

LA SITUATION SANITAIRE DE FIANARANTSOA ET D'AMBOSITRA EN 1902

par

Dieudonné RANDRIANARIMANANA

et

Emmanuel ANDRIAMAMPIHANTONA



Les données historiques en matière de santé (statistiques sanitaires) font partie des éléments d'information qui doivent avoir une incidence sur les décisions que prennent les responsables des Services de Santé. Ainsi la présente se propose de se concentrer sur Fianarantsoa (1) et Ambositra (2) qui sont parmi les premières provinces du Plateau central à bénéficier de l'Assistance Médicale Indigène ; elle se limite à l'année 1902, date de la mise en place de l'A.M.I sur le Plateau Central de Madagascar.

Afin de comprendre la situation sanitaire de Fianarantsoa et d'Ambositra en 1902, il nous faut étudier brièvement l'assistance médicale avant 1896 d'abord, et ensuite évaluer l'état sanitaire général du Plateau central vers 1900. On en tirera des éléments de comparaison et de discussion par rapport à la situation actuelle.

AVANT 1896, L'ORGANISATION SANITAIRE NE PROFITAIT QU'À UNE PETITE MINORITÉ DE LA POPULATION.

Si le gouvernement royal avait fondé en 1875 le dispensaire d'Avaradrova et l'hôpital gouvernemental à Ambohimitsimbina où les médecins de la Cour

(1) La province de Fianarantsoa comprenait Fianarantsoa, Ikongo, Ihosy, Ambalavao, Alakamisy, Fanjakana, Ambohimahasoa et Ifanadihana.

(2) La province d'Ambositra comprenait Ambositra, Ambohimanga du Sud, Ambatofinandrahana.

distribuaient gratuitement soins et remèdes, la capacité d'hospitalisation était restée réduite : le dispensaire d'Analakely (créé par la L.M.S. en 1864) ne disposait que de 30 lits ; il fut complété par l'hôpital de Soavinandriana (ouvert en 1891) qui pouvait accueillir environ 90 malades hospitalisés. Quant à la formation des médecins ; elle était organisée par la Medical Mission Academy (formée par les Anglais et les Norvégiens) à laquelle le Dr Rajaonah se joignit en 1880 pour former des sages-femmes et des infirmiers obstétriciens. Ainsi en dehors de Tananarive, l'assistance médicale était pratiquement inexistante et la population recourait aux guérisseurs et à la pharmacopée traditionnelle.

L'ETAT SANITAIRE DE LA POPULATION DU PLATEAU CENTRAL DE 1896 A 1901 PEUT ETRE CARACTERISE PAR :

- a) une mortalité très élevée : 30 ‰ (Fianarantsoa : 45 ‰) (3)
- b) une morbidité importante due surtout aux maladies transmissibles telles que maladies vénériennes (surtout la syphilis responsable du taux élevé d'avortements et de morts-nés), paludisme, tuberculose, variole et lèpre.
- c) un manque d'hygiène généralisé.

Cette situation a incité le Général Gallieni à organiser l'Assistance Médicale Indigène à Madagascar.

ORGANISATION DE L'ASSISTANCE MEDICALE INDIGENE A MADAGASCAR DE 1896 A 1902.

Plusieurs mesures ont été prises par les autorités coloniales pour organiser la santé publique à Madagascar.

1) La gratuité des soins et des médicaments à tous les indigènes fut instaurée (circulaire du 16.02.1897)

2) L'enseignement de la médecine devait reposer sur de nouvelles bases scientifiques (pratique de la dissection et des études anatomiques) et politiques (indépendance vis-à-vis de la religion). L'Ecole de Médecine fut établie par l'arrêté n° 205 du 11.12.1896 et l'Hôpital Indigène d'Ambohimitsimbina créé le 16.12.1896.

3) Vu le succès de l'Hôpital Indigène d' Ambohimitsimbina l'AMI fut organisée par l'arrêté du 20.4.1899, mais elle ne concernait que les provinces de l'Imerina, Tananarive, Miaraminavo, Ankazobe etc ...

