées.

« Le personnel, muni de masques et de lunettes, revêtu d'une combinaison serrée aux poignets et aux chevilles, et imprégnée de crésyl à la partie inférieure, procède à l'arrosage au crésyl des abords immédiats de la maison contaminée, précaution indispensable étant donnée l'abondance des puces. La désinfection et la dératisation de la maison sont faites à la chloropicrine. Après quoi la maison est fermée pendant 48 heures ; puis il est procédé à une nouvelle dératisation et à la désinfection aussi complète que possible » (251).

Dès la première épidémie de peste à Tananarive le sérum anti-pestéux et les vaccinations anti-pestéuses étaient employés. Les médecins, les infirmiers, les gardes-malades, ainsi que toutes les personnes appelées par leurs fonctions auprès des malades, recevaient d'abord une injection de sérum anti-pestéux, suivie peu de jours après de deux injections de vaccin. La même pratique était employée à l'égard de tout l'entourage immédiat des malades atteints de peste, et des parents, amis et voisins,

qui étaient isolés dans les camps d'observation que nous avons décrit précédemment. Un arrêté du Gouverneur Général du 22 juillet 1921 rendait même la vaccination anti-pestreuse obligatoire (252). Mais cette dernière faisait l'objet de telles attaques que son caractère obligatoire devait être abandonné. L'efficacité des vaccins alors disponibles était loin d'être totale. Après la vaccination, la protection n'était pas immédiate, et dans les cas les plus favorables, elle n'était que de courte durée. D'où la nécessité de réinoculations fréquentes, qui ne mettaient d'ailleurs pas à l'abri de la peste pulmonaire primitive. En 1925 le docteur Couvy arrivait à la conclusion :

« la vaccination anti-pestreuse ne saurait être envisagée que comme moyen de protection individuelle ; elle ne peut viser l'éradication de la peste. C'est donc une mesure de second plan. Mais dans une lutte aussi difficile, elle peut constituer une ressource que nous n'avons pas le droit de négliger, ressource précieuse à condition de ne pas demander à la méthode plus qu'elle ne peut donner » (253).

Nous verrons par la suite que la vaccination devait jouer en réalité, sous l'impulsion de Girard et Robic, beaucoup plus qu'un second rôle dans la lutte anti-pestreuse. Mais la remarque du docteur Couvy était significative de la première préoccupation du corps médical et de l'administration durant la phase initiale de la lutte. Les recherches démontraient de façon certaine qu'en définitive la peste humaine (sous ses trois formes), connaissait comme point de départ l'entretien de l'infection sur le rat et sa puce. C'était donc la lutte contre ce réservoir de virus qui devait figurer au premier plan de l'action contre la peste (254). En 1924 un programme de lutte était mis en place à Tananarive à cet effet (255). Il prévoyait tout d'abord une lutte défensive appliquant les mesures suivantes :

- Affamer le rat : en aménageant tous les locaux où étaient emmagasinées les denrées susceptibles de leur servir de nourriture (rizeries et entrepôts de riz, magasins de marchandises consommables, établissements de traitement des viandes). Ce plan d'assainissement de la ville demandait l'inscription annuelle de 200.000 francs au budget jusqu'à la réalisation du programme. Pour les maisons particulières, il fallait rendre obligatoires les précautions de nature à prévenir la pullulation des rats avec des fondations et soubassements en dur. Egalement tenir hors de portée des rats les ordures ménagères, en généralisant des dépôts provisoires étanches.
- Supprimer les abris habituels des rats : en débroussaillant les talus en ville et dans la banlieue immédiate, en réaménageant les égouts (avec une maçonnerie étanche, et un dispositif permettant de compartimenter le réseau en tronçons parfaitement clos).

Ainsi il apparaît que cette question de la pullulation des rats en ville dépassait largement le cadre de la dératisation et celui même de la peste. Elle concernait l'hygiène de la ville dans son ensemble, et l'application de telles mesures devait prendre plusieurs années.

La lutte offensive était davantage tournée vers une application à court terme. Elle comprenait tous les moyens de destruction directe : poisons, gaz asphyxiants, pièges, primes (les têtes de rats étaient mises à prix ; cette méthode devait se révéler d'une grande efficacité dans toutes les villes où la prime était assez élevée). Tous ces moyens dans leur ensemble, étaient moins efficaces que la lutte

défensive sur une action à long terme. Employés seuls, ils étaient quasiment inopérants dans une ville qui possédait une abondance de gîtes. Mais le docteur Couvy indiquait également qu'ils avaient l'avantage de dépendre uniquement de l'autorité administrative chargée de les appliquer.

Cependant, si dans les grandes villes telles que Tananarive, dotées d'une bonne organisation sanitaire, cette action contre le réservoir de virus, alliant actions directes et plan d'assainissement, pouvait se révéler efficace, il n'en allait pas de même dans les campagnes.

« Le village malgache, avec ses cases mal entretenues, ses courettes et ses innombrables recoins, se prête aussi mal que possible à tout essai de dératisation. La construction de la maison d'habitation est des plus défectueuses ; ses murs de terre, son toit de chaume et l'aire malgache, sorte de plafond fait d'un mélange de terre et de paille, sont des abris recherchés par les rats, à proximité des greniers à riz situés le plus souvent à l'intérieur des cases. Sur un sol de terre battue, dans la poussière accumulée sous les nattes et dans les coins obscurs, à l'abri du balayage, la puce du rat trouve des conditions favorables pour vivre à l'état libre. [...] C'est évidemment à de telles conditions d'insalubrité qu'il faut rapporter la persistance de la maladie, ainsi que son extension qui s'est faite sans rémission à toutes les zones où le climat favorise la vitalité des puces pestigènes. Le problème de la lutte contre la peste à Madagascar est donc, comme dans les autres pays, lié à celui de l'amélioration de l'habitation indigène » [\(256\)](#).

La solution idéale, que soumettait J. Robic, aurait été de reconstruire les maisons d'habitation et leurs alentours, en les rendant impropres à offrir des gîtes au rat. Mais ce programme aurait exigé un immense effort financier, et il était inexécutable vis à vis du budget de la colonie de Madagascar.

La peste apparaissait alors beaucoup plus comme un problème rural qu'urbain. Cet état de fait devait amener à rechercher pour la brousse une méthode de prophylaxie indépendante des conditions de l'habitation humaine. Seule une vaccination efficace, renouvelée aussi souvent que nécessaire, paraissait susceptible de modifier immédiatement la situation. La vaccination était donc de nouveau rendue obligatoire sur les Hauts-Plateaux en 1926 [\(257\)](#). De grandes campagnes étaient organisées, plusieurs milliers de personnes étaient vaccinées mais avec un produit sans réelle efficacité, discréditant la vaccination aux yeux de la population.

La lutte anti-pestreuse : du domaine médical au domaine politique

Les méthodes pratiquées par les Européens dans la lutte anti-pestreuse donnaient des arguments aux anticolonialistes. En effet les dispositions contraignantes, et le plus souvent inefficaces prises par les autorités sanitaires à l'encontre des seuls Malgaches, dès l'apparition des premiers cas dans la capitale (isolement des malades et des personnes avec qui ils ont été en contact dans les lazarets, destruction par le feu de leurs maisons, dératisation, désinfection des marchandises, cordons sanitaires) semaient la crainte et soulevaient la réprobation au sein de la population autochtone.

Plus que toutes ces mesures, c'était l'interdiction de veiller le mort et de l'inhumer dans le tombeau

familial qui traumatisait la population. On retrouvait là le problème soulevé dans la lutte contre la variole. L'inhumation marque en effet le retour du défunt à la terre de ses ancêtres. Ce culte des ancêtres fait des funérailles une cérémonie privilégiée à laquelle participent la famille et les amis venus parfois de très loin. Le cadavre était souvent transporté à grande distance. Or la nouvelle réglementation imposait que les pesteux soient enterrés à la va-vite dans des cimetières spéciaux. On interdisait aussi la cérémonie de « retournement des morts », qui après quatre ou cinq ans rassemblait à nouveau la famille et au cours de laquelle le tombeau était ouvert, le cadavre exhumé et enveloppé d'un linceul neuf. Cette façon de renouer contact avec lui s'accordait mal avec les exigences de la prophylaxie en vigueur [\(258\)](#). Cet état d'esprit se traduisait clairement à travers les propos rapportés par le docteur G. Girard :

« Il n'a jamais été dans la politique française d'user de la force dans ses territoires d'outre mer, mais bien plutôt de convaincre et d'agir avec humanité en matière de préservation de la santé publique. L'autorité administrative l'a si bien compris que les innombrables délits, et certains eurent des conséquences funestes, ne furent qu'exceptionnellement et faiblement sanctionnés. Le rappel d'un entretien du Gouverneur Berthier avec un notable, tel qu'il nous fut rapporté par ce haut fonctionnaire que les malgaches tenaient à juste titre en très haute estime, donne la mesure du fossé qui séparait notre conception de celle des autochtones. Leur porte parole ne venait pas tant pour déplorer la menace qui pesait sur le pays et demander que l'on met tout en œuvre pour la prévenir, que pour solliciter, au contraire, une atténuation, sinon l'abandon des mesures instituées pour y parvenir : *mourir de peste ou d'autre chose, qu'importe, disait-il, personne n'échappe au destin. Mais ce qui nous angoisse, c'est de penser que nous pourrions ne pas rejoindre ceux qui nous attendent au tombeau de famille.* Autrement dit, laissez-nous mourir tranquilles, nous ne vous reprocherons rien, mais que notre honneur familial soit sauvegardé » [\(259\)](#).

De plus, les dispositions sanitaires ne touchaient pas les Européens. Officiellement, et ce jusqu'en 1926, année où la première victime européenne était enregistrée [\(260\)](#), la peste ne frappait exclusivement que les Malgaches des quartiers populeux de la capitale et de la brousse. Ainsi dans le contexte de la colonisation, avec ce qu'elle suppose d'inégalités et d'oppression, les nationalistes de plus en plus nombreux appuyaient leur propagande sur ces exemples d'injustice. La répugnance des Malgaches à se soumettre aux règlements médicaux a été exploitée à des fins politiques et anti-françaises par des « politiciens » et des agitateurs autochtones :

« Une criminelle propagande, chuchotée de bouche à oreille, sciemment mensongère, et qui fit d'ailleurs partie de la préparation de la rébellion de 1947, aboutit à la création d'une psychose de la peste. Les bruits les plus fantasques étaient répandus sur l'isolement des contacts dans les lazarets, par exemple, allant jusqu'à faire croire à des esprits simples et crédules que cet isolement avait pour but de perpétrer des assassinats en série » [\(261\)](#).

Les délits auxquels faisaient allusion G. Girard dans la citation précédente résidaient dans l'absence

de déclarations, le transfert des malades au loin, les inhumations clandestines, la dissimulation des rats morts, les pots-de-vin aux médecins pour l'obtention de certificats médicaux de complaisance (262). Ce dernier délit avait pris au fil des années des proportions importantes. En 1932, le directeur du Service de Santé, le docteur Vivié (263), n'hésitait pas à dénoncer le manque de prise en considération de ces actes, soulignant que le problème de la lutte contre la peste était non seulement d'ordre technique mais aussi administratif. Il reprochait aux pouvoirs administratifs (les « *fonctionnaires d'autorité* » et les « *diverses autorités indigènes* ») de ne pas faire suffisamment respecter les prescriptions des arrêtés et des règlements en vigueur concernant l'hygiène et la santé publique. De même, il dénonçait le véritable « *trafic de la peste* » qui existait alors, pratiqué par des membres du personnel médical indigène. Cette dénonciation devait être suivie rapidement par une Circulaire du Gouverneur Général condamnant les méfaits précités et promettant des sanctions concrètes contre leurs auteurs. En voici un extrait illustrant bien la situation à laquelle l'administration était confrontée :

« Les constatations faites depuis plusieurs semaines à l'occasion d'une recrudescence de la peste dans la région centrale de Madagascar permettent d'affirmer que d'assez nombreux cas de contagion eussent été évités si tous les Médecins des cadres spéciaux et les Médecins libres avaient strictement exécuté les mesures de Police Sanitaire prescrites. Il est malheureusement établi que certains praticiens ont au contraire entravé l'application de ces mesures, soit par négligence, soit le plus souvent par dissimulation volontaire, de complicité avec les familles et moyennant rétribution, des cas qu'ils avaient le devoir de dénoncer immédiatement. Il est hors de doute aujourd'hui que bon nombre des contacts mortels reconnus récemment sont dus à ces manœuvres criminelles qui appellent d'immédiates et sévères sanctions » (264).

Dans ces conditions, Fabienne Lemarchand-Copreaux indiquait que « *l'idée d'une maladie inventée par l'administration française pour renforcer son ascendant sur les indigènes* » s'imposait assez vite à l'esprit de nombreux Malgaches, s'appuyant pour preuve sur les impressionnants dispositifs de sécurité mis en place :

« Autour des cordons sanitaires, miliciens et tirailleurs sénégalais traquent les fuyards. Des agents de police européens parcourent sans relâche les villes, questionnant les habitants et visitant les maisons, afin de débusquer les malades » (265).

Sur la côte, seules les formes bubonique et septicémique de la peste se développaient (266). En revanche, sur le plateau central de l'île, le climat plus froid favorisait l'apparition des formes pulmonaires, directement transmissibles d'homme à homme et terriblement meurtrières. Ainsi, le froid (propice à l'éclosion des affections pulmonaires), et le pneumocoque (bactérie associée fréquemment à toutes les formes de peste et préparant même le terrain au bacille de Yersin dont il exalte la virulence), sont les facteurs principaux dans les cas de peste pulmonaire. Mais un autre élément jouait un rôle important à Madagascar dans la propagation de cette maladie, certaines coutumes des Malgaches :

« Dans un pays où tout malade est roi, où chaque membre de la famille rivalise à lui rendre service, dans une petite case comble où tous les parents assistent à son dernier souffle pour recueillir ses crachats ou ses vomissements, toutes les conditions sont réunies pour assurer le premier passage humain, conditions encore accrues par la fatigue qu'entraînent des nuits de veillée mortuaire. Les parents ainsi contaminés essaient l'épidémie quand le dépistage n'est pas fait ou quand ils cherchent à échapper au contrôle médical » ([267](#)).

C'était l'une des difficultés majeures rencontrée dans la lutte anti-pestreuse : l'incompatibilité de certaines coutumes avec les préceptes de la prophylaxie. Les mesures prises par l'administration pour les empêcher étaient justifiées en terme de santé publique. Les nationalistes jouaient sur ces interdictions, accusant le pouvoir français d'entraver les coutumes locales. Au fil des ans, la peste était donc devenue un véritable thème de propagande pour les nationalistes. Les leaders politiques malgaches se faisaient de plus en plus virulents, critiquant le système colonial fondé selon eux sur la discrimination, l'inégalité et l'oppression. Ils mettaient ouvertement en cause la politique médicale, incapable de venir à bout du fléau. Selon Fabienne Lemarchand-Copreaux, « *l'impérialisme français vacille : il est accusé d'entretenir à dessein une peste politique et raciste* ».

Ces attaques trouvaient un écho favorable auprès d'une population fatiguée par l'inefficacité des mesures strictes et sévères qui lui étaient imposées, et par l'échec de plusieurs années de vaccination obligatoire ([268](#)). Ces campagnes étaient difficiles à effectuer. Les leaders nationalistes parcouraient le pays pour inciter les populations à la résistance. Le personnel chargé des vaccinations était souvent précédé dans ses tournées par des individus qui distribuaient des tracts et tenaient des discours dissuasifs. Voici l'exemple d'une plainte d'un médecin adressée à l'administrateur supérieur de Tananarive, dans laquelle il stipulait que « *quatre communistes notoires, la veille du jour où je devais opérer, ont alerté la population en déclarant à la foule qu'on allait sous prétexte de les vacciner, leur enfoncer une aiguille dans le ventre et les tuer* ([269](#)) ». Il concluait en révélant le résultat de cette action : seulement 43 personnes s'étaient présentées à la séance de vaccination d'Ambohidrapeto contre 200 l'année précédente.

