

## EVOLUTION DE LA POLITIQUE SANITAIRE A MADAGASCAR AU DEBUT DU XXème SIECLE

L'évolution sanitaire de Madagascar au début du XXème siècle est tributaire d'une certaine évolution de la politique menée par l'Assistance Médicale Indigène (Ami) qui elle-même correspond à la personnalité du directeur en place. On distingue ainsi trois types de relations situées au niveau :

- de l'Administration de la santé et du malade indigène
- de l'Administration de la santé et du personnel indigène
- du médecin indigène et de ses patients.

### I. LES RELATIONS ENTRE L'ADMINISTRATION DE LA SANTE ET LE MALADE INDIGENE

#### 1ère phase : paternalisme

Vis-à-vis du malade indigène, l'Administration de la santé adopte un sentiment de paternalisme. Cela est surtout vérifié lors de l'application des mesures de prophylaxie anti-pestueuse.

Avant 1926 révèle le médecin Roques dans le rapport du Bureau Municipal d'Hygiène (Bmh), la consigne était « pour ne pas effaroucher les isolés, de ne leur imposer à l'arrivée au camp (lazaret) aucune piqûre ». Heureusement, face aux cas de peste, le directeur du Bmh fit passer en priorité son devoir de médecin qui consiste à apporter du secours ou du soulagement aux patients, avant la consigne et qui essaya donc d'appliquer la méthode de sérothérapie préventive à tout nouveau isolé : « Je n'ai pas cru devoir adopter cette ligne de conduite », reprend le médecin Roques, « et après certains tâtonnements sur les quantités à injecter, je fais à tout isolé qui arrive au lazaret une piqûre. Elle est non seulement bien acceptée, mais même réclamée par le contingent éduqué des isolés (instituteurs, notables). Je crois qu'il convient de mettre au point la méthode de sérothérapie préventive... Car si on peut présenter à l'indigène une méthode certaine de prophylaxie, il n'est pas douteux que loin de fuir l'isolement, il le réclamera pour profiter de l'immunité sérique ». Une nouvelle ligne de conduite s'implanta ainsi dans le milieu sanitaire de Madagascar et le malade malade commença à prendre son importance en tant qu'être social.

La sérothérapie préventive eut une certaine valeur bien que les résultats ne fussent observés que sur une courte période (année 1927) : le nombre de cas de peste d'isolés soumis à cette méthode continua dans des proportions appréciables par rapport au nombre de cas d'isolés non soumis à ce traitement. Chez les « contacts » ayant reçu du sérum, la mortalité par peste au camp de Mahajanga fut de 1,3 % en février, mars, avril 1927 ; elle était de 5,1 % en 1926 et oscillait entre 1,5 et 2,8 % de 1921 à 1924.

#### 2ème phase : le malade indigène, être responsable et conscient de son état

Avant 1926, les médecins responsables de l'Ami rapportaient que « la population indigène se soumet difficilement aux mesures d'isolement dont elle ne saisit pas toute la portée ». Ce n'est qu'après 1926, avec le médecin major Roques, que ces constatations ont été suivies d'actions réalistes et efficaces. En effet, on s'est efforcé de :

- Rendre le séjour au lazaret (camp d'isolement) le moins pénible possible : le médecin Roques déclarait : « Je suis persuadé que les mesures perdront leur mauvaise réputation à la condition que les isolés trouvent au lazaret une installation et une nourriture équivalentes ou meilleures que celles qu'ils ont chez eux et qu'ils soient tous les jours visités et au besoin soignés par le médecin européen ». Ainsi, par exemple, chaque isolé recevait par jour 750 g de riz, 250 g de viande, 0,20 g de brèdes (légumes locaux) et, de temps à temps, un peu de rhum. Malheureusement l'Administration tomba dans l'excès car jusqu'en 1930 les formations sanitaires nourrissaient non seulement les malades mais aussi les accompagnants. Ce procédé avait pour but d'inciter un plus grand nombre de malades à recourir aux services de l'Ami et d'attirer leur confiance.