Cette première organisation n'était pas appréciée par la population qui devait assurer le fonctionnement de l'Hôpital Indigène par des versements mensuels et payer les médicaments fournis par le médecin indigène (4). Plusieurs

(3) Chiffres donnés par les autorités gouvernementales in Rapport sur l'A.M.I. de Madagascar en 1901.

(4) Seuls les soins et les médicaments fournis par le Service de Santé du corps d'occupation étaient toujours gratuits.

provinces n'avaient ni hôpitaux, ni médecins, car n'étant pas salariés, ceux-ci ne voulaient pas travailler en dehors de Tananarive.

4) Le corps de médecins indigènes de colonisation fut créé le 15.10.1899, pour pouvoir doter de médecins les hôpitaux des provinces. Recrutés sur concours parmi les élèves diplômés de l'Ecole de Tananarive, ces médecins étaient salariés; ils étaient sous l'autorité du chef de Province mais placés sous le contrôle technique d'un médecin militaire.

5) L'arrêté du 17.3.1901 réorganisa définitivement l'AMI désormais placée sous l'autorité du Directeur des Services de Santé à l'échelon central. Cette direction est assistée d'un Comité central consultatif de l'Assistance Médicale et de l'hygiène publique indigène dont les membres sont nommés par le Gouverneur Général. La même structure se retrouve au niveau de chaque province qui se trouve dotée d'un budget autonome supportant toutes les dépenses relatives à la santé (solde du personnel, frais de consultation et entretien des bâtiments, achat et entretien de matériels, dépense de fonctionnement, dépense de transport ...)

L'article XI de cet arrêté organise aussi la médecine préventive car l'Institut Pasteur de Tananarive, créé en 1898, a commencé à produire des vaccins en septembre 1899.

En 1902, les provinces de Fianarantsoa et d'Ambositra avaient donc cette structure et étaient dotées d'un budget autonome (Province de Fianarantsoa : 63.343 F)

SITUATION SANITAIRE DE FIANARANTSOA EN 1902

1. Problèmes sanitaires

Le taux de mortalité très élevé (45‰) constitue le problème majeur de la Province de Fianarantsoa. La proportion de décès infantiles par rapport à l'ensemble des décès est de 40 % et le chiffre des naissances vivantes serait inférieur au chiffre des décès. Il est intéressant de noter que le taux de mortalité spécifique des femmes en couches est de 50 %.

Les maladies prédominantes sont constituées surtout par les maladies transmissibles dont le paludisme, la tuberculose, les maladies vénériennes et les maladies parasitaires. Le paludisme et la syphilis constitue une morbidité particulière des femmes enceintes entraînant 20 % d'avortements et de fausses couches.

2. Les ressources

L'Assistance Médicale compte depuis 1901 un médecin-inspecteur et 3 Médecins malgaches et est assisté d'une commission régionale de 7 membres.

L'ambulance de Fianarantsoa dispose de 92 lits complétés par les 320 lits de l'Hôpital Central et des hôpitaux secondaires (5). A cette infrastructure sanitaire s'ajoutent :

(5) Les hôpitaux secondaires sont à Ambohimahasoa, Ambalavao, Fanjakana, Ikongo.

- la léproserie officielle à Ilena (40 cases)
- les léproseries des Missions (LMS - 5 cases, Mission norvégienne 5 cases, celle des Pères Jésuites 50 lits).

3. Les activités médico-sanitaires

a) En 1902, les malades étaient hospitalisés à l'Ambulance où l'on a réalisé 28 568 journées d'hospitalisation (soit 24 jours par malade en moyenne). La mortalité hospitalière est surtout causée par le paludisme, la néphrite chronique, les affections pulmonaires et la tuberculose. Ces maladies ont un taux de létalité très élevé :

- maladies diarrhéiques : 13,8 %
- tuberculose : 13,3 %
- affections pulmonaires : 4,7 %
- paludisme : 4,3 %