Voici un extrait d'une lettre du médecin chef du BMH (Bureau Municipal d'Hygiène), Chollat Traquet, adressée au directeur du Service de Santé et de l'AMI le 7 décembre 1932, qui donne une indication sur la situation conflictuelle existant entre le pouvoir médical, le pouvoir administratif, et la population indigène :

« J'ai l'honneur de vous rendre compte des difficultés éprouvées en matière de dépistage de la peste du fait de l'opposition systématique de la part de la population indigène (...). Le peuple Hova (...) ne veut pas admettre l'existence de la peste ; il la nie par principe, du fait seul que nous l'affirmons. C'est probablement un des nombreux moyens, plus ou moins conscients, dont il use pour manifester son humeur indépendante (...). Le Hova est actuellement anti- peste, comme il est communiste ou nationaliste, comme il a été VVS. Cette funeste tendance au mensonge, élevée à la hauteur d'une doctrine, ne résisterait cependant pas à la crainte de sanctions (...). Nous avons renoncé à dresser de nouveaux procès verbaux qui nous demandent beaucoup de peine et beaucoup de temps

pour des résultats négatifs. Mais la population sachant pertinemment qu'elle est assurée de l'impunité, se fait un plaisir de nous tromper » [\(270\)](#).

La vaccination discréditée, un certain découragement gagnait le personnel médical, la peste continuait de se propager de manière ascensionnelle (fig.52, p.156). Mais trois personnalités devaient jouer un rôle primordial dans cette période délicate. Tout d'abord, le directeur du service de l'AMI, A. Thiroux, qui était convaincu que la vaccination restait le seul moyen de lutte réellement pratique. Il poussait ainsi à son intensification à partir de 1929 avec les vaccins inactivés (à partir de germes tués) déjà utilisés. Sur le terrain, cela n'eut qu'une faible influence sur l'incidence de la peste. Mais l'impact psychologique de cette volonté inébranlable fut sensible et permit de surmonter la crise. De même sous son impulsion, les scientifiques avaient dû apprendre à mieux communiquer avec la population pour contrer les attaques répétées des nationalistes (dans les centres de vaccination on enseignait de manière plus explicite les modes de transmission de la peste et les effets du vaccin). Mais ce sont les docteurs Girard et Robic qui devaient, par leur recherche scientifique à l'Institut Pasteur de Tananarive, jouer un rôle déterminant.

Evolution de l'AMI, de l'Ecole de Médecine, et de l'Institut Pasteur

Plusieurs indices concordent, d'après différents rapports, pour signaler que l'enseignement médical au sein de l'Ecole de Médecine de Tananarive n'était plus aussi performant que dans les années précédentes. Le rapport de l'AMI pour l'année 1927 indiquait que l'une des premières mesures à prendre était de réformer complètement l'enseignement des médecins [\(271\)](#). Déjà lors de son arrivée à Tananarive en 1922, G. Girard faisait une description sévère de l'état de l'Ecole de Médecine et de l'enseignement qui y était effectué :

« ...située dans un bas-fond derrière le Palais de la Reine, difficilement accessible aux voitures (...), composé de bâtiments et de cases en terre pour la majorité, sommairement aménagé sans le moindre confort. Un vaste hangar recouvert de tôle ondulée tint lieu un moment d'amphithéâtre lorsque, l'effectif des étudiants progressant, la salle des cours apparut par trop exigüe. Quant à l'enseignement lui même (...) il est presque exclusivement théorique (...). Le corps enseignant est recruté parmi les médecins militaires présents dans la capitale et soumis aux fluctuations des mutations et des rapatriements. Leurs fonctions souvent multiples (...) ne leur permettent guère de consacrer le temps nécessaire à la préparation de leurs leçons d'autant qu'ils n'ont guère de notions pédagogiques et qu'ils ne sont là que pour une durée limitée (...). En bref, le savoir de nos jeunes médecins malgaches est au sortir de l'Ecole surtout livresque » [\(272\)](#).

Il semble bien que l'enseignement médical et l'Ecole de Médecine ne représentait plus une priorité aux yeux du Gouvernement Général. Le succès sur la variole avait sans doute une part de responsabilité dans cet état de fait. Or pour lutter contre les épidémies de peste il fallait pouvoir disposer de médecins indigènes nombreux et performants. Jusqu'en 1927, d'après les rapports de l'AMI, aucun effort concret n'avait été réalisé pour améliorer cette situation. Cette année là, sous

l'impulsion de A. Thiroux, était mis en place un nouveau règlement intérieur de l'Ecole ainsi qu'une réorganisation d'un conseil de perfectionnement (273). La même année était institué un cadre d'officiers de santé recrutés parmi les jeunes médecins sortis de l'Ecole de Médecine. Ils débutaient comme médecins auxiliaires et pouvaient arriver, en fin de carrière, au grade de médecin-capitaine. Puis le 6 janvier 1929, l'école et l'hôpital étaient déplacés de Ankadinandriana à Befelatanana, dans de nouveaux bâtiments, inaugurés le 28 septembre 1928 (274). Ces différentes mesures marquaient la volonté du nouveau directeur de l'AMI et du Service de Santé de réorganiser l'enseignement médical pour qu'il soit de nouveau en adéquation avec les actions menées par les médecins indigènes.

Dans le rapport annuel de l'AMI de 1928, il portait un jugement sévère et critique sur la qualité professionnelle des médecins indigènes. Il y renouvelait sa volonté d'élever le niveau des élèves avant leur sortie de l'Ecole de Médecine, et de réformer l'enseignement qui n'était plus adapté. Tout en notant déjà des améliorations dues à ces réformes, ses propos indiquaient une certaine méfiance envers les Malgaches. Surtout, l'Ecole de Médecine apparaissait à ses yeux, comme à ceux de Gallieni avant lui, l'Institution essentielle dans le bon fonctionnement de l'Assistance Médicale Indigène :

« Je dois dire que si je ne me fais pas d'illusions, il m'a paru au cours de mes dernières tournées dans le sud de l'Ile, que les médecins indigènes sortis à la fin de 1927 de l'Ecole de Médecine avaient déjà bien profité d'un enseignement mieux ordonné et d'une discipline plus stricte et que leurs postes médicaux étaient mieux tenus d'une façon générale que les autres. Cependant dans ce pays où l'indigène guette le moment où il pourra gagner à la main et est prêt à profiter de toutes les abdications qu'on décore par euphémisme du nom d'indigénophilie, il sera encore longtemps nécessaire que le Directeur du Service de Santé ait constamment son attention attirée par le fonctionnement de l'Ecole de Médecine, pépinière des médecins indigènes, et qu'il n'en abandonne pas la haute surveillance, quelle que soit d'ailleurs la valeur médicale du Directeur de l'Ecole. C'est (...) la base de l'amélioration technique et morale de nos médecins indigènes et de l'ensemble du Service de l'Assistance » (275).

Parallèlement à cette réorganisation de l'Ecole de Médecine, un arrêté du 15 novembre 1927 apportait une nouvelle répartition administrative du territoire comprenant désormais cinq régions (avec chacune un grand hôpital, Tananarive, Tamatave, Diego-Suarez, Majunga, Fianarantsoa, Tuléar) et 41 provinces. Le réseau routier de Madagascar, ainsi que les chemins de fer, permettaient de plus en plus la centralisation des moyens d'hospitalisation. Cela entraînait aussi dès 1928 la suppression des petits hôpitaux de brousse dans lesquels s'organisait surtout le « pillage du budget de l'AMI ». Ainsi, le reclassement des établissements de l'AMI avait permis de réduire de 71 à 53 le nombre de ces petits hôpitaux ruraux. A leur place fonctionnaient des postes médicaux pourvus d'un petit nombre de lits pour les malades graves dont l'état ou les circonstances de distance ou de viabilité ne permettaient pas d'évacuer vers des formations plus importantes . (276)

Cette action visant à limiter les petits hôpitaux de brousse pour mieux contrôler les dépenses de l'AMI entraînait dans un plan plus vaste de réorganisation des Services de l'AMI, prévu par l'arrêté du

25 avril 1928. Ainsi, toujours dans le souci d'accroître le contrôle sur l'action des médecins indigènes, les instructions pour l'application de l'arrêté précité imposaient aux médecins européens inspecteurs de l'AMI un minimum de tournées, fixé à 25 jours par trimestre (277). Une réglementation similaire était destinée aux médecins indigènes, mais elle était beaucoup plus difficile à faire appliquer, comme le faisait remarquer le docteur Thiroux :

« Dans un poste le médecin indigène aime à se décharger sur ses infirmiers de toutes besognes fastidieuses qui ne lui rapporte pas. Beaucoup font faire la consultation par l'infirmier ; à plus forte raison ne se déplacent ils pas volontiers pour effectuer des tournées » (278).

Ces médecins étaient astreints à deux sortes de tournées. Tout d'abord les tournées de vaccinations faites en saison sèche par un personnel spécial (infirmiers) qui visitait le plus grand nombre possible de localités sans obligation d'y faire des visites périodiques. Puis des visites médicales hebdomadaires dans les localités voisines situées à une journée de marche du poste, suivant un programme établi chaque année par le médecin inspecteur de l'AMI et approuvé par le directeur de l'AMI.

La volonté de veiller à une formation complète des élèves, implicitement demandée par le directeur de l'AMI A. Thiroux, se concrétisait avec en 1929 la création d'une année de stages pour les médecins sortants de l'école, stages avec cours de perfectionnement. Puis en 1932, le régime de l'Ecole de médecine devenait l'internat : externes et internes étaient désormais logés ensemble à l'hôpital, tandis que les étudiants des premières années occupaient un bâtiment de l'ancien hôpital d'Ankadinandriana, en attendant la construction d'un véritable internat . (279)

Ces différentes mesures visant à améliorer la formation des étudiants en médecine montraient bien le souhait de l'administration de s'appuyer de nouveau de manière importante sur la « cheville ouvrière » de l'Assistance Médicale, les médecins indigènes de colonisation. En effet, la lutte inefficace contre la peste était peut être due en partie à un « oubli » de s'appuyer, comme pour la lutte anti-variolique, sur ces médecins Malgaches. En 1931, leur effectif était de 326. La nouvelle promotion de l'Ecole de Médecine portait ce chiffre à 340 en 1932. Les départs à la retraite et les décès étaient ainsi comblés. Ce chiffre correspondait à peu près aux prévisions du budget de l'AMI (280).

Outre l'Ecole de Médecine, l'autre pilier de l'assistance médicale que représentait l'Institut Pasteur de Tananarive devait aussi connaître une évolution. Cet institut fonctionnait depuis sa création en 1899 comme un établissement du service local. En 1927 il devenait officiellement une filiale de l'Institut Pasteur de Paris, après convention (15 janvier 1927) passée entre ce dernier et le Gouvernement Général de Madagascar. D'après celle-ci (281), la colonie de Madagascar devait fournir une subvention annuelle de deux cent quatre vingt mille francs à l'Institut Pasteur de Paris à titre de contribution forfaitaire à toutes les dépenses du fonctionnement de l'Institut de Tananarive (art.3). Le choix du personnel et de l'administration de celui-ci appartenait à l'Institut Pasteur de Paris (art.5). Les services pratiqués et les recherches poursuivies étaient institués en vue de la protection de la santé publique et du développement économique de Madagascar (art.6). L'Institut Pasteur de Paris s'engageait à supporter toutes les dépenses résultant de la constitution et du renouvellement de l'outillage nécessaire au bon fonctionnement de celui de Madagascar, ainsi que les

traitements du personnel. En revanche, l'entretien et la réparation des bâtiments restaient à la charge du Gouvernement Général (art.7). Enfin, l'Institut Pasteur de Madagascar mettait à la disposition de l'administration, pour les services de l'AMI, des hôpitaux et dispensaires de la colonie, les divers vaccins et sérums venant de la métropole, suivant un tarif établi d'un commun accord avec le directeur de l'Institut de Paris. Mais les vaccins fabriqués par l'établissement de Tananarive étaient délivrés gratuitement au gouvernement local (art.11).

Ce nouveau statut de l'établissement avait donné lieu à un projet d'extension de l'Institut Pasteur de Tananarive, achevée en 1935 à la suite de l'installation et de l'aménagement des nouveaux laboratoires. Une somme de trois millions et demi avait été utilisée depuis 1925 pour la modernisation et l'agrandissement de l'établissement [\(282\)](#). Ainsi devant l'accroissement de ses moyens, l'Institut Pasteur de Madagascar (nouvelle appellation) avait pu étendre son champ d'action. Cette activité se manifestait particulièrement dans le domaine des recherches intéressant la santé et l'hygiène. Bien entendu, c'était à l'étude de la peste qu'il se consacrait tout spécialement, avec la mise au point de méthodes de dépistage de la peste humaine et murine, l'identification des parasites des rongeurs transmetteurs de peste, l'étude des circonstances épidémiologiques favorisant le maintien et la diffusion de la peste à Madagascar, les investigations sur la peste pulmonaire très fréquente dans la région des Hauts-Plateaux. Sans oublier la recherche principale à laquelle se consacraient J. Robic et Gérard : la mise au point d'un nouveau vaccin plus efficace que ceux employés habituellement.

Chapitre 10

1932-1950

Les efforts conjugués de l'administration et des services de santé permettent une victoire sur la peste

Le Service de Prophylaxie de la Peste, symbole de la volonté d'enrayer l'épidémie

Jusqu'en 1932, l'organisation administrative de la prophylaxie de la peste était basée uniquement sur les textes établis en novembre 1927, avec notamment l'arrêté portant règlement des mesures de Police Sanitaire Générale à Madagascar (15 novembre 1927). Ces documents constituaient en quelque sorte la charte sur laquelle tous les services sanitaires s'appuyaient pour l'application des mesures prophylactiques des maladies contagieuses en général, ainsi que pour tout ce qui intéressait l'hygiène des populations. Or, pour la prophylaxie spécifique de la peste, ces différents textes ne suffisaient plus. La nécessité des lazarets se faisait sentir, et surtout, aucune organisation centrale du service de la peste n'existait. Du coup, les médecins inspecteurs des circonscriptions médicales paraissaient souvent trop livrés à eux mêmes et à leurs propres ressources, sans directives ni moyens précis pour améliorer certaines situations . [\(283\)](#)

C'est pour ces différentes raisons que fut créé officiellement en 1932 un Service de Prophylaxie de la

Peste. Voici les grands principes de fonctionnement de ce service, édictés par l'arrêté du 23 mai 1932 (284). Il était placé sous la direction et le contrôle du directeur du Service de Santé et de l'AMI et comprenait un service central d'études et de recherche, et divers services d'exécution.

- Le service central était dirigé par un médecin européen, et était chargé de toutes les études et recherches concernant le problème de la peste à Madagascar. Il pouvait ainsi entreprendre toutes les investigations et enquêtes scientifiques nécessaires. L'Institut Pasteur jouait un rôle important au sein de ce service central, puisque les recherches précitées se faisaient dans cet établissement, sous le contrôle technique du directeur et en collaboration avec les autres chefs de service. De plus, ce service recrutait lui même des préparateurs pour les laboratoires des bureaux municipaux d'hygiène et en assurait leur instruction technique, toujours en lien étroit avec les chefs de service de l'Institut Pasteur.

- Les services d'exécution étaient constitués par les bureaux municipaux d'hygiène que nous venons d'évoquer, et par les bureaux d'hygiène des circonscriptions médicales. Leurs moyens d'action étaient constitués :

- d'un laboratoire spécialement équipé pour pratiquer les examens courants de frottis pour le diagnostic et le dépistage de la peste (exécutés par un préparateur formé par le service central, sous le contrôle et la responsabilité du médecin chef du bureau d'hygiène) ([fig.54, p.158](#)).
- d'équipes de prophylaxie anti-pestueuse dirigées par un agent sanitaire européen, assisté d'agents subalternes indigènes, avec le matériel de transport, de dératisation et de désinfection mis à leur disposition ([fig.65, p167 et fig.66, p168](#)). Ces équipes étaient constituées au fur et à mesure des besoins par décision du maire ou de l'Administrateur supérieur de la région, sur la proposition du médecin du bureau d'hygiène et en accord avec le directeur du Service de Santé et de l'AMI. Leur nombre était proportionné à l'intensité de l'endémo-épidémie à combattre et aux mesures prophylactiques jugées nécessaires. Elles étaient essentiellement mobiles, afin de pouvoir se concentrer sur un point précis ou bien se répartir sur l'ensemble de la circonscription, ou même être prêtées à une circonscription voisine plus menacée. En 1933, leur répartition était la suivante : une pour Tananarive et sa banlieue, cinq en Emyrne, deux dans la circonscription de Moramanga, une pour celle de Vakinankaratra, une pour celle d'Abositra, et une pour celle de Maevatanana ([fig.56, p160](#)). (285)

Le principal avantage de cette nouvelle organisation était la mise en place, sur l'ensemble des régions contaminées, d'un réseau important de moyens de dépistage, de contrôle, de prophylaxie, possédant des organes de traitement et d'isolement, ainsi que des moyens mobiles permettant une action rapide sur une zone menacée.