- Rendre la mesure prophylactique anti-pestéuse plus humaine : la période de mise sous scellés de la maison contaminée fut réduite à dix jours au lieu de deux mois. Les occupants pouvaient ainsi réintégrer leur domicile à leur sortie du camp d'isolement. Les mesures de prophylaxie semblaient par là moins pénibles aux familles des défunts qui ne restaient jamais sans abri.

L'année 1927 est importante dans l'histoire de la santé publique malgache car elle marque le début de quelques changements dus à ces initiatives introduites par le médecin major Roques. Celui-ci fut animé par la volonté d'apporter une certaine qualité de vie à ses patients et d'établir la communication avec eux. Mais, malheureusement, à partir de 1930, le médecin Auge donna comme consigne générale « la réduction de l'action des formations sanitaires de l'Ami aux simples soins médicaux et chirurgicaux ». Le nombre de malades qui contactaient l'Ami s'était beaucoup accru avec un net décrochement en 1926, ainsi (chiffres pour tout Madagascar) : 90 000 en 1895 ; 500 000 en 1900 ; 1 400 000 en 1904 ; 2 271 000 en 1926 ; 2 835 584 en 1930. A cette évolution correspond celle des dépenses totales de l'Ami dans l'île : 12 000 Fr. en 1896 ; 200 000 Fr. en 1900 ; 970 000 Fr. en 1904. Alors qu'en 1930, les seules dépenses en quinine s'élevèrent à 1,5 million de francs et celles en arsénobenzènes à 450 000 Fr. pour le premier trimestre de l'année, absorbant à elles seules la moitié du crédit inscrit au budget annuel pour l'achat de médicaments, matériels de pansement et instruments de chirurgie, soit 4 millions de francs (le budget annuel total de l'Ami s'élevant en 1930 à 30 millions de francs).

Cette situation remet en question la mise à la disposition des dispensaires des arsénobenzènes (pour le traitement des maladies vénériennes) et la quininisation prophylactique générale gratuite. Les arsénobenzènes purent être économisés par le traitement au mercure mais la quinothérapie se trouve compromise par le coût élevé des médicaments. La quinine coûtait 690 Fr. le kilogramme ; or, il fallait une dose minimale de 0,25 g par personne, soit une dépense moyenne de l'ordre de 250 millions de francs, seulement pour la quinine, pour 4 millions d'habitants (estimations par excès). Heureusement, à partir de 1935, le prix de la quinine tomba à 22,50 Fr. le kilogramme. Cela a beaucoup aidé le médecin Blanchard dans son souci de poursuivre la vulgarisation de la quinothérapie. Celle-ci fut appliquée dans les grandes collectivités, (écoles surtout) sous surveillance médicale régulière et contrôles fréquents au rythme hebdomadaire ou décadaire selon le cas et l'importance du mal.

## II. LES RELATIONS ENTRE L'ADMINISTRATION DE LA SANTE ET LE PERSONNEL INDIGENE

### 1ère phase : le personnel indigène est à « civiliser »

Dans tous les services exista la volonté absolue d'un encadrement étroit du personnel indigène par un personnel européen. Ce système présenta un aspect néfaste déplorable dans la mesure où il entretint chez les colonisés un certain manque du sens de la responsabilité. Ce sens de la responsabilité tendait à être freiné ou entravé par différents préjugés.

En 1904, le Docteur Jourdan écrivait dans le rapport de l'Ecole de Médecine : « J'insiste sur le fait suivant qui constitue pour le praticien indigène un dilemme d'où il a peine à sortir : ou bien il aura de l'initiative ; il fera des opérations et alors il courra le risque des aléas inhérents à toute intervention étant donné qu'il n'y a que ceux qui se croisent les bras auxquels il n'arrive rien d'extraordinaire et alors le moindre insuccès de sa part sera taxé avec sévérité. Ou il craindra d'intervenir et alors on l'accusera d'inertie et d'incapacité... ».