Les consultations externes sont assurées gratuitement par des médecins ou infirmiers aux dispensaires de Fianarantsoa, d'Alakamisy, d'Ambalavao, de Fanjakana et d'Ihoso (6). Au dispensaire de Fianarantsoa, une éducation sanitaire à propos de la syphilis, de l'hygiène en général ou de la nutrition précède la consultation. De plus, il y a une consultation gynécologique deux fois par semaine.

b) Les activités préventives visent :

1. la surveillance des nourrissons de moins de 18 mois (séance hebdomadaire de pesée et de conseils sanitaires et nutritionnels). Si l'alimentation au sein ne peut être assurée l'enfant reçoit chaque jour du lait de vache stérilisé et est examiné 2 fois par semaine.

2. La surveillance des femmes enceintes (2 fois par semaine) consiste à traiter la syphilis, à diagnostiquer le type de présentation et à rechercher l'albumine dans les urines.

3. Les vaccinations qui sont assurées par des séances à l'Ambulance et par des tournées mobiles. En 1902, 17 765 vaccinations ont été faites dans la province de Fianarantsoa.

c) Les activités de maternité : outre les accouchements normaux (236), il faut noter les résultats évidents du traitement antisiphilitique (27 femmes ayant eu des avortements à répétition ont pu mener à terme leur grossesse), le traitement du paludisme, chez la femme enceinte, et aussi l'utilisation d'une couveuse artificielle.

d) Les activités des léproseries : la léproserie officielle d'Ilena a traité 199 lépreux (27 décès) tandis que celles des missions en ont traité 105 (7). Un projet d'extension pouvant abriter 200 lépreux est en cours de réalisation en 1902.

(6) 108.420 consultations ont été faites dans la province en 1902.

(7) Léproserie de la L.M.S. : 35 lépreux
Léproserie de la M. Norvégienne : 20 lépreux
Léproserie des Jésuites : 50 lépreux.

4. Les résultats

Par rapport à la situation sanitaire de 1900, on peut constater :

- une baisse des taux de mortalité de 45‰ à 30 ‰ à Fianarantsoa et à Alakamisy.
- un taux de natalité élevé à Fianarantsoa : 63 ‰
- un taux d'accroissement de la population de 2,9 %
- une baisse de la proportion des avortements (de 20 % à 4 % à Fianarantsoa) à cause de la consultation préventive des femmes enceintes.

Mais il faut noter que cette amélioration ne concerne en général que la population domiciliée aux environs proches des formations sanitaires. Mis à part la campagne de vaccination antivariolique, la lutte contre les autres maladies transmissibles est presque insignifiante.

LA SITUATION SANITAIRE D'AMBOSITRA EN 1902

1. Les problèmes sanitaires.

De même qu'à Fianarantsoa, le taux de mortalité est très élevé (45‰) et on peut noter une pathologie dominante similaire, les maladies transmissibles étant les principales causes de morbidité et de mortalité (poussée de paludisme à Ambohimanga du Sud, épidémie de dysenterie à Ambatofinandrahana).

2. Les ressources

L'Assistance Médicale compte un médecin inspecteur (pendant les premiers mois de l'année seulement) et un médecin indigène et est assistée d'une commission régionale de 5 membres.

L'infrastructure sanitaire ne comprend qu'une salle de consultation à Ambositra car l'hôpital central d'Ambositra (7 pavillons de 72 lits) est en cours de construction et les hôpitaux secondaires d'Ambohimanga du Sud et d'Ambatofinandrahana sont encore à l'étude. Une léproserie est aussi prévue.

Le budget s'élève à 41 191 F, les recettes provenant de la taxe de 0,20 F par habitant et de dons en argent.

3. Les activités médico-sanitaires

a) Les activités curatives : se limitent aux consultations externes et à la délivrance gratuite de médicaments. 22 959 consultations ont été réalisées en 1902.

b) Les activités préventives : vu l'absence de maternité et de léproserie, elles se limitent à la pratique de vaccinations anti-variologiques, le jour de marché et au moment des tournées d'hygiène.