Les organes de traitement et d'isolement étaient les lazarets ([fig.55, p159](#)). On en distinguait deux sortes. Les lazarets permanents, de construction légère, étaient édifiés pour tout foyer pesteux d'une

certaine importance. Leur nombre et leur emplacement étaient déterminés par arrêté du Gouverneur Général après avis du chef de région et toujours sur la proposition du directeur du Service de Santé et de l'AMI. Les autres lazarets dits temporaires, composés de cases indigènes, étaient destinés aux zones éloignées de tout lazaret permanent, et où on ne trouvait que des foyers épars de peste (ils étaient dotés par le bureau d'hygiène d'un matériel de désinfection de modèle réduit et portatif).

La participation de l'AMI dans le fonctionnement de ce service était importante, surtout au niveau du personnel fourni. Un lazaret permanent comprenait notamment un infirmier principal de l'AMI (qui était le gardien chef du lazaret) et un à deux infirmiers ordinaires de l'AMI, variant selon les besoins. Quant aux lazarets temporaires, la surveillance et les soins médicaux des personnes isolées étaient assurés par le personnel médical de la formation d'AMI la plus proche. En outre, le médecin chef du service central avait à sa disposition deux médecins détachés de l'AMI pris parmi ceux présentant la meilleure aptitude technique spéciale. En rappelant le rôle joué par les médecins et le personnel indigènes de l'AMI dans la lutte anti-pestreuse, il est nécessaire de citer J. Robic qui leur rendait hommage :

« Nous avons relevé les noms de toutes les victimes (...) : vingt-deux médecins malgaches et dix étudiants en médecine ; vingt-cinq infirmiers ou infirmières, quatre sages-femmes et quatre servants de lazarets. [...] N'est il pas souhaitable de réaliser, enfin, un projet qui recueillit, en son temps, l'approbation unanime et enthousiaste (...) ? Il s'agit de marquer notre reconnaissance aux médecins et infirmiers malgaches qui ont offert leur vie dans l'accomplissement de leur devoir professionnel. Un monument très simple, une pierre levée, dans le style malgache, rappellerait utilement à nos jeunes médecins le sacrifice de leurs aînés » . [\(286\)](#)

Si cet hommage rendu aux médecins indigènes pour leur rôle actif dans la lutte anti-pestreuse leur était valorisant, leur niveau de responsabilité restait toujours limité. Par exemple pour l'examen des frottis, « *tous les examens faits par les Médecins indigènes dans les centres d'examen doivent être contrôlés par le Médecin-Inspecteur [européen] de la circonscription* » [\(287\)](#). Ceci traduisait encore une certaine méfiance de la part de l'administration coloniale envers leur capacité d'auto gestion et de conscience professionnelle. Elle n'était sans doute pas entièrement infondée, puisque l'examen des frottis facilitait, s'il n'était pas fait consciencieusement, le « *trafic de la peste* ». Le rapport de l'AMI de 1932 rapportait qu'au cours de cette année, dans deux cas les frottis envoyés à l'examen avaient été faits avec du sang de poulet. Ceci était réalisé grâce à la complicité de médecins indigènes, qui moyennant rétribution, livraient à l'examen de faux frottis, assurément non pesteux [\(288\)](#). Il ne faut pas oublier non plus la volonté de limiter leur rôle à celui d'exécutant. En effet, confier des postes à haute responsabilité dans l'organisation sanitaire aux médecins indigènes pouvait être jugé périlleux dans le contexte d'une montée du nationalisme s'appuyant sur les échecs du corps médical dans la lutte anti-pestreuse.

En dehors du personnel, le matériel d'exploitation et le matériel technique nécessaires au fonctionnement du service de lutte anti-pestreuse étaient également fournis par l'AMI. Notamment, chaque équipe de prophylaxie était équipée d'une camionnette, d'un aéro-pousse, de nasses et de pièges à rats, d'appareils de désinfection à douches, de désinfectants et des outils courants . [\(289\)](#)

Il faut noter que dans ce nouvel élan donné à la lutte anti-pestéuse, les mesures administratives avaient elles aussi un rôle important, vu le contexte conflictuel dans lequel elles étaient appliquées. Elles ont été renforcées soit par une application plus stricte des textes antérieurement en vigueur, soit appuyées par des décisions régionales. En particulier une mesure concernant la surveillance sanitaire des déplacements des travailleurs à travers l'île était essentielle pour limiter la propagation des épidémies. A partir de 1933, un itinéraire leur était imposé avant leurs déplacements professionnels, avec des centres prévus pour une visite médicale obligatoire et pour faire viser leur passeport sanitaire . [\(290\)](#)

Enfin, des efforts étaient toujours maintenus pour informer les populations des dangers de la peste, et des progrès des moyens prophylactiques, en insistant sur l'importance de la vaccination. Ainsi dès que cela leur était possible, les médecins inspecteurs ou les médecins chefs du Service Central de la peste organisaient des *kabary* (conférences) pour les indigènes. Pourtant malgré ces efforts, le docteur Robic précisait qu'en 1932 la méthode de dépistage de la peste par examen bactériologique des frottis faits avec des ponctions d'organes (foie et poumon) restait la seule méthode révélatrice de la peste [\(291\)](#) . En effet, les pesteux ne recouraient toujours pas plus qu'auparavant aux soins des médecins, et le diagnostic de peste n'était que rarement porté durant la maladie.

L'efficacité des vaccinations de masse grâce au vaccin E.V de Girard et Robic

Si dans les villes les actions de prophylaxie décrites précédemment se révélaient d'une certaine efficacité, il n'en allait pas de même dans les campagnes, où les indigènes ne signalaient que très rarement la mortalité des rats dans leurs cases ou leurs villages afin de se soustraire aux mesures imposées. Or en dehors d'une vaccination efficace, aucune méthode prophylactique n'était en mesure d'améliorer la situation.

La vaccination dans la prophylaxie de la peste était pratiquée à Madagascar depuis plusieurs années. Mais après l'avoir rendue obligatoire, il avait fallu cesser de l'imposer, car les résultats obtenus étaient décourageants pour la population, ainsi que pour le corps médical en charge de son exécution. Cette situation n'était pas propre à Madagascar. Dans les autres colonies françaises et à l'étranger, la vaccination anti-pestéuse, après avoir été pratiquée en masse, était tombée dans le discrédit [\(292\)](#). La raison de l'inefficacité des vaccins employés était que tous étaient préparés à partir de bacilles tués. Or les expériences menées, notamment à l'Institut Pasteur de Tananarive, démontraient qu'il était impossible de protéger efficacement les animaux cobayes avec ces vaccins. Par contre l'inoculation de bacilles vivants, lorsqu'ils étaient bien supportés, donnait des résultats nettement supérieurs.

Girard [\(fig.60, p.163\)](#) et son équipe menaient depuis 1926 des recherches sur la possibilité de mettre en place un vaccin à base de germes vivants. Ils avaient isolés une souche de bacille pesteux dont ils avaient réussi à atténuer la virulence en laboratoire et remarqué que les cobayes animaux supportaient impunément l'inoculation de doses énormes de ces bacilles vivants atténués. Tous ensuite se trouvaient immunisés, de façon durable, contre toute inoculation de peste virulente. Comme l'indique le docteur Robic, « *c'était revenir à la méthode originale de Pasteur, celle des vaccinations par les germes vivants de virulence atténuée* ». Cette souche était baptisée E.V, d'après les initiales du nom

d'un enfant européen pesteux sur lequel elle avait été isolée en 1926.

L'expérimentation humaine devait démontrer que ce nouveau vaccin ne présentait aucun danger pour l'homme. Le 10 août 1932 la première inoculation humaine fut tentée par Robic chez un lépreux, suivie de quatre autres le même mois, toujours sur des lépreux incurables. Plusieurs mois de surveillance n'avaient montré aucun incident sur ces premiers essais. Et le 5 janvier 1933, J. Robic éprouvait sur lui-même le virus vaccin vivant E.V. La bénignité des réactions chez tous les inoculés permettait d'envisager de faire des tests à plus grande échelle, en milieu infecté. Après avis du directeur des Services Sanitaires, le Gouverneur Général autorisait cette action : 1993 vaccinations étaient pratiquées entre le 20 janvier et le 5 février 1933 (293), dans des villages où la peste venait d'apparaître. Toujours l'innocuité de la souche E.V était vérifiée. D'octobre 1933 à février 1934, 13.000 vaccinations étaient effectuées. Puis une expérience décisive était réalisée entre le 8 octobre 1934 et le 10 mai 1935, dans un district bien délimité :

« Sur une population de 106.000 âmes, 46.000 furent vaccinés ; tous les décès survenus dans la région, pendant la période épidémique, furent contrôlés (...). L'étude des cas de peste chez les 46.000 vaccinés et chez les 60.000 témoins montra l'efficacité indiscutable du vaccin E.V : la mortalité par peste a été réduite des deux tiers par rapport aux témoins, et la mortalité générale de 50% » (294).

Le docteur Girard rappelait que cette campagne décisive n'avait pas été une organisation simple à gérer (295). En effet, le district concerné comptait 16 cantons, soit 1.555 villages, éparpillés sur une surface grande comme deux départements français. Les habitants, recensés préalablement par village et par famille, étaient envoyés sur l'un des 46 centres installés. Deux fois par semaine, une liaison automobile était établie avec l'Institut Pasteur de Tananarive. Elle délivrait les vaccins et le matériel nécessaires aux inoculations et apportait la glace pour les glacières où les ampoules étaient conservées jusqu'à l'emploi (comme tout autre vaccin vivant, la souche E.V était fragile et sensible à la chaleur ; les germes périssaient vite, et on ne pouvait conserver un vaccin plus de dix jours). Afin d'éviter toute confusion entre les personnes vaccinées et non vaccinées, l'identité de chacun était contrôlée. Ainsi au moment de la vaccination, une carte était remise, qui offrait certains avantages : elle permettait, en cas de maladie ou de contact avec un pesteux, d'éviter le lazaret, et elle laissait aussi le soin d'inhumer les pesteux vaccinés dans le tombeau familial (à l'exception des cas de peste pulmonaire). Les vaccinations se terminaient le 20 décembre. Les diverses réactions étaient consignées.

Pendant les cinq mois qui suivaient, médecins et infirmiers indigènes contrôlaient tous les décès et ponctionnaient foies et poumons des défunts pour établir les statistiques. Il résultait de cette campagne que la souche E.V était bien inoffensive et efficace. Mais l'immunité qui traduisait cette efficacité n'était maximum que durant les deux premiers mois qui suivaient la vaccination ; il y avait ensuite un fléchissement, et la durée totale n'excédait pas un an.

La période des essais était désormais close, et celle de la vaccination de masse commençait. Pourtant, si les résultats des essais étaient très encourageants, cela ne suffisait pas à faire disparaître la méfiance qui s'était installée chez les malgaches envers la vaccination anti-pesteuse après les échecs répétés de celle-ci :

« Le Malgache n'a jamais accepté de plein gré les mesures qui doivent lui être imposées, pourtant, dans son intérêt ; il ne néglige rien de ce qui pourra en éviter ou différer l'application, et comme il connaît parfaitement le symptôme cardinal de la peste bubonique, il attendra avec son fatalisme habituel l'évolution naturelle de son mal. La thérapeutique est d'ailleurs si souvent impuissante qu'il ne lui fait qu'une confiance limitée » [\(296\)](#).

Ainsi les réticences de la population étaient toujours présentes et allaient même en s'intensifiant. A la fin de 1935, les autorités coloniales ne parvenaient plus à persuader la population malgache des bienfaits du nouveau vaccin. Pour l'imposer sans toutefois la rendre obligatoire, elles recouraient à la contrainte et à la répression : au cours de la campagne de 1935-1936 ([fig.69, p.170, et fig.68, p.169](#)), il y eut 714.000 personnes vaccinées (c'est à dire plus de 75% de la population des provinces centrales). L'année suivante, les autorités sanitaires parvenaient à vacciner 639.000 personnes, mais se plaignaient de l'hostilité qu'elles rencontraient [\(297\)](#). L'administration continuait ses efforts de persuasion ([fig.49, p.153](#)), tout en comptant sur le succès du nouveau vaccin pour inverser la tendance dans la population :

« pour la campagne 1936-1937, administrateurs et médecins mettent tout en œuvre pour contrecarrer la propagande des nationalistes et faire accepter le vaccin. Les plus hautes instances donnent l'exemple et se font vacciner. Des affiches sont placardées un peu partout. Des conférences sanitaires rappellent la vocation bienfaitrice et non criminelle des colonisateurs. Rien n'y fait. Dans la capitale et les localités atteintes par la propagande communiste les centres de vaccination sont désertés. Des agents recruteurs et des miliciens sont alors déployés dans les villages pour conduire les habitants un à un sur le lieu de vaccination. progressivement l'attitude des Malgaches évolue. D'abord en raison de l'efficacité avérée du vaccin, mais aussi des changements politiques : l'agitation nationaliste s'essouffle ».

La mise en application de ces campagnes de vaccination de masse avaient conduit à des résultats techniques spectaculaires. La courbe épidémique des années pesteuses avait subi une chute brutale dès l'année 1936. Voici un tableau mettant en évidence l'action de la vaccination E.V sur l'évolution globale de la peste à Madagascar de 1933-1934 à 1940-1941.

Années épidémiques	Vaccinations E.V	Morbidité pesteuse globale
1933-1934	12.000	3.493
1934-1935	46.000	3.605
1935-1936	717.244	3.035
1936-1937	635.000	1.376
1937-1938	796.956	596
1938-1939	400.000	628

1939-1940	176.718	912
1940-1941	813.000	450

« Evolution de la vaccination E.V sur l'évolution globale de la peste à Madagascar de 1933-1934 à 1940-1941 », extrait de Mangasay, « L'évolution de l'infection pesteuse à Madagascar de 1898 à 1962 », *Thèse de médecine, Paris, 1962, p.36.*

Une représentation graphique permet de mieux visualiser l'impact des vaccinations de masse entreprises. Celle-ci est réalisée en annexe ([fig.57, p.161](#)). Ce tableau et le graphique qui l'accompagne laissent apparaître que la vaccination par le vaccin E.V de Girard et Robic avait nettement influencé la courbe de la morbidité pesteuse. Celle-ci variait en raison inverse du nombre de vaccinations pratiquées. Il était envisageable de penser que ceci était aussi dû à un phénomène de régression spontanée de la peste à Madagascar. Mais le dépistage de la peste post-mortem, ainsi que la recherche systématique de la peste murine et des puces infectées démontraient que les conditions de la persistance de la peste humaine n'avaient aucune raison de se modifier naturellement, « *la peste reste aussi menaçante et aussi agressive qu'auparavant* » ([298](#)).

Ainsi la peste humaine, liée à la peste murine, persistait, mais plus silencieuse. La campagne de vaccination effectuée chaque année dans les foyers endémiques dans une proportion de 80% de la population, maintenait ces foyers au silence aussi longtemps que la vaccination était annuellement reconduite. Mais il suffisait que la vaccination se relâche pour que les poussées épidémiques reprennent. D'après le tableau et son graphique représentatif en annexe, entre 1938 et 1940, les cas de peste croissaient au lieu de diminuer. Ceci était dû principalement à la situation de Tananarive. Le rapport du Service de Santé de 1940 signalait que la population de la capitale (environ 100.000 habitants) était rebelle à la vaccination. Ce phénomène semblait propre à la capitale, et, en partie lié à une certaine agitation politique d'inspiration nationaliste ([299](#)). En 1941, on constatait une montée constante des cas de peste observés à Tananarive, en corrélation avec l'indifférence de la population urbaine pour la vaccination. Depuis 1938, P. Coulanges indiquait que l'on pratiquait de moins en moins la vaccination dans la ville, et même quasiment plus du tout en 1940, excepté dans quelques écoles. On comptait 109 cas en 1940-1941. Puis seulement 37 cas en 1941-1942 ; cette baisse significative était le résultat de la vaccination rendue obligatoire dans les quartiers les plus exposés de la ville à la maladie. 69.000 vaccinations y étaient alors effectuées.

