

## Médecins Blancs et Sorciers en Pays Colonisé:

Politiques de santé, modes d'influence et oppositions

D. Burguet

---

Volume 7, No. 1 (2014) | ISSN 2161-6590 (online)  
DOI 10.5195/hcs.2014.159 | <http://hcs.pitt.edu>



New articles in this journal are licensed under a Creative Commons Attribution 3.0 United States License.



This journal is published by the [University Library System](#) of the [University of Pittsburgh](#) as part of its [D-Scribe Digital Publishing Program](#), and is cosponsored by the [University of Pittsburgh Press](#).

## Abstract

L'article traite de la politique de santé engagée à Madagascar en période coloniale dont l'objectif principal était d'améliorer l'état sanitaire du pays afin de faire progresser la situation démographique. Les modes d'influence du pouvoir étaient nombreux pour gagner la confiance des Malgaches et, ainsi, imposer les normes occidentales dans le domaine de la santé.

Les agents de santé, médecins militaires et civils, rencontraient des difficultés à expérimenter de nouveaux procédés thérapeutiques et répandre une vision hygiéniste occidentale. Ce qui freinait l'étendue et l'évolution de l'Assistance médicale indigène était en partie dû à l'attitude réfractaire des populations locales. Parmi les modes d'influence convoqués pour amener les indigènes à consulter le médecin colonial ou le médecin blanc, puis le médecin dit de brousse, qui permettaient de réduire quelque peu les rapports de force, notons l'importance donnée à l'amélioration technique des procédés thérapeutiques et des infrastructures mais aussi à la transmission de l'information médicale.

Cependant, les médecins coloniaux étaient aussi confrontés à l'autorité et à l'influence des thérapeutes indigènes ou devins-guérisseurs (ombiasy) qui, de tradition, étaient les principaux soignants. Ces personnages qui avaient la connaissance de la pharmacopée et des techniques thérapeutiques magico-religieuses - comme la lecture divinatoire et l'astrologie - étaient perçus par le pouvoir colonial et ses agents médicaux comme dangereux du fait de leur autorité religieuse, parfois mise au service d'actions politiques.

**Keywords:** *Période coloniale ; politique de santé ; médecins ; devins-guérisseurs ; opposition politique.*

# Médecins Blancs et Sorciers en Pays Colonisé:

Politiques de santé, modes d'influence et oppositions

D. Burguet

## I. Introduction

C'est à partir de la proclamation du 6 août 1895, selon laquelle Madagascar devient une colonie française, que les actions gouvernementales sont bien documentées: l'administration avec ses cadres militaires puis civils amène une méthode de gestion et d'organisation produisant une documentation écrite abondante. Celle qui concerne les actions médicales est produite par les acteurs de l'Assistance médicale indigène, source de notre étude, disponible aux Archives nationales d'outre-mer (Aix-en-Provence, France). Dès 1895, le Gouvernement procédait au recensement de la population selon divers critères sociaux, comme le nombre d'hommes et de femmes de dix-huit ans et plus et d'enfants. Pour les circonscriptions de l'Imerina, il fallait aussi distinguer les nobles, les non-nobles et les esclaves, et, dans les provinces non merina, les originaires de la province, les Merina immigrés et les esclaves (Paillard, 1987). Pour la santé, des rapports médicaux de toutes les régions quantifiaient les types de soins effectués, les effectifs des malades, le nombre de décès par catégories d'âge et de sexe mais aussi le matériel stocké et utilisé, le budget dépensé, le personnel des centres hospitaliers.

Outre les ouvrages portant sur l'histoire coloniale et les articles de presse, nos propos s'appuient sur ces documents d'archives, en considérant non pas les contenus chiffrés<sup>1</sup> des rapports mais les commentaires qui les accompagnent et qui relèvent d'appréciations et d'analyses écrites par les médecins. Ces écrits nous intéressent car ils rappellent les difficultés rencontrées par les agents de santé à faire accepter la médecine coloniale et à appliquer les directives sanitaires. Ils précisent également le niveau d'influence des devins-guérisseurs ou *ombiasy*<sup>2</sup> concernant les parcours de soins. Cette étude permet de mesurer la politique de santé coloniale engagée à Madagascar, ses modes d'influence sur les populations locales mais aussi la lutte contre les devins-guérisseurs dont l'objectif était de réduire leur autorité traditionnelle.

---

<sup>1</sup> L'analyse quantitative des rapports sanitaires de la période coloniale mérite une étude à part entière, en prenant en compte à la fois l'épidémiologie, la démographie et la politique sanitaire coloniale. Cette approche croisée amène à étudier plus exactement l'histoire des épidémies et des maladies vénériennes et leurs conséquences sur la démographie et les mises en œuvre des politiques de santé publique. De nombreux liens existent entre l'état sanitaire d'une population et les variations démographiques. Pour l'Afrique équatoriale et le Cameroun, voir Debusman (1993).

<sup>2</sup> D'autres termes vernaculaires pourraient être utilisés comme *mpimasy*, *omas*, *mpanazary*, etc. Nous retenons ici le terme *ombiasy*, fréquemment utilisé dans la littérature ethnologique. Pour un aperçu du champ magico-religieux et des figures des devins-guérisseurs à Madagascar, voir Burguet (2014).

## II. L'Assistance Médicale Indigène et sa Politique de Santé

Dès son arrivée dans la colonie, le Gouverneur général Gallieni<sup>3</sup> inscrivait l'assistance médicale dans son programme de colonisation qui se donnait un objectif politique, économique et humanitaire. Avec l'exemple de Java qui proposait un programme de repopulation intensive et était en marche vers une réussite démographique, Gallieni, à Madagascar, comptait sur les services sanitaires pour freiner la mortalité excessive et expérimenter de nouvelles technologies et théories médicales qui participaient à la construction d'une santé publique<sup>4</sup>. La pratique médicale coloniale était présentée comme une science auxiliaire de la colonisation française, associant la médecine, l'administration et l'enseignement (Monnais-Rousselot, 1999).

En 1896, sont créés l'école de médecine, destinée à former les médecins auxiliaires des postes sanitaires en milieu rural, et l'hôpital indigène de Tananarive. Gallieni avait, en fait, réquisitionné l'hôpital de la *London Missionary Society* et repris l'idée de l'enseignement, organisation amorcée par le médecin anglais Davidson. Il existait donc un premier groupe d'élèves répartis dans les cinq années de médecine. Parallèlement à l'enseignement, les médecins du corps d'occupation apportaient des soins, des médicaments et des vaccins à la population.

En 1898, c'est l'Institut Pasteur qui est créé<sup>5</sup>. A ses débuts, le service d'hygiène publique indigène visait particulièrement la lutte contre les grandes endémies, notamment le paludisme, la tuberculose, la variole, la syphilis, la lèpre, la prévention de l'éclosion ou la propagation des maladies et l'amélioration de l'hygiène des populations. Notons que la lutte contre l'alcoolisme faisait partie de ce vaste programme sanitaire.

Le premier corps de médecins indigènes de colonisation est installé en 1900 et celui des sages-femmes en 1903. Une seconde école de sages-femmes fonctionnait à Fianarantsoa, en région betsileo (Hautes Terres centrales), de 1905 à 1909. A chaque promotion, de nouveaux médecins malgaches participaient aux campagnes de sensibilisation aux règles d'hygiène destinées à la population, en procédant à un travail de terrain. Ils étaient appelés médecins mobiles pour ceux qui étaient en campagne<sup>6</sup>. Dans ces années, alors que l'Assistance médicale indigène (AMI) est réorganisée avec la création des budgets autonomes, des œuvres particulières et des sociétés d'assistance s'organisaient: les unes étaient rattachées à la Croix-Rouge malgache, les autres étaient laïques ou confessionnelles.

---

<sup>3</sup> Joseph Gallieni (1849-1916) a été Gouverneur général de Madagascar de 1896 à 1905.