On retrouve toujours les mêmes contradictions dans les rapports annuels du Bmh. D'abord les directeurs successifs du Bmh émettent leur « opinion sur l'absolue nécessité d'un encadrement très étroit des médecins indigènes par les médecins européens ». Puis ils se plaignent d'une « perte de plus d'un tiers de leur personnel indigène à chaque promotion de médecins : ceux-ci démissionnent en vue de s'établir à leur compte ». Dans les années 1927 à 1929, le total des démissions atteignit le nombre de 29 (près de 10 par an, en moyenne, chaque promotion n'étant que de 20 à 25 médecins).

Mais enfin ! Les médecins indigènes étaient-ils capables d'assumer des postes de responsabilité ? La réponse est affirmative. Toutefois il faut signaler que le médecin indigène était tiraillé entre l'Administration de la santé et le public. Or, la communication passait difficilement entre eux et ces derniers. Cette situation ne favorisait pas le praticien mais ici se situe le problème général de l'autorité du personnel indigène sur le public.

### 2ème phase : le personnel d'indigène en manque d'autorité

Cette phase est la conséquence directe de la précédente. Le système administratif adopté par le Gouvernement colonial discréditait le personnel indigène de l'Ami auprès du public. Les rapports du Bmh relatent de nombreux faits qui confirment cela :

« Il serait souhaitable que la ville fût divisée en un certain nombre de quartiers au point de vue sanitaire à la tête duquel serait placé un agent européen assermenté. Il assurerait la surveillance et le compte-rendu journalier au directeur du Bmh ou au délégué de ce dernier des faits qu'il aurait pu constater. Ce dernier (*sic*) n'est actuellement qu'ébauché et il est impossible de demander aux agents d'hygiène indigènes d'avoir une action efficace auprès de la population » (*in* Améliorations susceptibles d'être apportées au Bmh, 1925).

« Les agents de service d'hygiène chargés de la surveillance des immeubles, cours et jardins, doivent être remplacés dans ce service par des agents autorisés à percevoir l'amende immédiate » (*in* Amélioration à apporter au Bmh, 1926).

« Au point de vue personnel, l'affectation au Bmh d'un second agent assermenté européen (inspecteur de police ou autre) uniquement chargé de la surveillance sanitaire de la ville est susceptible de prendre sur place toutes les mesures nécessaires (avis, ordres, procès-verbaux) et peut-être même perception immédiate de l'amende infligée. Nous avons signalé que cette surveillance sanitaire était mal assurée par des agents indigènes qui, quand ils remplissent exactement leur rôle, ne peuvent que rendre compte. On ne peut attendre d'eux qu'ils donnent des ordres qui ne seraient pas exécutés ou des conseils qui seraient mal reçus » (*in* Conclusion du rapport du Bmh, 1927).

Le public prenait le personnel indigène pour ce qu'il valait, « un auxiliaire de l'Européen (agent d'hygiène, agent de dératisation, agent moustiquier). En conséquence, il badinait avec lui en ce qui concernait le respect des règlements d'hygiène sanitaire et le paiement des amendes. Pour le public, les sanctions n'étaient effectives qu'une fois arrivées au niveau supérieur : l'Européen (contrôleur des marchés, délégué contrôleur de la désinfection et de la surveillance des camps d'isolement).

Cette situation entretenait une certaine déformation de toutes les valeurs chez le public malgache : la peur au lieu du respect du supérieur (peur de l'étranger, en l'occurrence, de l'Européen), tâches et corvées au lieu de travaux. D'autant plus que le contexte colonial compromettait toute initiative de la part du personnel de l'Ami. Pour le public, le personnel indigène était l'exécuteur des ordres émanant du colonisateur. C'est là que se situait le talon d'Achille de l'organisation humanitaire instituée par le Gouverneur Général Gallieni. Il aurait fallu pour obtenir de meilleurs résultats auprès du public, une administration malgache au sein de l'Ami à l'image de l'Administration malgache du district de Tananarive. Ou, tout au moins, il aurait fallu nommer un notable malgache à la direction de l'Ami. Ces éléments auraient servi d'intermédiaires auprès du public et du Gouvernement général. Par leur connaissance des us et coutumes locaux, ils auraient rendu de grands services à ce dernier dans l'humanisation des règlements prophylactiques dans le contexte colonial qui aggrave toutes les situations.