Grâce aux immunisations de masse avec le vaccin E.V, la courbe de la peste s'était effondrée, passant d'abord par un total d'environ 500 cas, pour se tenir autour d'une moyenne de 200 cas chaque année (185 en 1943). Les mois critiques de décembre et de janvier ne s'inscrivaient plus, chacun, que pour une vingtaine de cas ([300](#)). Par la suite, trois découvertes pharmacologiques devaient appuyer l'action déjà remarquable du vaccin E.V : c'étaient les sulfamides et les antibiotiques fongides qui agissaient sur le plan thérapeutique, et les insecticides de synthèse dans la prophylaxie de masse.

Les années 1948 et 1949 marquèrent selon P. Coulanges « *le véritable tournant contre la peste* » ([301](#)). L'emploi systématique des insecticides était un procédé très efficace. L'épandage de D.D.T

(insecticide tuant les puces d'autant plus facilement qu'elles vivaient à l'air libre), effectué dans la circonscription médicale de l'Emyrne en 1949, permettait d'obtenir pour la première fois dans l'histoire de la peste sur les Hauts-Plateaux, l'absence totale de cas dans cette circonscription en 1950. Les recherches montraient alors que la peste murine diminuait fortement. La peste humaine, étroitement liée à la précédente, suivait la même évolution. A partir de 1952, le nombre de cas tombait à quelques dizaines . [\(302\)](#)

L'ensemble des mesures prophylactiques contre la peste qui existaient au début des années cinquante, avait permis que cette maladie ne représente plus alors « *un problème aigu de santé publique* » [\(303\)](#) à Madagascar. Mais cette réussite technique ne permettait pourtant pas d'améliorer les relations entre les Malgaches et l'administration française. Les mouvements nationalistes continuaient à s'affirmer, après les évènements de 1947. Et les actions médicales, en particulier les vaccinations anti-pestueuses, étaient toujours un prétexte de revendications comme le laisse entendre ce rapport du chef du district de Tananarive :

« La vaccination anti-pestueuse est cependant pour tout le monde une chose désagréable (...). Parler de répercussions politiques possibles, en craindre, c'est déjà leur donner l'occasion de naître. Je n'ai pour ma part qu'une confiance très relative dans la filière des secrétaires des divers services par laquelle passent nos papiers. Il suffit d'une seule indiscretion malveillante pour mettre en éveil la presse qui est systématiquement en opposition et recherche les occasions de brouiller les cartes » [\(304\)](#).

Conclusion générale	Retour Sommaire
-------------------------------------	---------------------------------

Conclusion

Les résultats obtenus dans la lutte anti-pestueuse reflétaient tous les efforts qui avaient été soutenus et toutes les difficultés rencontrées pour la réalisation du projet initial de Gallieni dans l'aménagement social de Madagascar. Dans le domaine médical en particulier, l'action globale avait permis des réussites techniques sans précédent. D'abord l'éradication totale de la variole depuis 1914, tandis que les autres endémo-épidémies, mieux combattues, tendaient à se réduire, à l'exception du paludisme. Puis, alors que la peste menaçait un moment l'évolution démographique du pays, le fléau était arrêté dans sa marche et les foyers persistants réduits au silence.

A la suite de cette action, l'accroissement des populations de Madagascar avait connu dans les années cinquante un taux de plus en plus élevé, atteignant jusqu'à 3% dans certaines régions des Hauts-Plateaux. La population globale de l'île était passée de près de deux millions en 1900 à six millions en 1962 . [\(305\)](#)

Mais si ces luttes entreprises grâce à une action constante avaient permis ces réussites médicales, cela ne s'était pas fait sans heurts avec les populations indigènes. Le docteur Girard en était conscient lorsqu'il écrivait :

« C'est avec une extrême prudence que nous avons avancé sur le chemin des réalisations qui devaient sauver du désastre, et cela malgré elles, tant de familles malgaches... J'aime à croire que les malédictions et l'opprobre dont nous avons été couverts par les vivants, parce que nous avons dû, pour un temps, mettre obstacle à leurs pratiques séculaires, sont désormais bien compensés par le pardon et la reconnaissance des mânes, auxquels notre action vigilante, inspirée à la fois par le sentiment et par la raison, a su conserver assez de descendants pour assurer, avec la pérennité de la famille, celle des coutumes et des traditions » [\(306\)](#).

En soixante ans, la population de Madagascar avait presque triplé. L'objectif initial de Gallieni en organisant l'Assistance Médicale dans cette colonie avait été atteint. Il ne faut pas oublier que c'était cet objectif prioritaire qui avait conditionné cette aide médicale aux populations malgaches, dans un souci de développement économique de Madagascar. La réussite démographique était bien réelle.

Mais nous avons pu voir, à travers ce mémoire, que tout au long des luttes entreprises contre les grandes épidémies, naissaient également des conflits avec certains groupes malgaches, se qualifiant ou qualifiés par l'administration française de nationalistes. Si certaines mesures apparaissaient comme absolument nécessaires et ne visaient pas à aller à l'encontre des intérêts des populations indigènes (interdiction de certains rites funéraires, pratique de la variolisation, caractère obligatoire de la vaccination et côté contraignant de la vérification de cette dernière), d'autres pratiques restaient liées au contexte de la colonisation. Ainsi l'omniprésence de l'administration, ne laissant que peu d'initiatives au personnel médical, et surtout parmi celui-ci, au personnel indigène, était une réalité.

Certes, l'Ecole de Médecine n'avait cessé au cours des années de se développer et de se moderniser, afin d'établir un enseignement en mesure de former un effectif de médecins croissant et performant : 814 médecins malgaches étaient sortis de l'Ecole de Médecine de Tananarive en 1948, et ce depuis sa

création . [\(307\)](#)

Mais les postes qui leur étaient réservés après cette formation étaient exclusivement (ou presque) ceux de médecins de brousse, devant exécuter les directives, dans leurs circonscriptions respectives, du médecin inspecteur européen. Dans le plan établi par Gallieni, ils étaient destinés à établir un quadrillage du terrain que jamais la métropole n'aurait pu assurer avec des médecins expatriés. C'était sur eux que devait reposer la partie la plus ingrate du travail dans les provinces et dans les campagnes, et en même temps la plus primordiale. Ceci devait faire naître un sentiment de frustration intense chez les étudiants en médecine, qui devait se traduire par une participation active de ces derniers dans le mouvement nationaliste V.V.S en 1915.

Seule école « supérieure » ouverte aux élites malgaches (nous avons vu qu'elle était essentiellement constituée par les populations de l'Emyrne), l'Ecole de Médecine devait être dès le début une pépinière de responsables politiques. Son rôle politique ne devait pas se limiter à cette participation au mouvement V.V.S. Une grève des élèves de l'école en 1929 allait constituer le prélude à des manifestations marquant le développement du sentiment nationaliste. Par la suite, deux représentants élus par le collège malgache aux Assemblées constituantes de 1945 et 1946, envoyés à Paris, étaient des médecins sortis de l'Ecole de Tananarive. Enfin, après l'indépendance, nombreux étaient les médecins qui accédaient à des postes de responsabilité, comme ministres, ambassadeurs ou membres des Assemblées représentatives . [\(308\)](#)

Ainsi apparaît un certain paradoxe, peut être celui de la colonisation. L'administration française s'était appuyée sur les élites locales pour former les relais nécessaires avec la population malgache, tels les fonctionnaires dont faisaient partie les médecins. Or ces derniers, armés de l'instruction qui leur avait été donnée au sein d'écoles telles que l'Ecole de Médecine de Tananarive, devaient se révéler les propagateurs des différents mouvements nationalistes conduisant à l'indépendance le 26 juin 1960, qui avait stigmatisé le blocage de l'administration française. Celle-ci avait sous-estimé l'impact des institutions établies (les écoles , l'AMI) et celui de l'augmentation de la population, sur la mentalité de cette dernière. Le système restait purement administratif et autoritaire. C'était contre cette politique à courte vue dans l'ensemble, que devait se constituer le mouvement national malgache, dont la V.V.S marquait la naissance.

« (...) c'est sur le long terme que l'on peut juger l'évolution de la médecine coloniale, particulièrement les politiques sanitaires à travers les priorités et les disponibilités, même si le souci de la santé s'ancre dans la politique de mise en valeur économique » [\(309\)](#).

Quelles que soient les motivations (économiques et politiques) qui ont permis une telle organisation sanitaire à Madagascar, elles ne doivent pas occulter les réussites médicales qui ont été accomplies. Concernant les épidémies, il a été précédemment rappelé que la variole avait disparu de l'île en 1914 ; c'était ainsi le premier territoire au monde où la variole était éradiquée. Si la peste quant à elle n'avait pas complètement disparu, au moment de l'indépendance de Madagascar, elle ne représentait plus un danger de santé publique, étant limitée à moins d'une centaine de cas par an. Cette réussite était en grande partie due à l'application du premier vaccin au monde à base de germes vivants atténués mis au point contre la peste à l'Institut Pasteur de Tananarive.

Sans magnifier ces succès de la médecine coloniale, puisque pour d'autres affections comme le paludisme il y eut un échec relatif, nous pouvons affirmer que ces deux grandes réussites découlaient essentiellement du développement de l'Assistance Médicale Indigène. Quelques chiffres permettent de mieux se rendre compte de l'importance prise par cette dernière en à peu près cinquante ans :

- En 1905, on comptait 70 médecins de l'AMI (310), ils étaient 350 en activité en 1948 (311). Cette année là, l'AMI comptait 1.923 membres dont 1.804 Malgaches (médecins, sages-femmes, infirmiers et infirmières, assistants d'hygiène anti-palustre, gardes sanitaires de la Police sanitaire maritime, préparateurs en pharmacie, et personnel militaire comprenant officiers de santé, sous-officiers et soldats), contre seulement 263 en 1905.
- En 1910, les médecins de l'AMI donnaient 1.932.537 consultations. Ce chiffre s'élevait à 6.822.035 en 1948.
- Le budget de l'AMI devait également considérablement augmenter : il s'élevait à 1.155.713 francs en 1905. En 1948 il était de 558.117.827 francs, ce qui représentait à peu près 19% du budget global de la colonie.
- En 1948, l'AMI disposait de 56 hôpitaux, 207 postes médicaux, et 287 maternités et postes d'accouchements.

A travers ce mémoire, nous avons tenté d'établir les liens qui unissaient priorités économiques et priorités sanitaires à Madagascar durant la période coloniale, en étudiant l'évolution de l'organisation médicale, en particulier celle du service de l'Assistance Médicale Indigène. Il apparaît que le choix des objectifs sanitaires (désigner la variole puis la peste comme priorités sanitaires) était établi en fonction des priorités de l'administration (le besoin de main d'oeuvre pour le développement économique de la colonie).

L'influence énorme de la considération politique sur le fait médical apparaît assez nettement, tant par les prises de décisions de l'administration coloniale, que par l'interprétation et l'utilisation des questions sanitaires par les nationalistes malgaches. Ainsi, l'analyse de l'organisation médicale à Madagascar sous la colonisation pourrait se résumer à la combinaison conflictuelle entre le pouvoir et le savoir. Le symbole de cette interprétation est représenté par l'institution de base de l'AMI qu'est l'Ecole de Médecine de Tananarive, centre de transmission du savoir médical, lui même instrument de pouvoir.

Bibliographie	Retour Sommaire
-------------------------------	---------------------------------

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRIANAIVO, « Le rôle de l'hôpital malgache dans l'éducation sanitaire », Bulletin de Madagascar, décembre 1967, pp.919-946.
- ANONYME, La participation du Service de Santé des armées au monde civil : les Hôpitaux Coloniaux 1890-1960, journal de l'Exposition temporaire organisée par le Musée du Service de Santé des Armées, 17 mai-15 septembre 2001.
- AUBRY P., RAKOTOBE P., « La formation médicale à Madagascar de 1870 à nos jours », Médecine Tropicale, volume 60, n° 4, 2000, p. 345-347.
- BADO Jean-Paul, Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique, Paris, Karthala, 1996.
- BRYGOO E-R, « Les débuts de l'enseignement médical à Madagascar : un siècle d'expérience », Bulletin de l'Académie Malgache, 1971, p.55-128.
- BRYGOO E-R, « Bibliographie médicale de Madagascar », Mémoires de l'Académie Malgache, 1968.
- BRYGOO E-R, « L'Institut Pasteur de Tananarive », Bulletin de liaison AAEDIP, Paris, n°19, 1964, pp.327-335.
- CHAMBON Louis, « L'œuvre des pasteuris en Afrique et à Madagascar », Afrique contemporaine, n° 114, mars-avril 1981, pp. 1-5.
- CHIPPAUX (médecin général Claude), « De l'hôpital colonial à l'hôpital Girard et Robic, soixante-dix ans de politique hospitalière à Tananarive », Académie des Sciences d'Outre Mer, 1966.
- CLEMENT Roger, « L'œuvre de la France à Madagascar. Chapitre premier : l'Assistance Médicale Indigène. Chapitre second : la victoire sur la peste », Entreprises et produits de Madagascar, janvier-février-mars 1950, pp.79-104.
- COULANGES P., « La peste à Tananarive (de son apparition en 1921 à sa résurgence en 1979), Archives de l'Institut Pasteur de Madagascar, vol. 56, fascicule 1, 1989, pp. 9-37.
- COULANGES P., « Variole et vaccine à Madagascar et aux Comores », Arch. Inst. Pasteur de Madagascar, vol. 45, 1976, pp.127-204.
- GIRARD G., « La santé publique et ses problèmes à Madagascar entre les deux guerres mondiales (1917-1940) », Bull. Acad. Mal., 1964, p.1-17.
- GIRARD G., « Le succès le plus marquant de l'œuvre sanitaire de la France à Madagascar : la

disparition de la variole depuis quarante-cinq ans », revue de Médecine et d'Hygiène d'Outre Mer, n° 270, 1958, pp.102-108.

GUERIVIERE Jean (de la), Les fous d'Afrique, histoire d'une passion française, Paris, Seuil, 2001.

KOERNER Francis, Madagascar, colonisation française et nationalisme malgache, XX° siècle, Paris, L'Harmattan, 1994. «

LAPEYSSONIE, Moi Jamot, le vainqueur de la maladie du sommeil, Bruxelles, éd. Louis Musin, 1987.

LAPEYSSONIE, La médecine coloniale : Mythes et Réalités, Paris, col. Médecine et Histoire, 1988.

LEMARCHAND-COPREAUX F., « La vaccination anti-pestéuse », Pour la science, n° 273, juillet 2000, pp. 10-13.

LHUERRE René, Le Paludisme et la Peste à Madagascar (Influence des climats, des races, des mœurs), Thèse de doctorat en médecine, Lyon, 1937.

LORRAIN J-M, J'étais médecin de brousse (1941-1943), Presses Universitaires de Bordeaux, 1990.

MANGASAY, L'évolution de l'infection pesteuse à Madagascar de 1898 à 1962, Thèse de doctorat en médecine, Paris, 1963.

MICHEL Marc, Gallieni, Paris, Fayard, 1989.

MOULIN A-M (dir.), L'aventure de la vaccination, Paris, Fayard, 1996.

PAILLARD Yvan G., « Domination coloniale et récupération des traditions autochtones. Le cas de Madagascar de 1896 à 1914 », Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine, Janvier-Mars 1991, p.73-104.

PEGHINI M., « Madagascar : d'Isoavinandriana à Soavinandriana ou la belle histoire de l'hôpital Girard et Robic », Médecine Tropicale, vol.55, 1995, pp.94-100.