<sup>4</sup> L'hygiène tropicale était également organisée pour améliorer l'état de santé du corps militaire français et des colons venus s'installer sur la Grande île. Les dernières années du XIXe siècle sont marquées par des négligences sanitaires relevées notamment par le général Frey ayant procédé à plusieurs missions d'inspection en Nouvelle-Calédonie, à la Réunion et à Madagascar (1896-1897). Il dénonce en particulier le mauvais état sanitaire des armées coloniales et l'inaction des états-majors (Le Cour Grandmaison, 2014).

<sup>5</sup> Ailleurs, l'Institut Pasteur est créé à Saigon en 1908, à Saint-Louis du Sénégal en 1896, à Brazzaville en 1908 et à Fort-de-France en 1910.

<sup>6</sup> Les médecins indigènes n'étaient pas toujours appréciés des médecins et administrateurs coloniaux, ne souhaitant pas qu'ils accèdent à un niveau social supérieur en formant une nouvelle élite. Lors des campagnes de vaccination difficiles, ces médecins indigènes essuyèrent des critiques concernant leur professionnalisme et leur efficacité au niveau des soins. Comme le souligne Taithe (2010) pour l'Algérie, c'est l'ethnicité qui était centrale dans cette politique sanitaire afin d'approcher les populations réticentes au pouvoir colonial et à la médecine. Le médecin indigène pouvait mieux saisir les cas médicaux du fait de l'usage d'une langue et de pratiques culturelles communes. Fredj (2010) analyse également avec détails les relations médecin-patient en période coloniale. Les soins sont prodigués avec beaucoup de difficultés face aux incompréhensions liées à la langue indigène. Ainsi, le recours à un interprète est indispensable. Pour le cas de l'Algérie, je renvoie également le lecteur à l'ouvrage de Turin sur les relations entre médecins blancs et indigènes au XIXe siècle (1971).

La Croix-Rouge avait des dispensaires dans certaines localités importantes dont l'hôpital des enfants à Tananarive. Elle avait également des filiales qui possédaient des « Gouttes de lait ». En ce qui concerne l'assistance obstétricale qui prévoyait une surveillance de la grossesse, une aide à l'accouchement et à la suite de couche, une sensibilisation aux règles de puériculture et de la petite enfance, le contexte colonial ne permettait pas d'appliquer à Madagascar les progrès thérapeutiques et éducatifs effectués dans les institutions médicales officielles et privées françaises. Néanmoins, les écoles de sages-femmes ont été créées pour former des soignantes indigènes (sages-femmes et infirmières) selon les normes occidentales. Il s'agissait de remplacer les *reninjaza* « mère-des-enfants », les accoucheuses-guérisseuses traditionnelles qui prenaient en charge la grossesse, l'accouchement, les suites de couches mais également l'accompagnement préventif et curatif du nouveau-né, du nourrisson et du jeune enfant. Certaines d'entre elles traitaient également la stérilité.<sup>7</sup>

Au début de la colonisation, c'étaient les Hautes Terres centrales, principalement l'Imerina, qui bénéficiaient de ce réseau médical et ce pour des raisons de natures diverses : manque de personnel ; ressources budgétaires limitées ; population merina estimée plus apte à accepter la médecine. Selon ses moyens, l'AMI préférait miser sur les plus « rentables » afin d'obtenir des résultats plus encourageants et plus rapides. Gallieni avait décidé que les premières populations à être dotées d'un organisme complet d'assistance médicale étaient « les plus peuplées, les plus civilisées, les plus riches »<sup>8</sup>. Il remit à plus tard l'installation de structures sanitaires dans les autres régions de l'île<sup>9</sup>, un choix critiqué et dénoncé notamment dans la presse par les colons français installés dans les provinces. Dans un journal d'opposition édité à Tananarive, la *Tribune de Madagascar*, le mardi 8 avril 1913, un colon français installé en région betsimisaraka (côte est) écrivait :

C'est que l'assistance médicale [...] n'a pas encore trouvé le moyen d'étendre sa protection dans les campagnes de la côte où cependant l'indigène verse un impôt pour l'entretien de cette assistance. Tout ce que l'on a tenté jusqu'à ce jour est insuffisant. Les sages-femmes sont loin d'être assez nombreuses pour satisfaire aux plus modestes exigences, les médecins de colonisation se déplacent trop rarement. Nous signalons le danger: la race betsimisaraka est en train de disparaître

La population se rendait compte que le paiement de la taxe spéciale de l'AMI (due par tous les hommes adultes) ne leur permettait pas de bénéficier de soins (Esoavelomandroso-Rajaonah, 1981). Précisons que la population tananarivienne en particulier était privilégiée à tous les niveaux : dans le domaine de la santé publique, de l'innovation scientifique mais aussi de l'enseignement et de la formation (Berthier, 1930).<sup>10</sup> Le privilège des Hautes Terres centrales venait également du fait que le pouvoir colonial choisissait des lieux favorables à l'installation des Européens, par exemple, des régions situées en altitude connues pour leur climat plus sain. Ce choix stratégique d'installation permettait d'éviter certaines épidémies dues à l'insalubrité des côtes et des plaines alluvionnaires. C'est au cours des premiers grands travaux d'urbanisation que les terrains sont drainés, les marigots asséchés et les

---

<sup>7</sup> Pour le cas algérien, Fredj précise que ces soignantes nouvellement formées devaient remplacer progressivement les matrones traditionnelles (qabla-s), rendues responsables des fortes mortalités maternelle et infantile (2011 : 169-170).

<sup>8</sup> La Dépêche Coloniale, 1903.

<sup>9</sup> Archives nationales d'outre-mer (Anom), 5(5) D42, Rapport général sur le fonctionnement des services sanitaires et médicaux de Madagascar.

<sup>10</sup> Sur l'enseignement et sa décentralisation à Madagascar, voir Esoavelomandroso-Rajaonah (1977 ; 1983-1984).

eaux stagnantes supprimées, espaces privilégiés des moustiques qui transmettent aux humains le paludisme (Le Cour Grandmaison, 2014).

### III. Les Techniques d’Influence des Médecins Coloniaux

Dès la fin du XIXe siècle, des procédés de vulgarisation de la médecine coloniale furent lancés. Un des moyens utilisés pour sensibiliser les malades aux techniques de soins occidentales était l’usage de la langue malgache par les médecins coloniaux. Le Gouverneur Pennequin<sup>11</sup> adresse une lettre aux administrateurs et chefs de service à ce sujet, datée du 21 septembre 1899<sup>12</sup>. Les termes utilisés entrent dans le champ lexical militaro-politique : influence, autorité, obéissance, exécution, ordre, supériorité. Ils évoquent les actions de vulgarisation que les médecins devaient entreprendre :

Il est à remarquer que les fonctionnaires parlant la langue des indigènes ont sur ceux-ci une influence et une autorité qu’acquière beaucoup plus difficilement les agents obligés de recourir aux offices des interprètes. [...] Il obtient une obéissance plus prompte, ainsi qu’une exécution plus fidèle des ordres donnés. [...] L’étude de la langue des indigènes [...] leur assure une supériorité dont leurs chefs ne peuvent manquer de tenir compte [...]

Les administrateurs français et les médecins montraient un vif enthousiasme à mettre en place des structures médicales meilleures afin d’obtenir des contacts plus soutenus avec la population. C’est le cas d’un chef de bataillon qui, dans une lettre datée du 18 juillet 1899<sup>13</sup>, expose ses projets sanitaires. Le contenu de celle-ci, largement cité, nous renseigne sur le travail d’approche : ici, le moyen de vulgarisation consiste en l’amélioration des locaux sanitaires et l’installation d’une école d’infirmiers :

Profondément convaincu de l’importance capitale de cette question au double point de vue de l’affermissement de notre influence et de l’amélioration des conditions de l’existence chez les indigènes, j’ai ordonné, peu après mon arrivée à Miarinarivo [Imerina, Hautes Terres centrales], la transformation des vieilles cases infectées qui représentaient l’hôpital malgache, en locaux plus sains, par suite de montrer aux indigènes toute l’étendue de notre sollicitude à leur égard.[...] Mais il est bien évident que l’assistance médicale telle qu’elle est prévue par l’arrêté du 20 avril 1899, ne pourra fonctionner régulièrement que dans un avenir qui paraît assez éloigné, car pendant longtemps encore les médecins indigènes prévus et dont l’aide est indispensable, feront défaut et comme nombre et comme valeur professionnelle. D’autre part, la guérison des malades n’est peut-être pas le seul but à envisager, et il semble au moins aussi intéressant de chercher à développer chez les indigènes certaines notions de propreté corporelle et d’hygiène indispensables à la conservation de la santé et qui leur font généralement défaut. En vue de satisfaire à ces exigences dans la mesure des moyens dont je dispose, j’ai créé à Miarinarivo, une école d’infirmiers volontaires.