4. Les résultats

Vu qu'aucun établissement n'a fonctionné, on ne peut pas parler de résultats des actions médico-sanitaires dans la province d'Ambositra. Cependant on peut noter que l'organisation de l'Assistance Médicale a fait très peu de progrès.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Les fondements de la stratégie coloniale en matière de santé publique, la mise en oeuvre des plans d'action et des résultats comparés à la situation en 1895 constitueront la base de ces commentaires et discussions.

1. Les fondements de la stratégie coloniale en matière de santé étaient au début de la colonisation, politiques. En effet, le Général Gallieni considérait l'Assistance Médicale comme un instrument de pacification afin de mettre en confiance la population hostile. Plus tard, les actions de santé publique étaient orientées vers des considérations démographiques à visée économique car pour "assurer l'avenir économique de la colonie" il faut "multiplier le nombre de ses habitants".

2. Considérations sur les plans d'action

L'organisation de l'Assistance Médicale a été conduite par étapes depuis 1897 :

- elle a été d'abord limitée aux provinces de l'Imerina et du Betsileo
- elle a été d'abord mi-privée, mi-publique avant d'être entièrement gratuite
- les médecins malgaches étaient contractuels avant d'être admis comme fonctionnaires.

Les actions de santé publique étaient entièrement intégrées : le médecin faisait des consultations externes, assurait le service hospitalier tout en donnant des consultations préventives des nourrissons et des consultations prénatales. On organisait des séances d'éducation sanitaire et le journal *Vaovao* servait de support à ces actions. Si l'oeuvre du Général Gallieni était admissible en matière de santé, cette action de santé fut néanmoins limitée aux zones stratégiques et aux zones d'intérêt économique.

3. Evolution de la situation sanitaire de 1902 à 1985

Une réserve doit être faite quant au degré de fiabilité des indicateurs démographiques et sanitaires : ceux de 1902 et 1985 n'ont pas la même fiabilité. Cependant, des comparaisons peuvent être faites en tenant compte de ces considérations.

a) Données démographiques

On peut noter ici un accroissement de la population dû à un abaissement considérable du taux de mortalité (de 30 ‰ à 18 ‰) et à une augmentation du taux de natalité (de 35 ‰ à 45 ‰). Cependant si le fondement de la politique sanitaire en 1900 était économique, faudrait-il, en 1985, garder cette optique nataliste alors que la croissance du produit national ne suit pas la croissance démographique ?

b) Situation sanitaire de Fianarantsoa et d'Ambositra

1. Formations sanitaires

On peut noter ici une augmentation du nombre des hôpitaux (de 8 à 18) et l'implantation de formations sanitaires de base (213) qui n'existaient pas du tout en 1902. Ceci témoigne d'une différence de fondement politique manifeste : en

1902, l'Assistance Médicale ne visait qu'une "couverture économique" alors que depuis 1975, une couverture de la couche sociale la plus défavorisée est l'objectif principal.

2. Comparaison des dix premières causes de morbidité à Fianarantsoa

La lutte contre les maladies vénériennes et la tuberculose a progressé quoique ces maladies persistent toujours. Le paludisme, les maladies diarrhéiques restent jusqu'à maintenant des problèmes de santé publique.

3. Comparaison des causes de mortalité à Fianarantsoa

La mortalité due au paludisme et à la tuberculose aurait diminué alors que les maladies diarrhéiques, la rougeole et la malnutrition occupent les premiers rangs des causes de mortalité en 1984.



CONCLUSION

Les données historiques de Fianarantsoa et d'Ambositra concernant la situation sanitaire vers 1900 nous donnent des indications sur les fondements de la politique sanitaire coloniale, sur les stratégies menées par le pouvoir en place et sur les problèmes sanitaires qui avaient prévalu à cette époque.

Les actions de santé publique étaient admirables quoique limitées à une minorité de la population et il reste à l'administration sanitaire publique contemporaine la tâche de les améliorer.

Les maladies transmissibles constituent toujours un problème de santé publique mais d'autres maladies telles que la rougeole et la malnutrition protéino-calorique se révèlent actuellement comme des nouveaux problèmes de santé publique.