PLUCHON Pierre (dir.), Histoire des Médecins et Pharmaciens de Marine et des Colonies, Toulouse, Privat, 1985.

RABEFIERANA (Solofo), Contribution à l'étude historique de la variole et du vaccin antivariolique à Madagascar, Thèse de doctorat en médecine, Montpellier, 1922.

RAMAHANDRIDONA G., « La perception de la science et de la recherche par l'âme malgache », Bulletin de l'Académie Nationale des Arts, des Lettres et des sciences, numéro spécial du centenaire de l'Institut Pasteur de Madagascar, 1999, p. 9-14.

ROBIC J., « Trente années de lutte contre la peste à Madagascar », Bull. Acad. Mal., 1952, pp. 139-154.

SICE A., « Rôle social du médecin colonial en Afrique Française », Médecine Tropicale, 1944, pp.185-190.

VALETTE (Jean), « Les épidémies de peste de Tamatave en 1898 et 1899 », L'hôpital et l'aide sociale à Paris, n°44, mars-avril 1967, pp.229-236, et n°46, juillet-août 1967, pp.491-503.

VALLERY-RADOT Pasteur (dir.), Pathologie Médicale, Paris, Editions Médicales Flammarion, 1963.

YOU (André) ; GAYET (G), Madagascar, colonie française, 1896-1930, préface du maréchal Lyautey, SEGMC, 1931.

Internet :

<http://www.pasteur.mg> : site de l'Institut Pasteur de Madagascar (dernière mise à jour 14 février 2002).

<http://www.lavoixdumetal.free.fr> : site personnel contenant la transcription du texte de Yves Ramiara sur son père, Justin Rajaobelina, étudiant à l'Ecole de Médecine de Tananarive de 1901 à 1904, puis membre du corps de « médecins indigènes de colonisation » (site créé en 2000).

<http://www.mianatra.free.fr> : « Deux langues, deux cultures : une même vocation médicale à Madagascar au début du vingtième siècle », J.F Ramiara (site créé le 19/06/2001).

<http://www.dokotera.free.fr> : « Madagascar, peuplement médical de l'Ile de 1896 à 1905 » par J.F Ramiara. (dernière mise à jour 15 janvier 2002).

<http://www.asnom.org> : site de l'Amicale de Santé Navale et d'Outre Mer (créé en juillet 2001).

[Retour Sommaire](#)

OUVRAGES A CARACTERE DE SOURCES

Service de documentation de l'Institut de Médecine Tropicale

du Service de Santé des Armées, Le Pharo (Marseille)



Centre de documentation du Pharo, <http://www.asnom.otg>

Ecole de Médecine de Tananarive.

KERMORGANT A., « Ecole de Médecine et Hôpital Indigène de Tananarive », *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, n°6, 1903, pp. 181-184.

RENCUREL, « Organisation de l'Ecole de Médecine de Tananarive », *Archives de Médecine Navale*, n°68, 1897, 139-147.

Variole et vaccination anti-variolique.

CLARAC, médecin principal des Troupes Coloniales, « Causes du développement et de la propagation de la variole à Madagascar avant l'occupation française », *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, n°7, 1904, pp. 286-294.

CLARAC, « Epidémies de variole à Madagascar » *Ann. d'Hyg. et de Méd. Col.*, n°7, 1904, pp. 434-445.

CLARAC, « Les services d'Hygiène et de Médecine sur les chantiers des grands travaux en pays exotiques », *Annales d'Hygiènes Publique et de Médecine Légale*, août 1907.

LIDIN, directeur du Service de Santé du corps d'occupation, « Morbidité et mortalité à Madagascar pendant l'année 1897 », *Ann. d'Hyg. et de Méd. Col.*, n°1, 1898, pp. 472-479.

THIBAUT, « Fonctionnement du parc vaccino-gène de Diego-Suarez en 1903 », *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, 1905, pp.257-271.

Peste et lutte anti-pestreuse.

ALLAIN, « L'épidémie de peste pulmonaire de Tananarive (juin-juillet 1921) », *Ann. Méd. et Pharm. Col.*, n°19, 1921, pp.379-418.

ANONYME, « Mesures prises à Tamatave et à Antsirabe (Madagascar), contre la peste qui a régné dans ces deux localités pendant l'année 1899 », *Ann. d'Hyg. et Méd. Col.*, n°3, 1900, pp.537-541.

CHENEVEAU, « Les vaccinations anti-pestueuses dans la province de Moramanga (Madagascar) en 1924 », *Ann. Méd. et Pharm. Col.*, n°23, 1925, pp.466-469.

COUVY, « Organisation de la lutte contre la peste dans la commune de Tananarive », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales*, n°23, 1925, pp.33-49.

FONQUERNIE, « Fonctionnement du Service de la peste au Bureau Municipal d'Hygiène de Tananarive en 1927 », *Ann. Méd. et Pharm. Col.*, n°27, 1929, pp.85-94.

GIRARD, « Résultats de la campagne de vaccination anti-pestreuse par germes vivants, effectuée à Madagascar (8 octobre 1934 – 10 mai 1935) », *Ann. Méd. et Pharm. Col.*, n°33, 1935, pp.898-918.

GIRARD, « La peste à Madagascar, récentes acquisitions tirées des recherches effectuées au cours des trois dernières années », *Ann. Méd. et Pharm. Col.*, n°34, 1936, pp.235-241.

LE GALL, « Extrait du rapport au ministre des colonies sur les maladies endémo-épidémiques dans l'Empire colonial français au cours de l'année 1939. Première partie : les maladies pestilentielles, le cas de la peste à Madagascar », *Revue de Médecine Tropicale*, n°6, 1941, pp.590-602.

RAY, « Epidémies de peste à Majunga en 1907 », *Ann. d'Hyg. et Méd. Col.*, n°11, 1908, pp.213-241, 303-408.

ROBIC, « Mémoires originaux : les caractéristiques de la peste à Madagascar », *Ann. Méd. et Pharm. Col.*, n°35, 1937, pp.305-358.

THIROUX, « La peste à Madagascar (1923-1928) », *Ann. Méd. et Pharm. Col.*, n°27, 1929, pp.72-84.

Entretiens oraux avec :

- Le docteur Mafar, chef du service de documentation de l'Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées (Pharo).

- P. Aubry, professeur agrégé du Pharo, auteur de l'article : « La formation médicale à Madagascar de 1870 à nos jours », *Médecine Tropicale*, volume 60, n° 4, 2000, p. 345-347.

[Bibliothèques du CAOM et du Cercle Mixte de la Garnison de Lyon.](#)

ANONYME, recueil des documents intéressant l'AMI et les services sanitaires (Madagascar et Dépendances, Direction de l'AMI), Tananarive, Impr. Officielle, 1930.

ANONYME, (photocopie de manuscrit), Conseils au peuple malgache pour lui apprendre les dangers de la variole et les

bienfaits du vaccin, précaution pour prévenir le paludisme, dangers de l'alcool, conseils aux mères sur les précautions à prendre pendant la grossesse et sur les soins à donner aux enfants. Sans date ni lieu d'édition.

ANONYME, Statistiques Générales, Gouvernement Général de Madagascar, Melun, imprimerie administrative, 1906, p.118.

BOBICHON Henri, La politique indigène dans les colonies françaises, Paris, 1912.

BRUNET (L), L'œuvre de la France à Madagascar, Paris, 1903.

CORDIER Pierre, « La peste dans le district d'Andina », Chine-Ceylan-Madagascar, n°86, novembre-décembre 1929.

COUSTAN (docteur), « L'œuvre hygiénique du général Gallieni à Madagascar », articles coloniaux, 1900-1903.

DANDOUAU A., « Géographie de Madagascar, Paris, 1922.

DAVID, conférence publique, notes sur Madagascar ; conférence réservée aux élèves sur l'AMI à Madagascar, Imp. C. Lamy, 1902, 16pp.

D'ESME Jean, L'île rouge, Paris, 1928.

GALLIENI, Neuf ans à Madagascar, PARIS, 1908.

GALLIENI Marthe, « L'œuvre des dispensaires et des maternités à Madagascar », Revue de Madagascar, 1903, pp.424-428.

GHEUSI (P.B), « Le Général Gallieni et l'assistance publique indigène à Madagascar, dans les articles politiques et coloniaux de 1904 et 1905 », Nouvelle Revue, 13 janvier 1904.

GRANDIDIER, Le Myre de Vilers, Duchesne, Gallieni, quarante années de l'Histoire de Madagascar (1880-1920), Paris, 1924.

HESLING E. (administrateur des colonies), « L'assistance médicale indigène et la colonisation », Revue de Madagascar, Avril 1905, pp.289-302.

JAMIN Ch., « L'assistance médicale et l'hygiène publique indigènes à Madagascar », La dépêche coloniale illustrée, 31 décembre 1903, pp.338-350.

JOURDRAN, « L'enseignement médical à Madagascar depuis ses origines jusqu'à nos jours », Revue de Madagascar, Bull. du Comité de Madagascar, 1901, pp.654-657.

JULIEN (G), Institutions politiques et sociales de Madagascar, Guilmoto, Paris, 1909.

KERMORGANT, « L'AMI à Madagascar : conférences faites en Décembre 1907, janvier, février, mars 1908 à l'Ecole Coloniale », Revue de Madagascar, pp. 44-48.

KERMORGANT, « Vaccination dans les colonies françaises », Annales d'Hygiène et de Médecine Légale, Paris.

LASNET (Antoine), « Rapport sur l'Assistance Médicale Indigène », compte-rendu du Congrès sur l'Afrique Orientale, Paris, octobre 1911, pp.117-183.

PARROT Louis-Michel, De la prophylaxie de la variole aux colonies, Paris, 1908.

YOU André, Madagascar, histoire, organisation, colonisation, Berger-Levrault, Paris, 1905.

Journal Officiel de Madagascar et Dépendances.

- 23 juin 1898 : Gallieni, « Instructions relatives aux mesures à prendre pour favoriser l'accroissement de la population en Emyrne », suivies de l'arrêté permettant leur application.
- 18 mars 1899 : Rousselot (dr.), « L'hôpital malgache, le Dispensaire et l'Ecole de Médecine de Tananarive».
- 28 mars 1900 : « Inauguration de l'Institut Pasteur de Tananarive ».
- 20 mars 1901 : Gallieni, « Instructions sur l'organisation de l'assistance médicale et de l'hygiène publique indigènes à Madagascar » suivies de l'arrêté permettant leur application.
- 13 novembre 1901 : « Distribution des prix aux élèves de l'école de médecine indigène ».
- 9 juillet 1903 : « Rapport sur la lutte contre la variole ».
- 5 août 1903, 12 août 1903, 15 août 1903, 8 août 1903, « Rapport sur l'organisation de l'AMI ».
- 22 juillet 1903 : Gallieni, « Instructions à MM. les administrateurs chefs des provinces de l'Imerina et du Betsileo, au sujet des budgets autonomes de l'assistance médicale » ; « Arrêté portant réorganisation des services de l'assistance médicale et de l'hygiène publique indigène dans les provinces de l'Imerina et du Betsileo » ; « Règlement sur le fonctionnement des hôpitaux indigènes et le service des médecins chargés de leur direction ».
- 30 décembre 1903 : « L'Ecole de Médecine de Tananarive ».
- 29 juin 1904 : « Rapport sur l'AMI en 1903 ».
- 18 avril 1904 : « Décret portant organisation des études médicales ».

SOURCES

Centre des Archives d'Outre Mer (CAOM)



Salle de consultation du CAOM,

source : *Ministère de la culture, Service national des travaux.*

Fonds : Gouvernement Général de Madagascar, politique et administration générale, série D.

Sous-série 5D : Rapports annuels des services.

Service de Santé (1896-1947).

- 5(5)D2 : rapport annuel sur le fonctionnement du Service de Santé en 1900.
- 5(5)D4 : rapport annuel de l'Ecole de Médecine de Tananarive (1904).
- 5(5)D3 : rapport annuel sur le fonctionnement de l'Institut Pasteur de Tananarive (1904).
- 5(5)D5 : rapport annuel de l'hôpital municipal de Tananarive (1904).
- 5(5)D6 : rapport annuel sur le fonctionnement du service de santé (1905).
- 5(5)D7 : statistiques de santé (1910).
- 5(5)D8 : statistiques de santé (1911).
- 5(5)D9 : statistiques de santé (1912).
- 5(5)D10 : rapport annuel sur le fonctionnement du Service de Santé (1914).
- 5(5)D11 : statistiques de santé (1916).
- 5(5)D12 : statistiques de santé (1917).
- 5(5)D13 : rapport annuel sur le fonctionnement du Service de Santé (1919).
- 5(5)D14 : rapport annuel sur le fonctionnement du Service de Santé (1920).
- 5(5)D15 : rapport sommaire sur la santé publique à Madagascar (1920).
- 5(5)D16 : note sur la lutte anti-vénérienne à Madagascar (1922).

- 5(5)D17 : rapport annuel sur le fonctionnement de l'Institut Pasteur de Tananarive (1925).
- 5(5)D18 : rapport annuel sur le fonctionnement de l'Institut Pasteur de Tananarive (1926).
- 5(5)D19 : Rapport sur l'œuvre anti-vénérienne à Madagascar (1926).
- 5(5)D20 : Rapport sur l'activité des services sanitaires depuis 1926 (1926-1937).
- 5(5)D21 : Rapport sur le fonctionnement du service de la vaccine de l'Institut Pasteur de Tananarive (1927).
- 5(5)D22 : Rapport sur le fonctionnement de l'hôpital indigène de Manjakandriana (1928).
- 5(5)D23 : Rapport annuel d'ensemble du service anti-paludique (1928).
- 5(5)D24 : Rapport sur l'activité des services sanitaires et d'assistance médicale indigène (1928).
- 5(5)D25 : Rapport sur le fonctionnement du Service de Santé (1931).
- 5(5)D26 : Rapport sur le fonctionnement du Service de Santé (1931).
- 5(5)D27 : Rapport sur le fonctionnement de l'Institut Pasteur de Tananarive par J. Robic (1932).
- 5(5)D28 : Rapport sur les vaccinations anti-pestueuses pratiquées à Madagascar (1932).
- 5(5)D29 : Rapport sur les vaccinations anti-pestueuses dans les colonies françaises.
- 5(5)D30 : Rapport sur le fonctionnement du Service de Santé (1932).
- 5(5)D31 : Rapport sur le fonctionnement du Service de la vaccine de l'Institut Pasteur de Tananarive (1933).
- 5(5)D32 : Rapport sur le fonctionnement du Service de Santé (1933).
- 5(5)D33 : Rapport sur le fonctionnement de l'Institut Pasteur de Tananarive (1934).

- 5(5)D34 : Rapport sur le fonctionnement du Service de la vaccine de l'Institut Pasteur de Tananarive (1934).
- 5(5)D35 : Exposé d'ensemble sur l'activité des services sanitaires de juillet 1934 à juillet 1935.
- 5(5)D36 : Rapport sur le fonctionnement de l'Institut Pasteur de Tananarive (1935).
- 5(5)D37 : Rapport sur le fonctionnement du Service de la vaccine de l'Institut Pasteur de Tananarive.
- 5(5)D38 : Rapport sur la deuxième Conférence Sanitaire Pan-Africaine à Johannesburg.
- 5(5)D39 : Rapport sur le fonctionnement des services sanitaires et médicaux de Madagascar (partie médicale, tome I : Nosologie).
- 5(5)D40 : Rapport sur le fonctionnement des services sanitaires et médicaux de Madagascar (partie administrative) (1936).
- 5(5)D41 : Rapport sur le fonctionnement de l'Institut Pasteur de Tananarive (1937).
- 5(5)D42 : Rapport général sur le fonctionnement des services sanitaires et médicaux de Madagascar (partie administrative) (1937).
- 5(5)D43 : Rapport général sur le fonctionnement des services sanitaires et médicaux de Madagascar (partie médicale, tome II : Nosologie) (1937).
- 5(5)D44 : Rapport sur le fonctionnement Service de la vaccine de l'Institut Pasteur de Tananarive(1938).
- 5(5)D45 : Rapport sur le fonctionnement de l'Institut Pasteur de Tananarive (1939).
- 5(5)D46 : Rapport sur le fonctionnement du Service de la vaccine de l'Institut Pasteur de Tananarive (1939).
- 5(5)D47 : Rapport sur le fonctionnement de l'Institut Pasteur de Tananarive (1940).
- 5(5)D48 : Rapport sur le fonctionnement du Service de la vaccine de l'Institut Pasteur de Tananarive (1940).
- 5(5)D49 : Rapport sur le fonctionnement de l'Institut Pasteur de Tananarive (1941).