Postes de cercles ou de provinces, des ambulances permettaient le début d’un maillage sanitaire (Héraut, 2006). Comme les hôpitaux, elles devaient pouvoir traiter toutes les catégories de malades. D’abord installées dans

---

<sup>11</sup> Théophile Pennequin (1949-1916) a été Gouverneur général de Madagascar en 1898 et en 1899.

<sup>12</sup> Anom 5(6) D1.

<sup>13</sup> Anom 5(6) D1.

des locaux très provisoires, elles s'améliorèrent par la suite. Elles constituaient autant de centres où les malades indigènes de la région pouvaient venir chercher des soins et recevoir gratuitement des médicaments. Plusieurs d'entre elles possédaient même des locaux formant une sorte d'hospice où des patients atteints de maladies graves pouvaient bénéficier de traitements spécifiques. Dans un numéro du *Journal Officiel de Madagascar et Dépendances*, en 1899, l'utilité de ces ambulances était mise en avant car celles-ci permettaient d'aller à la rencontre des populations, du moins de celle des villes importantes de toute l'île. Ainsi, "ces créations, dues à l'initiative des commandants 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."

Le programme de développement de la médecine coloniale passait essentiellement par l'apprentissage de l'hygiène publique et privée. L'insalubrité et les risques épidémiques étaient combattus par l'intermédiaire du message hygiéniste. Ainsi, la politique sanitaire dépassait bien là le cadre de l'assistance médicale pure. L'information destinée au grand public, ou à la masse, relevait principalement de la propagande sanitaire qui utilisait, nous l'avons vu, une armée d'acteurs médicaux. Le discours médical était : éducation, instruction, apprentissage... Si le médecin était l'acteur principal, il ne faut pas oublier l'instituteur qui participait activement à la vulgarisation de la médecine coloniale : l'école abritait les campagnes de vaccination et accueillait les médecins conférenciers, relayés par les instituteurs durant les cours d'hygiène et d'éducation sportive, une « discipline sanitaire » (Lachenal, 2010 : 141).

Dans le même temps, on mettait à profit l'instruction des populations merina et betsileo : des proclamations médicales, indiquant sous forme de conseil les dangers des différentes maladies, les moyens de les éviter et les règles de l'hygiène, étaient d'abord publiées dans le journal *Vaovao frantsay-malagasy*<sup>14</sup>, puis, imprimées sous forme de petites brochures, distribuées dans les villes et les campagnes où elles devaient être lues et commentées par les médecins indigènes. Elles étaient accompagnées de gravures ayant trait soit aux maladies décrites, soit aux pratiques d'hygiène préconisées.

Le journal *Vaovao frantsay-malagasy* proposait une rubrique intitulée *Toro-hevity dokotera* « Les conseils du médecin », où chaque vendredi, un article en langue malgache traitait d'une maladie ou de règles d'hygiène domestique. Le vendredi 1er janvier 1897, au premier numéro, il s'agissait d'un texte intitulé *Ny fisotro* « Les boissons » ; en février de la même année, deux articles, cette fois-ci, étaient consacrés à la propreté de la maison et à l'hygiène domestique : *Ny fahadiovana* et *Fahalalana ny mahasalama momba ny tokan-trano*. A partir de l'année 1899, les articles étaient écrits en malgache et en français, illustrés d'une ou plusieurs gravures. Les premiers étaient consacrés à la présentation des établissements rattachés à l'AMI et à la médecine coloniale en général. Ainsi, l'hôpital de Tananarive fut illustré dans la presse le vendredi 3 février 1899 :

Observez les détails de la photo : ces herbes vertes développées par la saison des pluies, ces arbres très hauts, le beau portail, la rue [...] et l'agréable souffle du vent – tout cela pourrait guérir avant même de prendre des médicaments. C'est aussi la compétence du médecin français qui redonne espoir dès qu'il écoute les pulsations.

Un texte sur la médecine coloniale et le croquis d'une chambre de malades hospitalisés furent, eux, publiés le vendredi 3 mars de la même année. Les deux gravures comptent parmi les premières. Les textes écrits en

---

<sup>14</sup>Les débuts de la presse malgache remontent à 1866 avec le périodique *Teny Soa* édité par la London Missionary Society dans le but de répandre la culture occidentale dont la religion, l'instruction et la santé (Rabearimanana, 1980).

malgache et en français indiquent que les lecteurs étaient des Malgaches instruits (puisque lettrés et bilingues pour certains), des colons, expatriés et militaires francophones.

La propagande médicale par la presse était donc destinée à une population indigène instruite et aux Français militaires et civils. Il n'y aurait pas, ici, l'idée d'une séparation entre colon et colonisé dans la réception de l'information écrite. Cela étant, il était fort probable que la personne lettrée puisse faire la lecture aux non lettrés afin que ces derniers bénéficient de l'information médicale. Toutefois, il faut préciser que certains conseils médicaux étaient destinés qu'aux colons. Ainsi, la sexualité entre Européens et la sexualité interracialisée faisaient l'objet de messages à caractère hygiénique ciblés qui mettaient les lecteurs en garde contre les maladies vénériennes. Pour les hommes, le recours à des prostituées ou à des femmes indigènes était déconseillé ou proscrit afin de préserver la race européenne et éviter l'augmentation du nombre d'enfants métis, considérés comme des déclassés (Le Cour Grandmaison, 2014 ; Tisseau, 2010). Par ailleurs, Tisseau soulève le cas des Françaises ou Européennes épouses d'hommes indigènes. Les autorités coloniales devaient prévenir, en interdisant de telles unions, ou guérir, en accordant la citoyenneté française à l'époux malgache.<sup>15</sup>

D'autres initiatives de publication étaient prises en dehors de celles proposées par l'AMI pour sensibiliser la population à l'hygiène quotidienne et aux maladies. C'est le cas, par exemple, d'un document intitulé *Précautions sanitaires des ancêtres à améliorer par leurs descendants*, écrit en 1928 par le Docteur Régis Rabe, qui présente les différents usages médicaux, alimentaires, technologiques et rituels de deux plantes, l'*ambrevade* et le bananier. Au-delà de cette présentation à caractère médical, le Docteur Rabe en profitait pour mettre en valeur les pratiques ancestrales malgaches oubliées, ce qui correspondait à un mouvement d'idées né au milieu des années 1920, appelé par les littéraires *mitady ny very*, « rechercher le perdu ». A l'inverse, un autre document est à retenir, publié celui-ci dans l'almanach de 1942 du journal si populaire *Takariva* (Crépuscule)<sup>16</sup>, intitulé *Dites-moi docteur. Conseils et précautions à connaître obligatoirement sur les maladies fréquentes, classées par ordre alphabétique. Par le Docteur Ralaimihoatra*<sup>17</sup>. Ce texte sur l'éducation sanitaire évoquait certaines techniques ancestrales mais insistait surtout sur les soins médicaux dits modernes<sup>18</sup>. Citons aussi une revue médicale écrite en malgache, intitulée *Ny fahasalamantsika sy ny taranaka*, « Notre santé et la descendance », qui apparaît en pleine seconde guerre mondiale (premier numéro : janvier 1941). Il s'agissait d'une revue mensuelle qui comblait une lacune dans l'édition médicale. Avant elle, il n'y avait pas de journaux de vulgarisation. On remarque une grande variété de questions traitées : hygiène médicale (l'éducation physique, l'air, le soleil et l'eau, l'alimentation, l'habitation, le vêtement, le travail) ; hygiène prénuptiale ; hygiène du mariage ; hygiène prénatale ; hygiène de la vieillesse ; prophylaxie des maladies contagieuses ; épidémies ; grandes questions sociales (mariage, etc.). Ainsi, « l'hygiénisation de la vie quotidienne » (Le Cour Grandmaison, 2014) dont les bases étaient jetées par les acteurs de santé, donnait lieu à de multiples formes qui constituaient l'entreprise éducative et sanitaire<sup>19</sup>.