Dans le domaine de la santé, il faut mentionner l'aspect fondamental qui est celui de l'influence de la culture sur la douleur, la maladie et la médecine. Cela permet d'analyser avec objectivité la dualité entre l'Administration publique et la population autochtone. L'Administration publique est une administration coloniale. Etant étrangère, elle est confrontée avec un problème délicat qui est celui de l'inadaptation des mesures prophylactiques à prendre face aux conditions sociologiques et socio-culturelles existantes. La population malgache, de son côté, étant dominée, est blessée à juste titre dans son orgueil de peuple autrefois indépendant et souverain et cela aggrave la difficulté de communication entre elle et l'Administration. Cette dernière cumulant une double fonction (politique et sanitaire) adopte une position ambiguë aux yeux de la population autochtone qui, n'étant plus lucide dans ses jugements, collabore difficilement et surtout lorsqu'il y a lieu de payer des amendes. Régler celles-ci correspond à accepter un autre type d'impôt, symbole de l'esclavage, c'est-à-dire à accepter une domination étrangère.

Nous relevons quelques exemples typiques de procès-verbaux dans les rapports annuels du Bmh : ils ont été dressés par le service des halles et marchés (surveillance des denrées alimentaires). Ils concernent : malpropreté des charrettes pour le transport de la viande ; vente de viande corrompue, de fruits pourris, de légumes avariés, de viande de porc non estampillée et atteinte de laderie ; mauvaise tenue des étals ; vente de lait additionné de 3 et 4/10 d'eau...

Le rapport sur la surveillance des hôtels en 1927 ne fait que corroborer nos constatations : c'est le même affront à l'autorité en place dans le laisser-aller des hôteliers (sans omettre l'éventualité d'une méconnaissance des règles élémentaires d'hygiène chez ces derniers) : « Les hôtels sont en grande partie dans un état repoussant de saleté, tel le cas de ceux du centre de la ville (Analakely) vraiment intolérable. Les surveillances permanentes ne donneront pas une relative propreté ni les peines infligées (amendes). Seules des interdictions d'habitation ou des retraits de licence seraient efficaces ».

### III. LES RELATIONS ENTRE LE MEDECIN INDIGENE ET SES PATIENTS

Le rôle des relations entre le praticien malgache et ses patients est primordial dans l'évolution sanitaire. Il est surtout intéressant dans le cadre des déclarations de maladies contagieuses et épidémiques. En ce qui concerne cette rubrique, ce sont les mêmes constatations qui reviennent dans les rapports annuels du Bmh :

« Le médecin n'entreprend pas la déclaration par souci de ménager une clientèle hostile aux mesures de désinfection » (1925).

« Un grand nombre de maladies contagieuses n'est pas déclaré : soit que le diagnostic ne soit pas fait, soit que les médecins indigènes négligent de faire la déclaration pour ne pas mécontenter leur clientèle » (1926).

Ces faits sont importants en ce sens qu'ils rendent difficile le dépistage des maladies telle que la peste surtout. Le Bmh est ainsi obligé de recourir à la collaboration de l'Institut Pasteur qui pratique sur tout décédé un examen systématique des frottis de foie et de poumon. Cela nécessite l'existence d'un service de vérification exercée sur toute la ville de Tananarive par deux médecins placés sous les ordres du Bmh tenu ainsi au courant constamment de la mortalité urbaine. En outre, il faut signaler que de nombreux malades mouraient sans médecin traitant et que, dans d'autres cas, les diagnostics les plus divers étaient portés en cas de peste avérée.