- 5(5)D50 : Rapport général sur le fonctionnement des services sanitaires et médicaux de Madagascar (1941).
- 5(5)D51 : Rapport général sur le fonctionnement des services sanitaires et médicaux de Madagascar (1947).
- 5(5)D52 : Rapport général annuel sur le Bureau Municipal d'Hygiène de Tananarive (1925).
- 5(5)D53 : Rapport général annuel sur le Bureau Municipal d'Hygiène de Tananarive (1926).
- 5(5)D54 : Rapport général annuel sur le Bureau Municipal d'Hygiène de Tananarive (1927).
- 5(5)D55 : Rapport général annuel sur le Bureau Municipal d'Hygiène de Tananarive (1931).
- 5(5)D56 : Correspondances diverses concernant le Service de Santé (1914-1930).

Assistance Médicale Indigène (1898-1933).

- 5(6)D1 : Correspondances, décisions, circulaires relatives à l'AMI à Madagascar (1898-1907).
 - Rapports sur le fonctionnement du Service de l'AMI :
 - 5(6)D2 : dans la province de Manjakandriana (1901).
 - 5(6)D3 : dans la province d'Ambositra (1901).
 - 5(6)D4 : dans la province de Mananjary (plan de l'hôpital indigène de Mananjary) (1901).
 - 5(6)D5 : dans la province de l'Imerina Nord (1902).
 - 5(6)D6 : dans la province de l'Imerina Nord (1903).
 - 5(6)D7 : dans la province de l'Imerina Nord (1904).
 - 5(6)D8 : dans le cercle d'Analalava (1904).

- 5(6)D9 : dans la province d'Ambositra (1904).
- 5(6)D10 : dans la province d'Andevorante (1904).
- 5(6)D11 : dans la province de l'Angavo-Mangoro (1904).
- 5(6)D12 : Rapport sur le poste médical de Farafangana (1904).
- 5(6)D13 : Rapport d'ensemble sur l'AMI dans district de Fetraomby (1904).
- 5(6)D14 : Rapport sur le fonctionnement de l'AMI dans la province de Fianarantsoa.
- 5(6)D15 et 5(6)D16 : Rapport sur le fonctionnement de l'AMI dans la province d'Ytasy (1904).
- Rapports sur le fonctionnement du Service de l'AMI :
 - 5(6)D17 : dans le cercle de Fort Dauphin (1904).
 - 5(6)D18 : dans le cercle de Maevatanana (1904).
 - 5(6)D19 : dans le district de Malanora (1904).
 - 5(6)D20 : dans le district de Mandritsara (1904).
 - 5(6)D21 : dans la province de Maroantsetra (1904).
 - 5(6)D22 : dans le cercle de Morondava (1904).
 - 5(6)D23 : dans la province de Nossi-Bé (1904).
 - 5(6)D24 : dans la province du Vakinankaratra (1904).
 - 5(6)D25 : dans la province du Vohémar (1904).

- 5(6)D26 : Procès verbal de la réunion de la commission de l'AMI dans la province du Vakinankaratra (6 février 1905).
- 5(6)D27 : Rapport sur le fonctionnement du magasin central de l'AMI (1904).
 - Rapports d'ensemble sur le fonctionnement du Service de l'AMI :
 - 5(6)D28 : pour l'année 1905.
 - 5(6)D29 : pour l'année 1908.
 - 5(6)D30 : pour l'année 1909.
 - 5(6)D31 : pour l'année 1914.
 - 5(6)D32 : pour l'année 1915.
 - 5(6)D33 : pour l'année 1924.
 - 5(6)D34 : pour l'année 1926.
 - 5(6)D35 : pour l'année 1927.
- 5(6)D36 : Exposé d'ensemble sur l'activité du Service de Santé et de l'AMI. Programme des améliorations envisagées (1930).
- 5(6)D37 : Projet de budget pour la direction de l'AMI (1931).
- 5(6)D38 : Exposé d'ensemble sur l'activité du Service de Santé et de l'AMI (1932).
- 5(6)D39 : Projet de budget pour la direction de l'AMI (1933).

Sous-série 6D : Dossiers divers de la direction des affaires politiques et de l'Administration Générale (notamment sur les mouvements nationalistes).

- 6(2)D78 : renseignements politiques et de police antérieurs et postérieurs à l'affaire VVS.

- 6(2)D80 : découverte de la société secrète.

- 6(2)D91 : fonctionnaires et étudiants condamnés dans l'affaire VVS (étudiants en médecine, ex-affiliés à la VVS, demandant à reprendre leurs études à l'école de médecine ou à être employés dans le service de l'AMI).

Fonds de la Province de Tananarive (PT).

Carton 64 : peste, épidémies.

Carton 105 : Service de Santé, « correspondance et rapports envoyés par divers organismes du Service de Santé au chef de Province (1938-1954) ».

Carton 140 : Organisation des vaccinations anti-pestueuses (1941).

Carton 254 : Assistance Médicale Indigène, rapport annuel 1944 (administratif et médical).

Carton 255 : Service de Santé, rapport annuel (1944 et 1946)

Fonds Ministériels – Affaires Politiques (Togo, Cameroun, Madagascar) – 1920-1957.

Service de Santé : cartons 3244 à 3247.

Diverses informations sur l'organisation sanitaire à Madagascar (notamment des décrets sur la vaccination antivariolique).

Fonds Ministériels – Série Géographique – Madagascar (FM-SG-Mad).

Carton 103 Dossier 151 : Affaires sanitaires, personnel (médecins, sages-femmes, pharmaciens, dentistes).

Carton 176 Dossier 275 : Organisation sanitaire à Madagascar et Dépendances : personnel, hôpitaux, vaccinations, etc...(1890-1909).

Carton 206 Dossier 415 : personnel du service de santé, dossiers du personnel du service de santé coloniale.

Carton 338 Dossier 894 : VVS affaires politiques (découverte du complot et instruction de l'affaire, sanctions judiciaires, interventions en faveur des condamnés, sanctions administratives, notes et documents se rapportant à l'affaire).

Carton 378 Dossier 1030 : Rapport d'ensemble du Gouverneur Général Gallieni sur la situation de la colonie de 1896 à 1905.

[Service des Archives de l'Institut Pasteur \(S.A.I.P\) \(Paris\)](#)

Fonds des archives de l'Institut Pasteur de Madagascar :

- MADCOPIE – 1 : Cahiers d'enregistrements de la correspondance entre divers services (mars 1902 – juillet 1908).
- MADCOPIE – 2 : Cahiers d'enregistrements de la correspondance entre divers services (1920 – 1953).
- MADCOPIE – 6 : Service de la vaccination, documentation historique :
 - « Note sur l'introduction de la vaccine à Madagascar » par M.J Valette.
 - « La vaccine à Madagascar ».
 - « Madagascar, territoire indemne de variole depuis 50 ans » par G. Girard (1967), pp.135-140.
 - Histoire de la variole par J.J Cocheton et J. Poulet.
- MADCOPIE – 10 :

Les rapports annuels sur le fonctionnement de l'Institut Pasteur de Tananarive, de 1899 à 1907.

NOTES

(1) Lapeyssonie, "La médecine coloniale : mythes et réalités", col. Médecine et Histoire, 1988, Paris, p.18.

(2) Idem

(3) Mangasay, « L'évolution de l'infection pesteuse à Madagascar de 1898 à 1962 » ; Thèse pour le doctorat en médecine, Paris, 1962.

(4) CAOM, FM-SG-Mad, C378D1030, Madagascar de 1896 à 1905. Rapport d'ensemble du Général Gallieni, Gouverneur général, au ministre des colonies, 1905.

(5) Bado J.P, Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique, 1996, p. 15.

(6) Gallieni, Neuf ans à Madagascar, 1905, p.337.

(7) E. Hesling, « L'Assistance Médicale Indigène et la Colonisation », Revue de Madagascar, n°4, Avril 1905, p.295.

(8) Brygoo, « Les débuts de l'enseignement médical à Madagascar : un siècle d'expérience », Bull. Acad. Malg., 1971, p.70.

(9) Gallieni, Neuf ans à Madagascar, 1905, p.337.

(10) Jamin Ch., « L'Assistance Médicale et l'Hygiène Publique Indigènes à Madagascar », La Dépêche Coloniale Illustrée, 31 décembre 1903.

(11) CAOM, FM-SG-Mad, C378D1030, Madagascar de 1896 à 1905. Rapport d'ensemble du Général Gallieni, Gouverneur général, au ministre des colonies, 1905, p.540.

(12) Ibidem, p.540.

(13) Ibidem, p.540.

(14) Brygoo, in Bull. Acad. Malg., 1971, p.72.

(15) CAOM, FM-SG-Mad, C378D1030, Op. cit., p.541.

(16) « L'Ecole de Médecine de Tananarive », Journal Officiel de Madagascar et Dépendances, 30 décembre 1903.

[\(17\)](#) Jamin, in La Dépêche Coloniale Illustrée.

[\(18\)](#) CAOM, Gouv. Gén. Mad., 5(5)D6, Gallieni, « Instructions sur l'organisation de l'assistance médicale et de l'hygiène publique indigènes à Madagascar », Journal Officiel de Madagascar et Dépendances, 20 mars 1901.

[\(19\)](#) CAOM, FM-SG-Mad, C378D1030, Op. cit., p.544.

[\(20\)](#) Ibidem, p.542.

[\(21\)](#) Journal Officiel de Madagascar et Dépendances 23 juin 1898.

[\(22\)](#) CAOM, FM-SG-Mad, C378D1030, Op. cit., p.541.

[\(23\)](#) CAOM, FM-SG-Mad, C378D1030, Op. cit., p.542.

[\(24\)](#) Brygoo, L'Institut Pasteur de Tananarive, bulletin de liaison AAEDIP, Paris, n°19, 1964, p.328.

[\(25\)](#) Brygoo, Ibid., p.327.

[\(26\)](#) Brygoo, Ibid, p.328.

[\(27\)](#) « Inauguration de l'Institut Pasteur de Tananarive », Journal Officiel Madagascar et Dépendances, 28 mars 1900, p.4180.

[\(28\)](#) CAOM, FM-SG-Mad, C378D1030, Op. cit., p.543.

[\(29\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(5)D6, « Instructions sur l'organisation de l'assistance médicale et de l'hygiène publique indigènes à Madagascar », 1901.

[\(30\)](#) CAOM, FM-SG-Mad, C378D1030, Op. cit., p.563.

[\(31\)](#) Clans des chefs de famille commandant au niveau des villages, les fokon'olona représentent les unités politiques de base.

[\(32\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(5)D6, « Instructions sur l'organisation de l'assistance médicale et de l'hygiène publique indigènes à Madagascar », 1901.

[\(33\)](#) « L'Ecole de Médecine de Tananarive », Journal Officiel Madagascar et Dépendances, 30 décembre 1903.

[\(34\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(5)D6, Op. cit.

[\(35\)](#) CAOM, FM-SG-Mad, C378D1030, Op. cit., p.546.

[\(36\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(5)D6, Op. cit.

[\(37\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(5)D6, Op. cit.

[\(38\)](#) Conil (médecin lt. Col.), cité par Bado J.P, Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique, 1996, p.30.

[\(39\)](#) P. Aubry, P. Rakotobe, « La formation médicale à Madagascar de 1870 à nos jours », Médecine Tropicale, v.60, n°4, 2000, p.345.

[\(40\)](#) P. Aubry, P. Rakotobe, « La formation médicale à Madagascar de 1870 à nos jours », Médecine Tropicale, v.60, n°4, 2000, p.345.

[\(41\)](#) P. Aubry, P. Rakotobe, « La formation médicale à Madagascar de 1870 à nos jours », Médecine Tropicale, v.60, n°4, 2000, p.345.

[\(42\)](#) Brygoo, « Les débuts de l'enseignement médical à Madagascar : un siècle d'expérience », Bull. Acad. Malg. 1971, p.67.

[\(43\)](#) Brygoo, « Les débuts de l'enseignement médical à Madagascar : un siècle d'expérience », Bull. Acad. Malg. 1971, p.67.

[\(44\)](#) Jamin Ch., « L'Assistance médicale et l'Hygiène publique indigènes à Madagascar », La Dépêche Coloniale Illustrée, 31 décembre 1903, n°24, p.337.

[\(45\)](#) Gallieni, Neuf ans à Madagascar, 1905, p.337.

[\(46\)](#) Brygoo, in Bull. Acad. Malg., 1971, p.70.

[\(47\)](#) « L'Ecole de Médecine », Journal Officiel Mad et Dép 30 décembre 1903.

[\(48\)](#) Jourdran, Journal Officiel Madagascar et Dépendances, 13 novembre 1901.

[\(49\)](#) Exposition temporaire organisée par le Musée du Service de Santé des armées (17 au 15 septembre 2001), La participation du Service de Santé des armées au monde civil : les hôpitaux coloniaux (1890-1896).

[\(50\)](#) Brygoo, in Bull. Acad. Malg., 1971, p.71.

[\(51\)](#) Brygoo, in Bull. Acad. Malg., 1971, p.71

[\(52\)](#) Dr. Rencurel, « Organisation de l'Ecole de Médecine de Tananarive », Arch. Méd. Nav., v.68, 1897, p.139 et 143.

[\(53\)](#) « L'Ecole de Médecine », Journal Officiel de Madagascar et Dépendances, du 30 décembre 1903.

[\(54\)](#) Journal Officiel de Madagascar et Dépendances, 30 décembre 1903

[\(55\)](#) Ibidem.

[\(56\)](#) Ibidem.

[\(57\)](#) Brygoo, in Bull. Acad. Mal., 1971, p.76.

[\(58\)](#) Ibidem, p.71

[\(59\)](#) Journal Officiel de Madagascar et Dépendances, 30 décembre 1903

[\(60\)](#) Kermorgant (A), « Ecole de Médecine et hôpital indigène de Tananarive », Ann. Hyg. Méd. Col., v.6, p.182.

[\(61\)](#) Brygoo, in Bull. Acad. Mal.,1971, p.72.

[\(62\)](#) Dr. Rencurel, « Organisation de l'Ecole de Médecine de Tananarive », Arch. Méd. Nav, v.68, 1897.

[\(63\)](#) Journal Officiel de Madagascar et Dépendances, 30 décembre 1903.

[\(64\)](#) Kermorgant (A), in Ann. Hyg. Méd. Col.,v.6, 1903, p.182.

[\(65\)](#) Journal Officiel de Madagascar et Dépendances, 30 décembre 1903.

[\(66\)](#) Brygoo, in Bull. Acad. Mal. 1971, p.73.

[\(67\)](#) Jamin Ch., « l'Assistance Médicale et l'Hygiène Publique indigènes à Madagascar », La Dépêche Coloniale illustré, 31 décembre 1903, p.339.

[\(68\)](#) Journal Officiel de Madagascar et Dépendances, 30 décembre 1903.

[\(69\)](#) Kermorgant (A), in Ann. Hyg. Méd. Col., v.6, 1903, p.182.

[\(70\)](#) « Distribution des prix aux élèves de l'école de médecine indigène », Journal Officiel de Madagascar et Dépendances, 13 novembre 1901.

[\(71\)](#) Brygoo, in Bull. Acad. Malg., 1971, p.74.

[\(72\)](#) Journal Officiel de Madagascar et Dépendances, 30 décembre 1903.

[\(73\)](#) Brygoo, in Bull. Acad. Mal. 1971, p.70.

[\(74\)](#) Journal Officiel de Madagascar et Dépendances, du 30 décembre 1903.

[\(75\)](#) Brygoo, in Bull. Acad. Mal, 1971, p.75.

[\(76\)](#) Dr. Rousselot, directeur de l'hôpital malgache, du dispensaire et de l'Ecole de Médecine de Tananarive. Extrait d'un rapport sur le fonctionnement de ces établissements depuis leur création adressé au Gouverneur Général, dans le Journal Officiel de Madagascar et Dépendances du 18 mars 1899.