---

<sup>15</sup> A ce sujet, voir la thèse de Tisseau sur le métissage entre Français et Malgaches sur les Hautes Terres centrales de Madagascar aux XIXe et XXe siècles (2011).

<sup>16</sup> Le fondateur de ce journal est Paul Rapatsalahy (1911-1988), imprimeur, journaliste et écrivain, connu sous les pseudonymes Idealy-Soa et Paul Kambetty.

<sup>17</sup> Hono ho aho dokotera, Toro hevitra sy fitandremana tsy maintsy fantatra amin'ny aretina mpanjo matetika, nalahatra araky ny abidy. Nataon'i M. le Docteur Ralaimihoatra.

<sup>18</sup> Rubrique « Documents », *Etudes Océan Indien*, n° 19, pp. 139-148.

<sup>19</sup> Fredj relève les mêmes principes en Algérie : « Alimentation, vêtement, mode de vie, rien n'échappe à la plume du médecin » (2007 : 131).

## IV. Des Campagnes de Vaccination Policées

L'idée coloniale était que si l'on vulgarisait les soins médicaux, la population serait reconnaissante envers la France, la « mère patrie », et resterait ainsi soumise. La propagande hygiéniste restait donc une préoccupation majeure dans le programme général de l'AMI.

Lors de campagnes médicales de masse, en particulier les campagnes de vaccination, les médecins expérimentaient de nouvelles techniques de propagande : des agents de l'AMI exposaient les bienfaits de la prévention en utilisant des stands avec haut-parleur et orchestre, installés dans les marchés, les bureaux de poste et les stades. C'était aussi des hommes sandwiches qui circulaient dans les rues portant des affiches qui invitaient la population à se prémunir contre la peste. N'oublions pas les conférences sanitaires déjà utilisées dès la fin du XIXe siècle. En outre, les autorités administratives et sanitaires renforcèrent la propagande des campagnes de vaccination aidées par l'influence importante des Missions catholiques et protestantes. Enfin, les Européens de toutes conditions, colons et fonctionnaires, donnèrent partout l'exemple en se faisant vacciner les premiers.

Au fil du temps, ces campagnes se sont dotées d'un caractère obligatoire, structurées et renforcées par un cadre policé, surtout pour les vaccinations antipesteuses. Ainsi, les gens qui refusaient les injections étaient sévèrement punis. On retient la mise en place d'une police sanitaire où des agents recruteurs ou des miliciens armés<sup>20</sup> arrêtaient les personnes sur les routes et visitaient les maisons pour emmener de force tous les habitants sur le lieu de vaccination. Les résistants étaient incarcérés, ligotés, exilés. Prenant exemple sur les Britanniques en Inde, l'AMI mettait en place des procédures administratives sévères aidée par le gouvernement. C'est notamment en 1927, que les mesures de police sanitaire sont renforcées. L'arrêté du 5 novembre portait en partie sur les Bureaux municipaux d'hygiène ayant comme attributions la vérification des décès, des vaccinations et revaccinations obligatoires, le contrôle des déclarations des maladies contagieuses, la prophylaxie, le service sanitaire des lazarets, la surveillance sanitaire des immeubles privés et publics, les dératisations et désinfections, les visas des permis de construire, l'hygiène des voies publiques et privées, des halles et marchés, l'enlèvement des ordures ménagères, les vidanges et la surveillance des établissements insalubres.<sup>21</sup>

Le gouvernement et ses agents médicaux tentaient de contrôler les maladies et les malades mais également les médecins malgaches soupçonnés de ne pas déclarer les décès pour arranger les familles hostiles aux mesures de désinfection. Sur ce point et en-dehors des temps d'épidémies, les médecins indigènes étaient la cible de critiques de la part de leurs supérieurs hiérarchiques. L'un d'entre eux écrivait en 1911 dans la *Tribune de Madagascar* :

Des agents médiocres et sans volonté aucune, dépourvus la plupart du temps d'initiative, incapables de raisonner avec un de leurs chefs, de faire valoir une raison, de fournir un argument capable d'éclairer ceux-ci. [...] Le rôle du médecin indigène, de celui qui comprend sa mission, qui la veut remplir avec conscience, n'est pas seulement de donner de la quinine aux malades, de jouer du bistouri, ou pratiquer d'heureux accouchements. Il doit encore autour de lui veiller à ce que soient mises en pratique les règles les plus élémentaires de l'hygiène, en prêchant d'exemple tout d'abord. Il doit en outre ne jamais hésiter à pénétrer dans les habitations, donner des conseils dont il est toujours besoin, ne point laisser construire autour de lui ces cases mal aérées [...] Ils doivent s'efforcer de persuader ces peuplades rebelles à notre influence, quoiqu'on en dise, n'acceptant encore que difficilement de

---

<sup>20</sup> Pour une lecture historique des formes militaro-policieres et du contrôle des populations à Madagascar à la fin du XIXe siècle et au début du XXe siècle, voir Courtin (2011).

<sup>21</sup> Anom, 5 (5) D24, Bureau municipal d'hygiène, rapport annuel de 1927.

rompre avec le vieux *fomba gasy* [coutume malgache], n'échappant pas, tant s'en faut, à l'influence néfaste de l'*ombiasy* [devin-guérisseur]

Dans un rapport sur le fonctionnement de l'AMI en 1924, le médecin indigène est décrit de cette manière:<sup>22</sup>

Avec une nonchalance exécrable, assis à sa table devant son cahier de consultation, il fait ses diagnostics sur simple interrogatoire du malade; il est rare qu'il se lève pour donner une petite auscultation, les nuances pour lui n'existant pas. Le peuple malgache sortant des mains de ses sorciers (*ombiasy*) tombé dans les bras des médecins malgaches était une proie facile. Il apportait avec lui la crédulité de ceux qui essaient toutes les panacées inscrites à la quatrième page des journaux. L'insuffisance de la culture médicale des jeunes médecins malgaches en faisait une proie toute désignée pour le charlatanisme.

Ainsi, les difficultés relevées par les médecins coloniaux à Madagascar ne sont pas spécifiques à cette colonie : le refus de l'injection est relevé par Monnais-Rousselot (1999) en Indochine où il fallait l'intervention de l'Etat pour appliquer les mesures de première nécessité. C'est aussi le cas sur le continent africain où des campagnes médicales de masse étaient mises en place pour enrayer les maladies contagieuses. Lachenal (2011) précise que des campagnes itinérantes, parfois autoritaires, réunissaient l'ensemble d'une communauté en une seule fois. Au Sénégal, à Dakar, lors de l'épidémie de peste de 1914, les gens dissimulaient les corps des défunts, refusaient les consultations des médecins étrangers et recouraient aux marabouts guérisseurs. Devant cette résistance, la vaccination antipesteuse devint obligatoire mais la population voyait le vaccin comme une malveillance après la constatation d'effets secondaires comme les céphalées, fièvres, insomnies, vomissements, abcès, etc. (M'Bokolo, 1982).

A Madagascar, une partie de la population était devenue fraudeuse afin d'éviter, de n'importe quelle façon, le vaccin. Les cartes de vaccination non nominatives circulaient au sein des familles que les médecins classaient comme vaccinées, alors qu'elles ne l'étaient pas. Par une démarche incitative, les agents médicaux avaient associé cette carte de vaccination à un certain nombre d'avantages concernant notamment les inhumations dans les tombeaux familiaux et les mesures d'isolement. De fait, il se faisait un véritable trafic de cartes, les tricheries étaient nombreuses pour échapper aux campagnes (Girard et Robic, 1938). Il faut préciser que la seringue était considérée par les populations locales comme un instrument thérapeutique agressif et comme un outil représentant l'autorité sanitaire. L'objet médical était aussi un objet de pouvoir colonial -en partie policé-, associé à cette politique sanitaire de masse. Des échecs dans les campagnes de vaccination ont donné lieu à un sentiment de méfiance et d'incertitude du côté des populations locales quant à l'efficacité des soins biomédicaux et parfois au caractère iatrogène de ces traitements.