Le décret d'août 1926 rappelait l'obligation absolue de l'établissement du diagnostic (en s'aidant, le cas échéant, des moyens de recherche mis à la disposition par l'Institut Pasteur) et de l'envoi du malade à l'hôpital en cas de peste avec avis immédiat au Bmh contrôlant cette entrée. Ce décret marque un grand progrès en ce sens que toutes les déclarations de cas de peste ne relevaient plus seulement ainsi des hôpitaux. Les conséquences ne se firent pas attendre et un médecin signale la diminution de la clientèle du dispensaire qu'il dirigeait à la suite du dépistage de cas de peste avérés ou suspects dans le courant de l'année 1927.

Etre signalé au Bmh comme pestiféré ou supposé tel, ou avoir été mis en contact avec un malade, supposait tous les tracasseries relatives aux règlements de la prophylaxie anti-pestueuse : désinfection et mise sous scellés de la maison contaminée ; mise en observation au lazaret ; enterrement du défunt par les soins du Bmh au cimetière spécial d'Ampasampito, l'inhumation étant assurée par une équipe de prisonniers.

Toutes ces interventions provoquaient de grands bouleversements dans la vie quotidienne du Malgache : après la mise en observation pendant dix jours, les intéressés se retrouvaient sans abri avant que les scellés fussent enlevés de leur maison (au bout de deux mois). Bien qu'habitant la capitale, la majorité des Tananariviens vivait des produits d'une activité rurale (rizières surtout) : la mise en quarantaine compromettait la récolte. Enfin, le pire des châtements pour les Malgaches était de ne pas être enterrés sur la terre des Ancêtres. Et être enterré par des prisonniers, quel scandale ! En outre, le défunt n'aurait pas droit aux honneurs du rite coutumier du *famadihana*.

Les problèmes évoqués et vécus par les indigènes étaient provoqués par l'application de règlements prophylactiques non adaptés au contexte socio-économique et culturel ; ils étaient très compréhensibles pour le médecin indigène et cela explique sa complicité latente avec ses patients. C'est à ce stade que doit intervenir une étroite collaboration entre médecins indigènes et responsables du service prophylactique afin de concevoir des règlements efficaces mais qui préservent une certaine qualité de vie aux intéressés dans leurs cadres sociologique et économique.

Ce rôle fut rempli par le médecin Roques, dès la fin de 1929, surtout dans le domaine de la prophylaxie anti-pestueuse : amélioration de l'accueil au lazaret ; visite et soins des isolés par le médecin ; application d'une sérothérapie préventive à tout isolé ; réduction du temps de mise sous scellés de la maison contaminée.

## CONCLUSION

La présente analyse est une contribution à l'étude des principaux éléments du passé sanitaire à Madagascar. Elle met en valeur la nécessité d'une bonne maîtrise des connaissances des relations possibles entre les divers aspects culturels d'une société et son état sanitaire et cela afin de mieux oeuvrer en vue d'obtenir les meilleurs résultats sanitaires possibles. En effet, il ne faut pas oublier le rôle fondamental et primordial des patients dans le succès ou l'échec d'une oeuvre sanitaire.

Nous rapportons les propos du médecin Blanchard (*in* Rapport annuel du Bmh, 1927) dont la véracité nous paraît encore d'actualité : « Les difficultés budgétaires qui brident en partie les nécessités en personnel et médicaments ne sont pas irrémédiables. Certes, un minimum de crédit est indispensable. Mais si l'on ne fait rien avec rien, il ne faut pas croire non plus que des monceaux d'or sont nécessaires pour atteindre le but. Même avec des moyens limités, une certaine autorité et la foi de chacun doivent donner de beaux et durables résultats. Ce qu'il faut surtout, et ceci ne coûte rien, c'est faire pénétrer chez l'indigène l'idée du péril qu'il court et lui faire comprendre la nécessité de certaines mesures générales et d'obligations individuelles. C'est là une oeuvre de longue haleine et de très grande patience ».

O. HELISOA

N.B. - Bibliographie : en fin de l'article qui suit.