[\(77\)](#) Brygoo, in Bull. Acad. Mal., 1971, p.82.

[\(78\)](#) Rafaralahimanjato et Ranaivo-Ramarobandro, Brygoo, in Bull. Acad. Mal.,1971 p.82.

[\(79\)](#) Journal Officiel de Madagascar et Dépendances, 30 décembre 1903.

[\(80\)](#) Ibidem.

[\(81\)](#) Ibidem.

[\(82\)](#) Journal Officiel de Madagascar et Dépendances, 18 mars 1899.

[\(83\)](#) Brygoo, in Bull. Acad. Mal., 1971, p.78.

[\(84\)](#) Brygoo, in Bull. Acad. Mal., 1971, p.78.

[\(85\)](#) Journal Officiel de Madagascar et Dépendances, 18 avril 1904.

[\(86\)](#) Brygoo, in Bull. Acad. Mal., 1971, p.79.

[\(87\)](#) Journal Officiel de Madagascar et Dépendances 30 décembre 1903.

- (88) A. Kermorgant, « Ecole de Médecine et hôpital indigène de Tananarive », Ann. Hyg. Méd. Col., v.6, 1903, p.184.
- (89) Brygoo, in Bull. Acad. Mal., 1971, p.79.
- (90) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(6)D35, « Services Sanitaires et d'AMI ; rapport annuel 1927 ».
- (91) Dr. Clarac, médecin de première classe des troupes coloniales, « Epidémies de variole à Madagascar », Ann. Hyg. Méd. Col., 1904, p.434.
- (92) Dr. Louis-Michel Parrot, De la prophylaxie de la variole aux colonies, Paris, 1908, p.8.
- (93) Dr. Clarac, in « Epidémies de variole à Madagascar », p.436.
- (94) Rabefierana, Contribution à l'étude historique de la variole et du vaccin antivariolique à Madagascar, Thèse de médecine, Montpellier, 1922, p.23.
- (95) Dr. Lidin, « Morbidité et mortalité à Madagascar pendant 1897 », Ann. Hyg. et Méd. Col., v.1, 1898, p.472.
- (96) Rabefierana, in Thèse 1922, p.53.
- (97) Rabefierana, in Thèse 1922, p.61.
- (98) Dr. Parot L.M, De la prophylaxie de la variole aux colonies, 1908, p.34.
- (99) Pasteur V-R, Pathologie Médicale, éd . Médicales Flammarion, 1963, p.724.
- (100) Coulanges P., « Variole et vaccine à Madagascar et aux Comores », Arch. Inst. Pasteur Madagascar, 1976, p.144.
- (101) Moulin A.M, L'aventure de la vaccination, 1996, p.73.
- (102) Coulanges P., in « Variole et vaccine à Madagascar et aux Comores » p.156.
- (103) Moulin, in L'aventure de la vaccination, p.73.
- (104) Rabefierana, in Thèse 1922, p.51.
- (105) Moulin A.M, in L'aventure de la vaccination, p.75.

[\(106\)](#) Rabefierana, in Thèse 1922, p.40.

[\(107\)](#) Clarac, in « Epidémies de variole à Madagascar », p.436.

[\(108\)](#) Rabefierana, in Thèse 1922, p.57.

[\(109\)](#) S.A.I.P, Fonds des arch. Inst. Past. Mad., MADCOPIE-6, Girard, « Madagascar territoire indemne de variole depuis 50 ans », 1967, p.138.

[\(110\)](#) Cependant le vaccin en provenance de Saïgon se conservait mieux que celui venu d'Europe, ce qui poussa le médecin principal Clavel a multiplier les demandes d'envois, tout en s'occupant activement de la création de l'Institut Pasteur de Tananarive. Clarac, in « Epidémies de variole à Madagascar », p.436.

[\(111\)](#) Parrot L.M, De la prophylaxie de la variole aux colonies, p.29.

[\(112\)](#) Rabefierana, in Thèse 1922, p.58.

[\(113\)](#) Dr. Clarac, « Epidémies de variole à Madagascar », Ann. Hyg. et Méd. Col., v.7, 1904, p.437.

[\(114\)](#) Clarac, « Les services d'hygiène et de médecine sur les chantiers des grands travaux en pays exotiques », Ann. d'Hyg. Publique et de Méd. Légale, août 1907.

[\(115\)](#) Clarac, in « Epidémies de variole à Madagascar », p.437.

[\(116\)](#) Girard, in « Madagascar territoire indemne de variole depuis 50 ans », p.138.

[\(117\)](#) Moulin A-M., « L'aventure de la vaccination », 1996, p.29.

[\(118\)](#) Brygoo, « L'Institut Pasteur de Tananarive », bulletin de liaison AAEDIP, Paris, n°19, 1964, p.327.

[\(119\)](#) S.A.I.P, Fonds des arch. Inst. Past. Mad., MADCOPIE-6, Girard, « Madagascar territoire indemne de variole depuis 50 ans », 1967p .138.

[\(120\)](#) Thiroux, Journal Officiel de Madagascar et Dépendances, 28 mars 1900.

[\(121\)](#) S.A.I.P, Fonds des arch. Inst. Past. Mad., MADCOPIE-10, « Rapport annuel de l'Institut Pasteur de Tananarive, 1899 ».

[\(122\)](#) Rabefierana, Thèse 1922, p.60.

[\(123\)](#) Dr. Clarac, « épidémies de variole à Madagascar », Ann. Hyg. Méd. Col., v.7, 1904, p.438.

[\(124\)](#) Dr. Parrot L-M, De la prophylaxie de la variole aux colonies, p.18, 1908.

[\(125\)](#) Rabefierana, in Thèse 1922, p.60.

[\(126\)](#) S.A.I.P, Fonds des arch. Inst. Past. Mad., MADCOPIE-10, « Rapport annuel de l'Institut Pasteur de Tananarive, 1901 ».

[\(127\)](#) S.A.I.P, Fonds des arch. Inst. Past. Mad., MADCOPIE-10, « Rapport annuel de l'Institut Pasteur de Tananarive, 1900 ».

[\(128\)](#) Girard G., Revue de Médecine et d'Hygiène d'Outre Mer, septembre 1958, p.102.

[\(129\)](#) Jamin, « L'assistance médicale et l'hygiène publique indigènes à Madagascar », La Dépêche Coloniale Illustrée, 31 décembre 1903, p. 342.

[\(130\)](#) CAOM, FM-SG-Mad, C378D1030, Madagascar de 1896 à 1905. Rapport d'ensemble du Général Gallieni, Gouverneur général, au ministre des colonies, 1905, p.547.

[\(131\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(5)D6 « statistiques de l'AMI, 1905 ».

[\(132\)](#) CAOM, FM-SG-Mad, C378D1030, Op. cit., p.548.

[\(133\)](#) CAOM, FM-SG-Mad, C378D1030, Op. cit., p.552.

[\(134\)](#) Arrêté du 17 mars 1901 portant réorganisation des services de l'assistance médicale et de l'hygiène publique indigènes dans les provinces de l'Imerina et du Betsileo, Journal Off. Mad. et Dép., 20 mars 1901.

[\(135\)](#) CAOM, FM-SG-Mad, C378D1030, Op. cit., p.553.

[\(136\)](#) Dr. Lasnet, rapport sur l'Assistance Médicale Indigène, Congrès Afrique Orientale, 9 au 14 octobre 1911, p.118-119.

[\(137\)](#) Voir l'organigramme de cette organisation en annexe (fig40. p.147).

[\(138\)](#) Gallieni, Neuf ans à Madagascar, p.339.

[\(139\)](#) Décret du 2 mars 1904, portant organisation de l'Assistance Médicale et de l'hygiène publique indigènes à Madagascar et Dépendances ; Recueil des documents intéressant l'AMI et les Services Sanitaires, Tananarive, Imp. Off., 1930.

[\(140\)](#) Gallieni, Neuf ans à Madagascar, p.260.

[\(141\)](#) CAOM, FM-SG-Mad, C378D1030, Op. cit., p.557.

[\(142\)](#) Ces chiffres comprennent les hôpitaux, les maternités, les dispensaires et les postes médicaux. CAOM, FM-SG-Mad, C378D1030, Op. cit., p.564.

[\(143\)](#) Kermorgant, « Ecole de Médecine et Hôpital Indigène de Tananarive », Ann. Hyg. Et Méd. Col., v.6, 1903, p.183.

[\(144\)](#) Jourdran, « Organisation et fonctionnement de l'hôpital Indigène de Tananarive », Arch. Méd. Nav., v.68, 1897, p.143.

[\(145\)](#) Journal Officiel de Madagascar et Dépendances, 22 juillet 1903, « règlement sur le fonctionnement des hôpitaux indigènes et le service des médecins chargés de leur direction » ; voir également le plan d'un « hôpital indigène » en annexe, fig31. p.142 .

[\(146\)](#) CAOM, FM-SG-Mad, C378D1030, Op. cit., p.545.

[\(147\)](#) CAOM, FM-SG-Mad, C378D1030, Op. cit., p.565.

[\(148\)](#) CAOM, FM-SG-Mad, C176D275, « Picquie, rapport sur les services d'hygiène, de santé et d'assistance médicale, adressé au ministre des Colonies, 20 avril 1903 ».

[\(149\)](#) CAOM, FM-SG-Mad, C176D275, Op. cit.

[\(150\)](#) CAOM, FM-SG-Mad, C378D1030, Op. cit., p.575.

[\(151\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(6)D1 « Rapport annuel des services : lettre de l'administrateur chef de la Province de Miarinarivo à M. le Gouverneur Général de Mad et Dép, le 21 avril 1903, au sujet de la partie contributive de la province au fonctionnement du magasin de l'Assistance Médicale ».

[\(152\)](#) Gallieni, Neuf ans à Madagascar, p.259.

[\(153\)](#) CAOM, FM-SG-Mad, C378D1030, Op. cit., p.557.

[\(154\)](#) Journal Officiel de Madagascar et Dépendances, 30 décembre.

[\(155\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(5) D4, « E. Jourdran, Rapport annuel de 1904 de l'Ecole de Médecine de Tananarive ».

[\(156\)](#) Brygoo, in Bull. Acad. Mal., 1971, p.75.

[\(157\)](#) Ibidem.

[\(158\)](#) Journal Officiel de Madagascar et Dépendances, 30 décembre 1903.

[\(159\)](#) En effet on a vu que tous les élèves, sauf ceux appelés à remplir des fonctions hospitalières, étaient externes, et que certains pouvaient avoir droit à des bourses. Brygoo, in Bull. Acad. Mal., 1971, p.76.

[\(160\)](#) Ibidem, p.76.

[\(161\)](#) Ibidem, p.107.

[\(162\)](#) Brygoo, in Bull. Acad. Mal., 1971, p.80.

[\(163\)](#) Kermorgant, Ann. Hyg. Méd. Col., v.6, 1903, p.181.

[\(164\)](#) Brygoo, in Bull. Acad. Mal., p.82.

[\(165\)](#) Ibidem, p.81.

[\(166\)](#) Brygoo, in Bull. Acad. Mal, p.85.

[\(167\)](#) Ibidem, p.85.

[\(168\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(5)D4, « E. Jourdran, Rapport annuel de 1904 de l'Ecole de Médecine de Tananarive ».

[\(169\)](#) Ibidem.

[\(170\)](#) CAOM, FM-SG-Mad, C378D1030, Op. cit.

[\(171\)](#) E. Brygoo, in Bull. Acad. Mal., 1971, p. 86.

[\(172\)](#) Journal Officiel de Madagascar et Dépendances, 30 décembre 1903.

[\(173\)](#) Brygoo, in Bull. Acad. Mal., 1971, p.88.

[\(174\)](#) Dr. Lasnet, médecin principal de deuxième classe des troupes coloniales, professeur à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales ; Rapport sur l'AMI 1911, dans Le compte

rendu des travaux du Congrès de l'Afrique Orientale (Madagascar et Dépendances), tenu à Paris du 9 au 14 octobre 1911 ; p. 134.

[\(175\)](#) Brygoo, in Bull. Acad. Mal., 1971, p.89.

[\(176\)](#) « Le sigle V.V.S correspondait aux termes Vy Vato Sakelika, c'est à dire fer, pierre, et bourgeonnement et ramification. Ils signalaient donc que cette association devait être forte et dure et résister à tous les chocs. Sakelika était un exemple tiré du bananier qui se reproduit de lui même à sa base, indiquant que cette organisation était destinée à s'étendre à l'ensemble de l'île par reproduction multiple d'une telle organisation », CAOM, FM-SG-Mad, C338D896.

[\(177\)](#) CAOM, FM-SG-Mad, C338D894, « rapport du juge d'instruction sur l'affaire de la société secrète malgache, adressé au ministre des colonies le 17 janvier 1916 ».

[\(178\)](#) CAOM, FM-SG-Mad, C338D894, « lettre du Gouverneur Général de Madagascar au Ministre des Colonies au sujet de l'affaire V.V.S. »

[\(179\)](#) Robin Joseph Ramiandrasoa (protestant), Bonifasy Ramasy (catholique), Ratsimbazafy (catholique), Rason Louis (protestant), Raphaël Rabetsa (catholique). Koerner Fr., Madagascar, colonisation française et nationalismen malgache, XX° siècle, 1994, p165.

[\(180\)](#) CAOM, FM-SG-Mad, C338D894, « dépêche télégraphique du 30 décembre 1915 de M. Garbit», dossier traitant de la découverte du complot et de l'instruction de l'affaire VVS.

[\(181\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 6(2)D91.

[\(182\)](#) Koerner Fr., Madagascar, colonisation française et nationalismen malgache, XX° siècle, 1994, p.171.

[\(183\)](#) Lasnet, rapport AMI 1911, Congrès de l'Afrique orientale, p.133.

[\(184\)](#) CAOM, FM-SG-Mad, C378D1030, Op. cit.

[\(185\)](#) Brygoo, in Bull. Acad. Mal., p.92.

[\(186\)](#) Journal Officiel de Mad. et Dép., « Historique de l'Ecole de Médecine », 30 décembre 1903.

[\(187\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(5)D10, « Rapport annuel sur le fonctionnement de la Direction de la Santé à Madagascar ».

[\(188\)](#) Brygoo, Les débuts de l'enseignement médical à Madagascar, un siècle d'expérience, Bull. Acad. Mal., 1971, p.93.

[\(189\)](#) Journal Officiel Mad et Dép, 30 décembre 1903.

[\(190\)](#) Ibidem.

[\(191\)](#) Brygoo, in Bull. Acad. Mal., 1971, p.93.

[\(192\)](#) Journal Officiel Mad. et Dép., 30 décembre 1903.

[\(193\)](#) Brygoo, in Bull. Acad. Mal., 1971, p.93.

[\(194\)](#) Pluchon P., Histoire des médecins et pharmaciens de marine et des colonies, 1985, p.262.

[\(195\)](#) Journal Officiel Mad et Dép, 30 décembre 1903.

[\(196\)](#) Journal Officiel Mad. et Dép., 22 juillet 1903, « règlement sur le fonctionnement des hôpitaux indigènes et le service des médecins chargés de leur direction ».

[\(197\)](#) Gayet, You, Madagascar colonie française, 1931, p.263.

[\(198\)](#) CAOM, FM-SG-Mad, C378D1030, Op. cit. p.566.

[\(199\)](#) Kermorgant, « Ecole de Médecine et Hôpital Indigène de Tananarive », Ann. Hyg. Méd. Col., v.6, 1903, p.184.

[\(200\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(5)D6, « Instructions sur l'organisation de l'assistance médicale et de l'hygiène publique indigènes à Madagascar » 1901.

[\(201\)](#) Dr Clarac, « Les services d'hygiène et de médecine sur les chantiers des grands travaux en pays exotiques », Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale, Août 1907, p.45.

[\(202\)](#) Brygoo, « Les débuts de l'enseignement médical à Madagascar, un siècle d'expérience », Bull. Acad. Mal., 1971, p.95.

[\(203\)](#) Ramiara Y., La voix du métal, la mutation de la société, <http://lavoixdumetal.free.fr>

[\(204\)](#) Voir en annexe le tableau de la répartition du personnel de l'AMI en 1906.