Encore une fois, le cas malgache est à mettre en parallèle avec d'autres cas ailleurs, lorsqu'il est question de l'étude de la « culture matérielle » de la médecine de masse. La seringue a fait l'objet de plusieurs travaux qui ont montré que les médecins portaient une attention particulière à l'asepsie quand s'est révélée « la pathologie de la seringue » (abcès, syphilis, etc.) notamment dans les années 1940 avec Mollaret et Reilly (1947). Avant ces travaux majeurs, des cas de contamination se sont révélés suite à un usage de seringues non stérilisées. Pour le cas du Cameroun, Lachenal précise que « les règles de stérilité étaient couramment contournées dans un souci d'efficacité

---

<sup>22</sup> Anom, 5 (6) D33, Considération générale sur le fonctionnement de l'assistance médicale indigène pendant l'année 1924.

et d'économie » (2011 : 65), surtout dans la première moitié du XXe siècle où le risque de transmission par injections ou scarifications vaccinales de la syphilis était connu.<sup>23</sup>

## V. L'Ambivalence des Conduites Indigènes Face aux Soins des Blancs

Il semble que l'on puisse discerner un certain flottement de représentations, tout aussi péjoratives que mélioratives, et, ainsi, des attitudes opposées à l'égard de la médecine coloniale. La multiplicité des situations de santé et des difficultés sanitaires ont provoqué une complexité des relations entre soignants et soignés. Il faut préciser que les consultations à l'hôpital et chez le médecin étaient acceptées par une certaine tranche de la population urbaine, celle qui avait adoptée (au moins en partie) le mode occidental. Pour les Malgaches, l'enjeu était l'entrée dans un monde nouveau où le refus de la médecine coloniale n'était pas catégorique. L'attitude générale était plutôt interrogative, attentive, constamment hésitante, ce qui était déjà considérable puisqu'elle ouvrait aux médecins coloniaux la possibilité d'un contact.

En 1903-1904, apparaissent les premiers rapports de l'AMI et donc, les premiers bilans qui révèlent ce que Lachenal (2010) appelle pour le cas du Cameroun un « récit rêvé », une forme d'utopie. Ainsi, les bilans sont majoritairement satisfaisants pour les administrateurs. On peut y lire que l'indigène va sans problème consulter le médecin. Le cas de la femme enceinte est tout de même soulevé : elle préfère accoucher chez elle. A la lecture de ces premiers rapports sanitaires, c'est un discours de victoire qui est rapporté : « *Les indigènes abandonnent tout à fait leurs remèdes empiriques* »<sup>24</sup> ; « *Les indigènes viennent voir nos médecins* »<sup>25</sup> ; « *Un grand pas a été fait dans l'esprit des indigènes* »<sup>26</sup> ; « *L'empressement avec lequel ils viennent* »<sup>27</sup>. Certains utilisent déjà le temps du passé pour relater les actions de propagande : « *Il était nécessaire de rechercher le malade pour l'habituer à nos méthodes, l'appivoiser* »<sup>28</sup>. Précisons que ces rapports mentionnent un taux de fréquentation des établissements hospitaliers plus élevé sur les Hautes Terres centrales que dans les régions côtières.

Toutefois, par l'étude chronologique des archives médicales, on note l'ambivalence des comportements des populations locales face aux techniques biomédicales proposées et/ou imposées ; une ambivalence qui s'inscrit de façon permanente dans le temps. Ainsi, il faut retenir la récurrence de certaines attitudes des malades consignées par les médecins dans leurs rapports annuels : l'une de ces attitudes est positive, il s'agit de la prise des médicaments sous forme de cachet qui est appréciée et recherchée. Les autres, par contre, sont négatives : outre le rejet de l'injection, notamment lors des campagnes de vaccination, il s'agit du refus des soins pour les femmes enceintes et de la maternité pour les accouchées et la crainte de l'hôpital et de ses médecins blancs pour toutes les catégories d'âge.

---

<sup>23</sup> Des chercheurs ont cependant démontré que la non stérilisation des seringues dans les années 1950 – 1970 durant les campagnes de vaccination en Afrique a été un facteur de propagation du VIH et d'autres maladies comme la gangrène (entre autres, voir Marx, Alcibes et Drucker, 2001 ; Lachenal 2011).

<sup>24</sup> Anom, 5 (6) D5, Rapport sur l'Assistance médicale indigène pendant l'année 1903.

<sup>25</sup> Ibid.

<sup>26</sup> Ibid.

<sup>27</sup> Ibid.

<sup>28</sup> Anom, 5 (6) D11, Rapport sur le fonctionnement de l'Assistance médicale, 1904.

Par exemple, « *Il est [...] de la plus grosse difficulté d'amener une femme enceinte à rentrer à la maternité ; aucune femme, pour ainsi dire, ne vient à l'hôpital* » lit-on dans le rapport de 1903<sup>29</sup>. En 1904, « *Les Sakalaves [côte ouest] restent particulièrement défiants à l'égard de nos médecins et de leurs soins [...] La quinine est le seul médicament dont ils ont reconnu la valeur et qu'ils consentent à venir nous demander* »<sup>30</sup> mais de partout dans l'île, cette même année, « *la cause [du nombre de décès] en est toujours l'entrée tardive à l'hôpital de très graves malades* »<sup>31</sup>. En 1922, « *l'indigène n'aime pas être hospitalisé, il a peur de l'hôpital. Au contraire très friand de médicaments il n'hésite pas à venir consulter s'il sait qu'il pourra rentrer chez lui après la consultation muni du médicament qui lui aura été délivré gratuitement et qu'il avalera consciencieusement. La peur de l'hôpital le pousse à acheter les médicaments qu'il peut obtenir gratuitement* » et « *nombreux sont les malades qui ne viendront consulter que lorsqu'ils ne pourront faire autrement, sans compter ceux qui se traitent avec des remèdes indigènes ou ont recours aux sorciers* »<sup>32</sup>. En 1925, « *le malade ne fait pas toujours appel au médecin* »<sup>33</sup> alors qu'en 1937, à Tananarive, « *il reste encore plus de 2000 personnes qui, pour des raisons diverses, ont échappé à la vaccination malgré son obligation* »<sup>34</sup>. Dans les campagnes, en 1941, le rapport de l'Institut Pasteur mentionne que « *les résultats obtenus dans les lazarets de brousse sont franchement mauvais [...] le Malgache ne met aucun empressement à venir se faire soigner* »<sup>35</sup>. Enfin, « *La population ne réclame pas leur assistance [poste médical avec un médecin, une sage-femme et des infirmiers]* » pouvons-nous lire dans le rapport de 1951.<sup>36</sup>

Concernant l'usage des médicaments, les rapports sanitaires, tout comme les écrits et journaux des administrateurs et scientifiques coloniaux (Burguet, 2014), soulignent la place privilégiée des cachets dans la thérapeutique.<sup>37</sup> Très rapidement, une comparaison a été faite entre le cachet occidental et le remède ou le charme (*ody ; fanafody*) traditionnel, très souvent confectionné à base de végétaux. Par exemple, un médecin-inspecteur de la province de Tananarive se réjouissait, en 1914, d'« *un succès prodigieux* », la confiance des populations était « *comparable à celle des peuples superstitieux en leurs idoles, en leurs gris-gris. Le culte des médicaments s'ajoute à celui des ancêtres pour constituer une véritable religion* » (Paillard, 1987 : 29). La comparaison faite entre le culte ancestral et le culte des médicaments suppose alors une concordance thérapeutique. Voici les

---

<sup>29</sup> Anom, 5 (6) D5, Rapport sur l'Assistance médicale indigène pendant l'année 1903.

<sup>30</sup> Anom, 5 (6) D18, Rapport 1904 Mahevanana.