[\(205\)](#) Dr. Thibault, « fonctionnement du parc vaccino-gène de Diego-Suarez en 1903 », Ann. d'Hyg. et Méd. Col.,1905, p257.

[\(206\)](#) L'extrait d'une lettre manuscrite en annexe (fig.44 p.150) illustre cette préoccupation constante de veiller à la bonne santé de ces génisses des parc vaccino-gènes.

- [\(207\)](#) S.A.I.P, Fonds d'archives de l'Institut Pasteur de Madagascar, MADCOPIE-10, « Rapport de l'Institut Pasteur de Tananarive 1901 ».
- [\(208\)](#) Rabefierana, in Thèse 1922, p.65-66.
- [\(209\)](#) CAOM, FM, Affaires Politiques, Service de Santé, carton 3245 « Rapport du directeur du Service de Santé au Président de la République, 16 février 1923 ».
- [\(210\)](#) S.A.I.P, Fonds des arch. Inst. Past. Mad., MADCOPIE-10, « Rapport annuel de l'Institut Pasteur de Tananarive, 1902 ».
- [\(211\)](#) Dr. Clarac, « Epidémies de variole à Madagascar », Ann. Hyg. et Méd. Col., 1904, p441.
- [\(212\)](#) S.A.I.P, Fonds des arch. Inst. Past. Mad., MADCOPIE-10, « Rapport annuel de l'Institut Pasteur de Tananarive, 1902 ».
- [\(213\)](#) Ibidem, p.444.
- [\(214\)](#) S.A.I.P, Fonds des arch. Inst. Past. Mad., MADCOPIE-10, « Rapport annuel de l'Institut Pasteur de Tananarive, 1905 ».
- [\(215\)](#) Journal Officiel Mad. et Dép. 9 juillet 1903, « rapport sur la lutte contre la variole ».
- [\(216\)](#) Ibidem.
- [\(217\)](#) Girard G., « La santé publique et ses problèmes à Madagascar entre les deux guerres mondiales », Bull. Acad. Malg., 1964.
- [\(218\)](#) CAOM, FM, Affaires Politiques, Service de Santé, carton 3245, Lettre du ministre des colonies G. Trouillod adressée aux Gouverneurs Généraux et aux Gouverneurs des colonies, le 3 septembre 1898.
- [\(219\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(5)D10, « rapport sur le fonctionnement de la Direction de la Santé à Madagascar en 1914 ».
- [\(220\)](#) Anonyme, Conseils au peuple malgache pour lui apprendre les dangers de la variole et les bienfaits du vaccin.
- [\(221\)](#) Rabefierana, in Thèse 1922, p.83.
- [\(222\)](#) G. Girard, « Le succès le plus marquant de l'œuvre sanitaire de la France à Madagascar : la

disparition de la variole depuis 45 ans », Revue de Médecine et d'Hygiène d'Outre Mer, Août-Septembre 1958, n°270, p.108.

[\(223\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(6)D29, « rapport annuel de l'AMI pour 1908 ».

[\(224\)](#) Clément R. « L'œuvre de la France à Madagascar », Entreprises et Produits de Madagascar, janv-fév-mars 1950, p. 103.

[\(225\)](#) Girard G., « Le succès le plus marquant de l'œuvre sanitaire de la France à Madagascar : la disparition de la variole depuis 45 ans », Revue de Méd. Et Hyg. d'Outre Mer, août-septembre 1958, p.102.

[\(226\)](#) Le Gall, « rapport au ministre des colonies sur les maladies pestilentielles et les maladies endémo-épidémiques dans l'empire colonial français au cours de l'année 1939 », Revue de Médecine Tropicale, 1941, p.590.

[\(227\)](#) Pasteur Vallery-Radot (dir), Pathologie Médicale, 1963, p.909-915.

[\(228\)](#) Coulanges P., « La peste à Tananarive (de son apparition en 1921 à sa résurgence en 1979) », Arch. Inst. Pasteur Madagascar, 1989, v. 56, p.9.

[\(229\)](#) Pasteur Vallery-Radot (dir), Pathologie Médicale, 1963, p.909-915.

[\(230\)](#) Coulanges P., « La peste à Tananarive (de son apparition en 1921 à sa résurgence en 1979) », Arch. Inst. Pasteur Madagascar, 1989, v. 56, p.10.

[\(231\)](#) Robic J., « Les caractéristiques de la peste à Madagascar », Ann. Méd. et Pharm. Col., v.35, année 1937.

[\(232\)](#) Robic J., « Trente années de lutte contre la peste à Madagascar », Bull. Acad. Mal., 1952, p.143.

[\(233\)](#) J. Valette, « Les épidémies de peste de Tamatave de 1898 et 1899 », L'hôpital et l'aide sociale à Paris, n° 44 mars-avril 1967, p. 229.

[\(234\)](#) Voir en annexe les mesures prises par le comité d'hygiène de la colonie (fig.51 p.155).

[\(235\)](#) Mangasay, « L'évolution de l'infection pesteuse à Madagascar de 1898 à 1962 », Thèse de Médecine, Paris, 1963, p.9.

[\(236\)](#) Le terme de « maladies pestilentielles » désigne un ensemble de maladies à fort potentiel épidémique, qui inclue la peste, mais ne se limite pas à elle seule (il englobe aussi bien la variole, le choléra, etc.).

[\(237\)](#) CAOM, FM-SG-Mad, C176D275, « Gallieni, Instructions concernant la mobilisation sanitaire en cas d'épidémie de maladies pestilentiennes se déclarant à Madagascar, 5 mai 1903 ».

[\(238\)](#) Mangasay, « L'évolution de l'infection pesteuse à Madagascar de 1898 à 1962 », Thèse de Médecine, Paris, 1963, p.20.

[\(239\)](#) Mangasay, « L'évolution de l'infection pesteuse à Madagascar de 1898 à 1962 », Thèse de Médecine, Paris, 1963, p.24.

[\(240\)](#) *ibidem*, p.25.

[\(241\)](#) Lhuerre René, « Le paludisme et la peste à Madagascar (influence des climats, des races, des mœurs), Thèse de Médecine, Lyon, 1937, p.104.

[\(242\)](#) Dr. Couvy, « Organisation de la lutte contre la peste dans la commune de Tananarive », Ann. Méd. et Pharm. Col., tome 23, 1925, p.42.

[\(243\)](#) Mangasay, « L'évolution de l'infection pesteuse à Madagascar de 1898 à 1962 », Thèse de Médecine, Paris, 1963, p.13.

[\(244\)](#) Robic J., « Trente années de lutte contre la peste à Madagascar », Bull. Acad. Malg., 1952, p.140.

[\(245\)](#) Dr Allain, directeur du Service de Santé du groupe de l'Afrique Orientale, « L'épidémie de peste pulmonaire de Tananarive », Ann. Méd. et Pharm. Col., 1921, p.383.

[\(246\)](#) Dr. Couvy, « Organisation de la lutte contre la peste dans la commune de Tananarive », Ann. Méd. et Pharm. Col., tome 23, 1925, p.43.

[\(247\)](#) Robic, in « Trente années de lutte contre la peste à Madagascar », p.141.

[\(248\)](#) Mangasay, « L'évolution de l'infection pesteuse à Madagascar de 1898 à 1962 », Thèse de Médecine, Paris, 1963, p.32.

[\(249\)](#) Dr Allain, directeur du Service de Santé du groupe de l'Afrique Orientale, « L'épidémie de peste pulmonaire de Tananarive », Ann. Méd. et Pharm. Col., 1921, p.387.

[\(250\)](#) Dr. Allain, Op. cit., p.389.

[\(251\)](#) Dr. Couvy, in « Organisation de la lutte contre la peste dans la commune de Tananarive », p.46.

[\(252\)](#) Dr Allain, Op. cit., p.409.

[\(253\)](#) Dr. Couvy, Op. cit., p.48.

[\(254\)](#) Robic J., in « Trente années de lutte contre la peste à Madagascar », p.148.

[\(255\)](#) Dr. Couvy, in « Organisation de la lutte contre la peste dans la commune de Tananarive », p.34-41.

[\(256\)](#) Robic J., in « Trente années de lutte contre la peste à Madagascar », p.148.

[\(257\)](#) Lemarchand-Copreaux F., « La vaccination anti-pestéuse », Pour la science, n°273, juillet 2000, p.12.

[\(258\)](#) Robic J., « Trente années de lutte contre la peste à Madagascar », Bull. Acad. Malg., 1952, p.142.

[\(259\)](#) Girard G., cité par G. Ramahandridona, « la perception de la science et de la recherche par l'âme malgache », Bull. Acad. Nationale des Arts, des Lettres et des Sciences, n° spécial centenaire de l'Institut Pasteur de Madagascar, 1998, Tananarive, p.12.

[\(260\)](#) Lemarchand-Copreaux F., « la vaccination anti-pestéuse », Pour la science, n° 273, juillet 2000, p.10.

[\(261\)](#) Clément Roger, « L'œuvre de la France à Madagascar, chapitre deux :Victoire sur la peste », Entreprises et produits de Madagascar, n° 2 janv. Fév. Mars, 1950, p.98.

[\(262\)](#) Robic J., Op. cit., p.142.

[\(263\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(5)D28, « rapport sur les vaccinations anti-pestéuses en 1932 ».

[\(264\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(5)D28, « circulaire de Mr. le Gouverneur Général traitant des sanctions en cas de manquement aux devoirs qui incombent au personnel médical indigène en période d'épidémie, novembre 1932 ».

[\(265\)](#) Lemarchand-Copreaux F., « la vaccination anti-pestéuse », Pour la science, n° 273, juillet 2000, p.11.

[\(266\)](#) Lhuerre René, « Le paludisme et la peste à Madagascar (influence des climats, des races, des mœurs), Thèse de Médecine, Lyon, 1937, p.71.

[\(267\)](#) Mangasay, « L'évolution de l'infection pestéuse à Madagascar de 1898 à 1962 », Thèse de Médecine, Paris, 1963, p.49.

- [\(268\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(5) D28, « rapport sur les vaccinations anti-pestueuses pratiquées à Madagascar pendant l'année 1932 ».
- [\(269\)](#) Lemarchand-Copreaux F., « la vaccination anti-pestueuse », Pour la science, n° 273, juillet 2000, p.13.
- [\(270\)](#) CAOM, Fonds Province de Tananarive, PT64, « rapport sur la peste 1934 ».
- [\(271\)](#) CAOM, Mad. Gouv. Gén., 5(6)D35, « Services Sanitaires et d'AMI ; rapport annuel 1927 ».
- [\(272\)](#) Brygoo E.R, « Les débuts de l'enseignement médical à Madagascar : un siècle d'expérience », Bull. Acad. Malg., 1971, p.99.
- [\(273\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(5)D24, Thiroux, « rapport sur l'activité des services sanitaires et d'assistance médicale indigène en 1928 ».
- [\(274\)](#) Brygoo E.R, Bull. Acad. Malg., 1971, p.99.
- [\(275\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(5)D24, Thiroux, « rapport sur l'activité des services sanitaires et d'assistance médicale indigène en 1928 » .
- [\(276\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(5)D24, Op. cit.
- [\(277\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(6)D36, « exposé d'ensemble sur l'activité du Service de Santé et de l'AMI, programme des améliorations envisagées (1930) ».
- [\(278\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(5)D24, Op. cit.
- [\(279\)](#) Brygoo E.R, Bull. Acad. Malg., 1971, p.99.
- [\(280\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(6)D38, « rapport annuel de 1932 du directeur du Service de Santé et de l'AMI».
- [\(281\)](#)« Convention passée entre le Gouvernement Général de Madagascar et l'institut Pasteur de Paris », Journal Officiel de Madagascar et Dépendances, 9 Juillet 1927.
- [\(282\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(5) D20, « rapport sur l'activité de l'Institut Pasteur de Tananarive depuis 1926 (1926-1937)»
- [\(283\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(6)D38, « rapport annuel de 1932 du directeur du Service de Santé et de l'AMI».

[\(284\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(5) D32, « rapport sur le fonctionnement du Service de Santé(1933) », et fig.53, p.157.

[\(285\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(5) D32, « rapport sur le fonctionnement du Service de Santé(1933) ».

[\(286\)](#) Robic, in « Trente années de lutte contre la peste à Madagascar », p.148.

[\(287\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(5) D32, « rapport sur le fonctionnement du Service de Santé(1933) ».

[\(288\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(5) D28, « rapport sur les vaccinations anti-pestueuses pratiquées à Madagascar (1932) ».

[\(289\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(5) D30, « rapport sur le fonctionnement du Service de Santé (1932) ».

[\(290\)](#) CAOM, Gouv Gén Mad, 5(5) D32, « rapport sur le fonctionnement du Service de Santé(1933) ».

[\(291\)](#) CAOM, Gouv gén Mad, 5(5) D27, « rapport sur le fonctionnement de l'Institut Pasteur de Tananarive pendant l'année 1932 » par docteur Robic.

[\(292\)](#) Robic, « Trente années de lutte contre la peste à Madagascar », Bull. Acad. Malg., 1952.

[\(293\)](#) Année de maximum des cas de peste enregistrés à Madagascar avec 3.933 cas suivis de 3.579 décès (voir le tableau de la répartition des cas de peste et des décès observés entre 1921 et 1948 en annexe, fig.58 p.162, et fig.62, p.165).

[\(294\)](#) Mangasay, « L'évolution de l'infection pesteuse à Madagascar de 1898 à 1962 », Thèse de Médecine, Paris, 1963, p.35.

[\(295\)](#) Dr. Girard, « résultats de la campagne de vaccination anti-pestueuse par germes vivants, effectuée à Madagascar (8 octobre 1934 – 10 mai 1935) », Ann. Méd. et Ph. Coloniales, v.33, 1935.

[\(296\)](#) Ibidem, p.912.

[\(297\)](#) Lemarchand-Copreaux F., « la vaccination anti-pestueuse », Pour la science, n° 273, juillet 2000, p.13.

[\(298\)](#) Mangasay, in Thèse de médecine 1963, p.37.

- [\(299\)](#) Coulanges P., « La peste à Tananarive (de son apparition en 1921 à sa résurgence en 1979) », Arch. Inst. Pasteur Madagascar, 1989, p.17.
- [\(300\)](#) Robic, in « Trente années de lutte contre la peste à Madagascar », p.150.
- [\(301\)](#) Coulanges P., « La peste à Tananarive (de son apparition en 1921 à sa résurgence en 1979) », Arch. Inst. Pasteur Madagascar, 1989, p.20.
- [\(302\)](#) Mangasay, in Thèse de médecine, 1963, p.40.
- [\(303\)](#) Girard G., « La santé publique et ses problèmes à Madagascar entre les deux guerres mondiales », Bull. Acad. Malg., 1964, p.12.
- [\(304\)](#) CAOM, Fonds Province de Tananarive, PT105, « télégramme lettre officielle du chef de district d'Antsirabe au chef de Province de Tananarive au sujet de la vaccination antipesteuse ».
- [\(305\)](#) Coulanges P., « La peste à Tananarive (de son apparition en 1921 à sa résurgence en 1979) », Arch. Inst. Pasteur Madagascar, 1989, v. 56, p.22.
- [\(306\)](#) Girard cité par Mangasay, « L'évolution de l'infection pesteuse à Madagascar de 1898 à 1962 », Thèse de doctorat en médecine, Paris, 1963, p.41.
- [\(307\)](#) « L'œuvre de la France à Madagascar : chapitre premier ; l'AMI », Entreprises et produits de Madagascar, n°2, janv-fév-mars 1950, p.86. Idem pour les autres chiffres de 1948.
- [\(308\)](#) Brygoo, « Les débuts de l'enseignement médical à Madagascar : un siècle d'expérience », Bull. Acad. Malg. 1971, p.108.
- [\(309\)](#) Bado J.P., Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique, 1996, p.9.
- [\(310\)](#) « Statistiques générales », Gouvernement de Madagascar et Dépendances, 1906.
- [\(311\)](#) « L'œuvre de la France à Madagascar : chapitre premier ; l'AMI », Entreprises et produits de Madagascar, n°2, janv-fév-mars 1950, p.86. Idem pour les autres chiffres de 1948.