<sup>31</sup> Anom, 5 (6) D7, Rapport sur le fonctionnement de l'Assistance médicale pendant l'année, 1904.

<sup>32</sup> Anom, 5 D2 gg.Mad, Organisation de la lutte antivénérienne à Madagascar, 1922.

<sup>33</sup> Anom, 5 (5) D52, Rapport de la santé, bureau municipal d'hygiène, 1925.

<sup>34</sup> Anom, 5 (5) D41, Rapport sur le fonctionnement de l'Institut Pasteur de Tananarive pendant l'année 1937.

<sup>35</sup> Anom, 5 (5) D49, Rapport sur le fonctionnement de l'Institut Pasteur de Tananarive pendant l'année 1941.

<sup>36</sup> Anom, 5 (5) D57, Rapport annuel sur le fonctionnement des services sanitaires et médicaux de Madagascar et Dépendances, 1951.

<sup>37</sup> L'attrait des médicaments occidentaux relevé dans les sources écrites de la période coloniale soulève la question de la prise réelle de ces remèdes par les patients en dehors de l'observation directe qui est faite par ceux qui les délivrent. A ce propos, Fainzang (2001) interroge la méthodologie des enquêtes réalisées sur la consommation des médicaments. On peut se demander si certains patients qui venaient volontiers chercher les remèdes occidentaux prescrits par les médecins français les consommaient réellement une fois rentrés chez eux.

débuts d'une pratique alternative aux traitements rituels de la maladie qui progressera jusqu'en période postcoloniale par la popularité des médicaments pharmaceutiques (Van Der Geest et Whyte, 2003). Plus encore, la comparaison montre que le remède, comme pouvoir symbolique ou comme "charme" (*ibid.*, 1989 ; 2003) joue un rôle central dans la consultation thérapeutique et concrétise l'acte médical (Dagognet, 1996). Délivré, le médicament permet également de se traiter dans la sphère privée, et, de fait, limiter les relations directes et une dépendance avec le soignant (Van Der Geest et Whyte, 1988). Il faut préciser que le médicament occidental a l'avantage pratique d'être utilisé tel quel contrairement aux recettes à base de plantes indigènes qui demandent une préparation avant leur usage. Comme le souligne Sussman (1988), le prêt à l'emploi confère aux médicaments une valeur supplémentaire en lien avec la recherche d'un usage thérapeutique discret, individuel et rapide.

Malgré cette représentation positive du médicament, "l'œuvre de pénétration" coloniale par le biomédical restait pénible. La difficulté d'obtenir des soins réguliers et de surveiller les traitements prodigués aux malades incitait la plupart des médecins à penser que leur action ne changeait en rien le climat médical. Certes, ils distribuaient des médicaments gratuitement mais le résultat de ces traitements restait incomplet. Ils n'arrivaient pas à maîtriser les décès et leur cause, par exemple, et c'était souvent par hasard qu'ils recensaient des cas de maladies contagieuses. Déjà en 1935, lors de la conférence sanitaire panafricaine tenue à Johannesburg, les gouvernements admettaient que les techniques de propagande n'étaient pas toutes efficaces et donc que la mise en place de la confiance se faisait différemment d'une culture à une autre. En ce sens, médecins et administrateurs acceptaient leur échec dans certains domaines d'enseignement et de propagande.

## VI. Les Médecins En Lutte Contre Les Sorciers

La médecine coloniale voulait imposer des normes sociales par l'hygiénisme et la thérapeutique préventive et curative. Par l'intermédiaire d'un savoir médical dont l'efficacité était en partie reconnue par les populations locales, l'idéologie occidentale s'est progressivement installée. Mais au-delà de l'action médicale, les médecins, déployant des moyens de sensibilisation, participaient plus largement à une action politique. Le Cour Grandmaison (2014) souligne cet aspect de l'engagement sanitaire des médecins où les problèmes de santé publique sont, sous les tropiques, d'ordre politique. Ainsi, les acteurs de santé voulaient être associés à la politique sanitaire et, plus largement, aux pouvoirs de décisions et d'élaboration de la colonisation. De plus, ces acteurs de santé donnaient plus de crédits au pouvoir colonial en accompagnant les troupes militaires en campagne dans les différentes régions, leur offrant un rôle protecteur plutôt que conquérants par l'intermédiaire des soins (*ibid.*).

Cet engagement d'envergure se donnait à voir notamment lors des actions de lutte contre les *ombiasy*, devin-guérisseur. Les rapports de santé en période coloniale montrent l'obstination des médecins à vouloir éradiquer l'influence des devins-guérisseurs considérés comme "*les maîtres du pays*" (Fremigacci, 1981). Ainsi, ils constataient que leur pouvoir sur les populations prédominait. L'extension de la médecine coloniale supposait alors deux principaux objectifs : instruire les Malgaches aux règles d'hygiène dites modernes et étendre les actions médicales ; le deuxième, conséquence du premier, lutter contre les pratiques ancestrales locales et les devins-guérisseurs, jugés trop influents.

Dans cette optique, l'administration française et l'AMI se devaient d'écarter « l'ennemi » selon une stratégie offensive, méthode appliquée également en Afrique et en Asie. En Côte d'Ivoire, par exemple, les actions de colonisation devaient être continues et patientes ce qui amènerait les indigènes à une évolution de leurs mœurs, actions fondées sur le développement des travaux publics, d'institutions laïques et du commerce. Au niveau du religieux, les administrateurs coloniaux souhaitaient voir disparaître les pratiques fétichistes et animistes (Dozon, 1995). Ailleurs, en Chine, la France utilisait ses postes médicaux consulaires pour s'introduire dans le pays afin de lutter contre la médecine traditionnelle locale dont l'influence, tout particulièrement au Tonkin, gênait l'activité

coloniale (Monnais-Rousselot, 1999).

Dès 1901, les termes utilisés par les administrateurs de santé se rapportent au champ militaro-politique : détruire, anéantir, acquérir, lutter, imposer, résistance, démonstration, supériorité, pénétration, soumission. Les mots reflétaient la situation conflictuelle qui opposait les médecins aux guérisseurs. Notons l'utilisation fréquente du terme sorcier.

Un chef de province écrivait en 1901:<sup>38</sup>

Il faut se montrer très réservé au début, offrir à tous les soins que nécessitera leur état, pour les bien persuader d'abord de l'efficacité de ces soins et les habituer à y avoir recours. Cette habitude anéantira progressivement l'industrie lucrative des sorciers de village et ce n'est qu'en détruisant leur influence que nous acquerrons la nôtre [...] Nous nous trouverons en présence d'une résistance provoquée par les sorciers du village, dont on n'aura raison que par la démonstration éclatante d'une supériorité que la renommée seule fera connaître

En 1904, l'administrateur mentionnait que les gens *“ne veulent jamais perdre la coutume de leurs ancêtres bien qu'ils aient déjà entendu de bons conseils qui leur seront utiles. Ils ne se lavent jamais, ils ne lavent pas leurs lambas, ils se bornent toujours d'écouter le sikidy [la divination] et l'ody gasy [charme ou remède].”*<sup>39</sup> Les Sakalava [population du Nord-ouest], eux, *“restent particulièrement défiants à l'égard de nos médecins et de leurs soins; l'influence des sorciers est encore prépondérante chez cette race et nuit beaucoup à la pénétration de nos procédés médicaux.”*<sup>40</sup> La même année, le rapport sur le fonctionnement de l'assistance médicale soulignait que *“La tâche des médecins et des sages-femmes sera lourde, car ils auront à lutter contre l'inconscience et l'inertie d'une population très arriérée et encore soumise à l'influence des sorciers.”*<sup>41</sup>

Les procédés thérapeutiques des devins-guérisseurs étaient sévèrement critiqués :

[...] il doit sans tarder aller voir les sorciers ou mpisikidy qui se vantent de pouvoir guérir toutes les maladies. Aussi je me tiens de vous faire savoir quel est le traitement qu'ils font suivre à ceux qui les consultent. Tantôt ils prononcent des paroles incompréhensibles, tantôt ils font boire aux malades des breuvages fabriqués avec des plantes ou des bois quelconques dont la plupart de temps ils ne connaissent pas même les noms. Les malades croyaient fermement à l'efficacité de ces produits remèdes. Cependant tous ces sorciers ne sont que des ignorants et des paresseux et vivent aux dépens de la crédulité publique et ils ont tué et estropié bien de malheureux par leurs pratiques stupides et malfaisantes.<sup>42</sup>

Le rapport de 1922 sur l'organisation de la lutte contre les maladies vénériennes, précisait que de nombreux malades *“ne viendront consulter que lorsqu'ils ne pourront faire autrement, sans compter ceux qui se traitent avec des remèdes indigènes ou ont recours aux sorciers.”*<sup>43</sup> En 1951, le rapport sur le fonctionnement des services sanitaires relevait la préférence des malades pour l'*ombiasy* : *« Le pays [Ranotsara sud] est réellement très mal*

---

<sup>38</sup>Lettre du 30 octobre 1901 du chef de province de Mananjary à M. le Général Commandant en Chef et Gouverneur Général de Madagascar et Dépendances.

<sup>39</sup>Anom, 5 (6) D11, Rapport sur le fonctionnement de l'assistance médicale, 1904.

<sup>40</sup>Anom, 5 (6) D18, Rapport sur Mahevanana, 1904.

<sup>41</sup>Anom, 5 (6) D11, Rapport sur le fonctionnement de l'assistance médicale (1904 : 7-8).

<sup>42</sup> Ibid.

<sup>43</sup>Anom, 5 D2 ggMad, Organisation de la lutte antivénérienne à Madagascar, 1922.

connu des autorités et l'AMI n'y exerce pas une grande motivation [sic]. Il y a cependant un poste médical, au chef-lieu du canton, avec un médecin, une sage-femme et des infirmiers, mais la population ne réclame pas leur assistance et préfère les remèdes donnés par des "ombiasy" qui sont des sorciers de l'ancienne époque.<sup>44</sup> En pays tandroy (région sud), Decary<sup>45</sup> affirmait que le "sorcier est le grand dispensateur de fanafoly [fanafody ; remède] ; c'est le guérisseur contre lequel il nous fallut lutter avant d'arriver à imposer notre Assistance médicale. Un malade léger commence par se soigner lui-même. [...] Si la maladie s'aggrave, il ne sort presque plus de sa case, que signale une petite botte de paille ou une queue de bœuf attachée à un piquet planté devant la façade nord, et les quatre murs sont marqués à l'extérieur d'un trait rouge continu. En même temps, le sorcier est appelé" (1930 : 167-168).

La lutte contre les devins-guérisseurs était aussi le leitmotiv des missionnaires chrétiens qui pensaient que ceux-ci gênaient leur entreprise religieuse. Ainsi, le développement de la médecine coloniale, de l'instruction générale et de l'éducation chrétienne, réduirait le pouvoir des devins-guérisseurs en matière de soins.<sup>46</sup>

Par le législatif, le pouvoir colonial a tenté de réduire l'influence des devins-guérisseurs. Les administrateurs avaient un moyen légal de poursuivre ceux qui prodiguaient des soins ne relevant pas du système biomédical et officiel. Le Code de l'indigénat du 3 décembre 1901 interdisait, dans son article 35, "l'exercice illégal de la médecine, la vente illégale de médicaments et les pratiques de sorcellerie." Celui du 30 octobre 1904 maintenait, dans son article 21, ces mêmes prescriptions. Ces codes poursuivaient les actes de sorcellerie et incriminaient l'utilisation des *ody* (charmes) dont les charmes de guérison, ainsi que leur commerce. Très souvent, par manque de connaissances, les hommages aux ancêtres (et par extension le culte aux esprits) étaient assimilés à des actes de sorcellerie.

Soulignons que le délit de sorcellerie fut supprimé par le Gouverneur général Augagneur.<sup>47</sup> Le 27 juin 1908, il publiait dans le *Journal officiel de Madagascar* une circulaire dont le contenu restaurait la valeur des rites ancestraux au même titre que les rites chrétiens :

Le délit de sorcellerie m'a paru devoir disparaître de notre législation. Il serait inique de poursuivre un indigène promettant la guérison d'une maladie, le succès d'une entreprise, la tranquillité des ancêtres morts, par l'usage d'un breuvage mystérieux, par la remise d'un présent au sorcier, par un pèlerinage vers un lieu sacré, quand les représentants européens ou indigènes de certaines doctrines ont licence de se livrer aux mêmes pratiques sans être inquiétés [...] Nous n'avons pas le droit, étant donné la tolérance de nos lois pour toutes les opinions, d'inquiéter le sorcier pour les dogmes qu'il professe.

Cette circulaire, mal reçue par les officiants du culte chrétien: "*M. Augagneur prétendait simplement faire concurrencer l'eau bénite importée de la métropole par l'eau bénite des sorciers indigènes*"<sup>48</sup> fut annulée en 1911

---

<sup>44</sup>Anom, 5 (5) D57, Rapport annuel sur le fonctionnement des services sanitaires et médicaux de Madagascar et Dépendances (1951 : 59).

<sup>45</sup> Raymond Decary (1891-1973) était un administrateur colonial qui a, entre autres recherches, entrepris des travaux ethnologiques.

<sup>46</sup>Cahiers médicaux de l'union française, n°17, 1948 : 159.

<sup>47</sup>Jean-Victor Augagneur (1855-1931), professeur en médecine, consacra une partie de ses travaux à la syphilis. Il fut Gouverneur de Madagascar de 1905 à 1910, puis de l'Afrique équatoriale française de 1920 à 1923. Avant son départ pour la Grande Ile, il avait entrepris en tant que maire de Lyon un combat anticlérical qui correspondait à la période du « Bloc des gauches ».

par le nouveau Gouverneur général Picqué, successeur d'Augagneur. Il durcit la loi afin de lutter contre l'influence des devins-guérisseurs, des accoucheuses traditionnelles et des missionnaires « *qui se prétendaient experts en médecine occidentale* ». La circulaire révélait en particulier l'ingérence des religieux dans le médical. Elle appuie les nombreux articles publiés dans la presse traitant des actes de sorcellerie et des conflits entre médecins et missionnaires. Selon la presse coloniale, le Gouverneur fit exiler des *ombiasy* accusés d'être à l'origine du phénomène du *bilo* (possession) dans le Menabe (région sakalava) et en pays betsileo (Rakotomalala et *al.*, 2001). La presse affirmait également que les devins-guérisseurs renoncèrent au culte et se réfugièrent dans des îles au moment du durcissement du code.<sup>49</sup> Les charmes étaient confisqués par la police ainsi que tous les éléments magico-religieux associés aux rites ancestraux.

Les procédures judiciaires employées par le pouvoir colonial ont été mis en œuvre pour tenter de renverser la figure positive de l'*ombiasy* et son savoir thérapeutique. Sa figure d'autorité traditionnelle reconnue par les populations locales s'associait à celle de hors-la-loi dans ce cadre répressif. Le pouvoir pensait éradiquer l'influence des devins-guérisseurs et réduire leurs activités par un recours légal, donnant aux agents de médecine coloniale la possibilité d'appliquer plus efficacement les directives de politique de santé.

## VII. Conclusion

La conception occidentale de la santé en général qui s'appuie sur des notions telles que l'hygiénisme ou la bactériologie, a trouvé une assise grâce à l'autorité sanitaire. Toutefois, les mesures de santé n'étaient pas toujours applicables et les médecins rencontraient résistances et protestations. Selon le pouvoir colonial, la responsabilité de ces échecs revenait surtout aux devins-guérisseurs. Leur influence sur la population était telle que les médecins coloniaux devaient la réduire pour gagner la confiance des malades. De fait, la démarche coloniale de contrôle et de domination a caractérisé l'*ombiasy* selon une figure antisociale et de contre-pouvoir. Aussi, des mouvements anticoloniaux étaient impulsés et soutenus par les devins-guérisseurs, tentant de préserver leur autorité. Initiateurs ou mêlés aux résistances, ils étaient considérés comme dangereux pour le processus de colonisation. La capacité de résistance des *ombiasy* montre la confiance qui leur était destinée et l'idée d'efficacité ou de puissance qu'ils véhiculaient (Burguet, 2014). Dans des moments particuliers de crise où les « féticheurs » étaient à l'ouvrage dans la résistance ou le rassemblement, l'Etat colonial procédait à la destruction ou à la saisie des fétiches réputés de guerre - certains finissant dans les collections de certains administrateurs - et par l'arrestation, voire la mise à mort, de leurs gardiens ou promoteurs (Dozon, 1995).

L'attrait des malades pour certaines techniques thérapeutiques occidentales d'une part et leur confiance donnée aux *ombiasy* d'autre part, marquent l'ambivalence des représentations qui a complexifié les parcours de soins. C'est en période coloniale que les itinéraires thérapeutiques se sont diversifiés selon l'offre des soignants. Si les médecins blancs et les *ombiasy* s'opposaient politiquement, les malades, de leur côté, adoptaient les techniques thérapeutiques qu'ils considéraient les plus efficaces - sauf pour les campagnes de vaccination policées dotées d'un caractère coercitif -, rattachées tant au système de soins local qu'au système occidental. Ainsi, l'usage simultané des

---

<sup>48</sup> Le courrier colonial, 17 avril 1914.

<sup>49</sup> Le courrier colonial, 17 avril 1914.

cachets pharmaceutiques, délivré par les médecins coloniaux, et des charmes de guérison (*ody*), fabriqués par les devins-guérisseurs, permettait de nouveaux types d'assemblage préventif et curatif dont le tout devait amener la guérison tant recherchée.

## References

- Berthier H. (1930) *Droit civil à Madagascar*, Tananarive, Imprimerie officielle, 161p.
- Burguet D. (2014) *Figures des maîtres rituels. Les devins-guérisseurs dans l'histoire et aujourd'hui : savoir, action et pouvoir à Madagascar*, thèse de doctorat, sous la direction de P. Beaujard, EHESS, 529p.
- Courtin N. (2011) « Du gouvernement royal des Hauts plateaux à l'État colonial français. L'émergence de dispositifs de polices à Madagascar », *Crime, Histoire & Sociétés / Crime, History & Societies*, n°2, pp. 77-95.
- Dagognet F. (1996) *Pour une philosophie de la maladie*, Paris, Ed. Textuel, 104p.
- Debusman R. (1993) « Santé et population sous l'effet de la colonisation en Afrique équatoriale », *Matériaux pour l'histoire de notre temps*, n°32-33, pp. 40-46.
- Decary R. (1930) *Essai de monographie régionale*, Paris, société d'Éditions géographiques, maritimes et coloniales, tome 2, 268p.
- Dozon J.-P. (1995) *La cause des prophètes : Politique et religion en Afrique contemporaine*, Paris, Le Seuil, 300 p.
- Esoavelomandroso-Rajaonah F. (1983-1984) « La région de Port-Bergé dans les années 1930 », *Omalý sy anio*, Université de Tananarive, Département histoire, n°17-18-19-20, pp. 461-482.
- Esoavelomandroso-Rajaonah F. (1981) « Résistance à la médecine en situation coloniale : la peste à Madagascar », *Mondes dominés, Annales*, n°2, pp. 168-190.
- Esoavelomandroso-Rajaonah F. (1977) « Politique des races et enseignement colonial (jusqu'en 1940) », *Omalý sy anio*, Université de Tananarive, Département histoire, n°5-6, pp. 245-256.
- Fainzang S. (2001) *Médicaments et société*, Paris, Presses universitaires de France, Coll. « Ethnologies-controverses », 156p.
- Fredj C. (2011) « Encadrer la naissance dans l'Algérie coloniale. Personnels de santé et assistance à la mère et à l'enfant « indigènes » (XIXe-début du XXe siècle) », *Annales de démographie historique*, n° 122, pp. 169-203.
- Fredj C (2010) « Un aperçu de la relation médecin-patient dans l'armée française sous le Second Empire : l'exemple des expéditions lointaines », in E. Belmas et S. Nonnis-Vigilante (dir.), *La santé des populations civiles et militaires. Nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières, XVIIIe siècle-XVIIIe siècle*, Paris, Presses du Septentrion, pp. 87-98.
- Fremigacci J. (1981) « Protectorat intérieur et administration directe dans la province de Tuléar (1904-1924). Mythes et réalités », *Omalý sy anio*, n°13-14, pp. 263-286.
- Girard G. et Robic J. (1938) *La vaccination antipesteuse, congrès de médecine tropicale*, Amsterdam, pp. 335-353.
- Héraut L.-A. (2006) « La médecine militaire coloniale française », *Histoire des sciences médicales*, n°4, pp. 381-392.

- Lachenal G. (2011) « Quand la médecine coloniale laisse des traces », *Les Tribunes de la santé*, n°33, pp. 59-66.
- Lachenal G. (2010) « Le médecin qui voulut être roi. Médecine coloniale et utopie au Cameroun », *Annales HSS*, janvier-février, n° 1, pp. 121-156.
- Le Cour Grandmaison O. (2014) *L'empire des hygiénistes. Vivre aux colonies*, Paris, Fayard, Coll. Sciences humaines, 360p.
- Marx A., Alcabes P., Drucker E. (2001) « Serial human passage of simian immunodeficiency virus by unsterile injections and the emergence of epidemic human immunodeficiency virus in Africa », *The Royal society*, Londres, n°356, PP. 911-920.
- M'Bokolo E. (1982) « Peste et société urbaine à Dakar : l'épidémie de 1914 », *Cahiers d'études africaines*, Paris, n°85-86, pp. 13-46.
- Mollaret P. et Reilly J. (1947) « Danger de contamination interhumaine dans la mycothérapie en série, Contribution à la « Pathologie de la seringue », *Bull. Soc. Mem. Hop.*, Paris, n°63, pp. 80-82.
- Monnais-Rousselot L. (1999) *Médecine et colonisation*, Paris, Ed. CNRS, 489p.
- Paillard Y.-G. (1987) « Les recherches démographiques sur Madagascar au début de l'époque coloniale et les documents de l'AMI », *Cahiers d'Etudes africaines*, 105-106, XXVII 1-2, pp. 17-42.
- Rabearimanana L. (1980) *La presse d'opinion à Madagascar de 1947 à 1956*, Librairie mixte, Tananarive, 318p.
- Rakotomalala M., Blanchy S., Raison-Jourde F. (2001) *Madagascar : les ancêtres au quotidien. Usages sociaux du religieux sur les Hautes-Terres malgaches*, Paris, L'Harmattan, 530 p.
- Sussman L.K. (1988) «The Use of Herbal and Biomedical Pharmaceuticals on Mauritius», in S. Van der Geest et S.R. Whyte (dir.), *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, pp. 199-215.
- Taithe B. (2010) « Entre deux mondes : médecins indigènes et médecine indigène en Algérie, 1860-1905 », in E. Belmas et S. Nonnis-Vigilante (dir.), *La santé des populations civiles et militaires. Nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières, XVIIe siècle-XVIIIe siècle*, Paris, Presses du Septentrion, pp.99-113.
- Tisseau V. (2010) « Quand l'intime défie l'ordre colonial - Les couples de Malgaches et d'Européennes dans les Hautes Terres centrales de Madagascar (1896-1960) », *Genre et Histoire*, n°7.
- Turin Y. (1971) *Affrontements culturels dans l'Algérie coloniale, écoles, médecines, religion, 1830-1880*, Paris, Ed. Maspero, Coll. « Textes à l'appui », 434p.
- Van Der Geest S. et Whyte S.R. (2003) «Popularité et scepticisme: opinions contrastées sur les médicaments », *Anthropologie et Sociétés*, volume 27, n°2, pp. 97-117.
- Van Der Geest S. et Whyte S.R. (1988) *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.
- Van Der Geest S. et Whyte S.R. (1989) «The Charm of Medicines: Metaphors and Metonyms », *Medical Anthropology Quarterly*, volume 3, n°4, pp.345-367.