



La vaccination anti-pestreuse

FABIENNE LEMARCHAND-COPREAUX

À Madagascar, la mise au point d'un vaccin efficace n'a pas signé la victoire contre la peste : il restait encore à vaincre les réticences sociales et politiques des populations indigènes.

Le 25 novembre 1977, l'ancien hôpital colonial de Tananarive, l'Hôpital Girard et Robic, devient l'Hôpital militaire d'Antananarivo. Disparaît ainsi le dernier témoin historique de l'un des grands épisodes de la lutte contre la peste. Georges Girard (*ci-dessus, le deuxième en partant de la gauche*) et Jean-Marie Léopold Robic (*le premier à gauche*), tous deux médecins des troupes coloniales, dirigèrent l'Institut Pasteur de Tananarive, le premier de 1922 à 1940, le second de 1940 à 1953. C'est là qu'ils mirent au point le premier vaccin à germes vivants atténués contre la peste, qui fut inoculé massivement à près d'un tiers de la population malgache de 1935 à 1959. Ultérieurement, ils établirent un protocole de lutte contre la maladie, aujourd'hui appliqué dans le monde entier.

La peste frappe Madagascar au cours de la pandémie de 1898. À plusieurs reprises, les ports de Tamatave, Majunga, Diégo Suarez, enregistrent, en même temps que ses voisins de l'île Maurice, de La Réunion, et d'Afrique du Sud, de petites flambées de peste bubonique. De

février à avril 1921, la peste importée de Maurice sévit à nouveau à Tamatave surtout dans le milieu des dockers et des tirailleurs malgaches. Soudain, en juin, la maladie fait une irruption tapageuse dans la capitale : 48 personnes, appartenant à deux familles qui venaient de se réunir à l'occasion d'un mariage, succombent en trois semaines à un épisode de peste pulmonaire, la plus contagieuse et la plus foudroyante.

Désormais, l'épidémie galope. Elle gagne en quelques mois l'ensemble des hauts plateaux, où résident plus d'un million d'habitants, soit le tiers environ de la population de la colonie. En six mois, la peste fait 150 victimes. Plus que la «grippe espagnole» de 1919 qui avait pourtant tué en quelques mois près de 86 500 personnes, dont une trentaine de milliers dans les seules provinces du centre, ou que le paludisme qui endeuille régulièrement les familles, la peste sème l'épouvante chez les Malgaches. D'abord, en raison de son issue, presque toujours fatale, et de la rapidité avec laquelle survient la mort : les malades trépas-

sent en quelques jours ; si 60 à 85 pour cent des cas de peste bubonique sont mortels, la peste pulmonaire l'est dans tous les cas. Ensuite, à cause des dispositions contraignantes, et le plus souvent inefficaces, prises par les autorités sanitaires à l'encontre des seuls indigènes dès l'apparition des premiers cas dans la capitale : isolement des malades et des personnes avec qui ils ont été en contact dans les lazarets, destruction par le feu de leurs maisons, dératissage, désinfection des marchandises, cordons sanitaires d'une évidente perméabilité.

Plus que toutes ces mesures, c'est l'interdiction de veiller le mort et de l'inhumer dans le tombeau familial qui traumatise la population. L'inhumation marque en effet le retour du défunt à la terre de ses ancêtres. Ce culte des ancêtres fait des funérailles une cérémonie privilégiée à laquelle participent la famille et les amis, venus parfois de très loin. Le cadavre lui-même est souvent transporté à grande distance. Or la nouvelle réglementation impose que les pesteux soient enterrés à la va-vite dans des cimetières spéciaux. On interdit aussi, la cérémonie de «retournement des morts» qui, après quatre ou cinq ans, rassemble à nouveau la famille et au cours de laquelle le tombeau est ouvert, le cadavre exhumé et enveloppé d'un linceul neuf. Cette façon de renouer contact avec lui s'accorde en effet mal avec les exigences de la prophylaxie.

UNE MALADIE SOUS-DÉCLARÉE

De surcroît, les dispositions sanitaires ne touchent pas les Européens. Officiellement, et jusqu'en 1926, année où la première victime européenne est enregistrée, la peste frappe presque exclusivement les Malgaches des quartiers populeux de la capitale et de la brousse. Dans le contexte de la colonisation avec ce qu'elle suppose d'inégalités, d'op-



L'Institut Pasteur de Tananarive, en 1921.

pression, l'idée d'une maladie «inventée» par l'administration française pour renforcer son ascendant sur les indigènes s'impose assez vite à l'esprit de nombre de Malgaches. D'autant qu'ils assistent à un impressionnant déploiement de forces. Autour des cordons sanitaires, miliciens et tirailleurs Sénégalais traquent les fuyards. Des agents de police européens parcourent sans relâche les villes, questionnant les habitants et visitant les maisons, afin de débusquer les malades.

Les Malgaches résistent. Tout est mis en œuvre pour cacher la maladie : absence de déclarations, transfert des malades au loin, inhumations clandestines, dissimulation des rats morts, pots-de-vin aux médecins pour l'obtention de certificats médicaux de complaisance... En réaction, un dépistage *post mortem* est institué dès 1921 : des fragments de foie sont prélevés sur tous les malades décédés en moins de six jours.

C'est dans ce contexte que Georges Girard arrive à Madagascar, en février 1922. Ce jeune médecin militaire, formé à l'École du corps de santé de Bordeaux, est alors âgé de 34 ans. Il vient de passer deux ans à apprendre les gestes et les dogmes de la microbiologie. Il connaît déjà Madagascar. De 1917 à 1920, il avait été responsable du laboratoire de bactériologie de l'Hôpital de Diégo Suarez. Dès son arrivée, il est confronté à la peste : l'Institut Pasteur de Tananarive, créé en 1898 afin de lutter contre la variole et la rage, est chargé de coordonner toutes les actions de lutte. Girard met sur pied le Service central de la peste. Encore imprégné des ravages causés en Mandchourie pendant l'hiver 1910 – 1911 par un épisode de peste pulmonaire qui a fait plus de 100 000 morts en quelques mois, il maintient les mesures de prophylaxie édictées précédemment, les seules susceptibles, à l'époque, de contenir l'épidémie. Néanmoins, il reconnaît qu'il aurait été plus facile d'obtenir la collaboration des Malgaches si les autorités avaient permis, dès 1921, d'exhumer les pestiférés trois ans après le décès. En effet, il considérerait qu'au bout de trois ans, délai prévu par les textes en vigueur en France, le bacille n'était plus actif. À sa demande, cette mesure sera effectivement édictée, mais seulement neuf ans plus tard, en 1930 ; la durée d'éviction du caveau familial sera ensuite ramenée à six mois.

Quoi qu'il en soit, les Malgaches comprennent vite qu'il leur suffit de prétendre que la maladie a eu une longue évolution pour échapper au contrôle de la nature du décès ; ou encore qu'il s'agit d'un accident. Devant les indications les plus fantaisistes avancées par les familles, le dépistage *post mortem* est

rapidement rendu obligatoire pour tous les cadavres, sans exception. Sans doute inspiré des méthodes de lutte contre la fièvre jaune, Girard simplifie la technique : aux prélèvements d'organes, assez mal acceptés des familles, il substitue de simples ponctions, faites à la seringue, du foie, des poumons et des bubons apparents. Afin d'éviter au maximum les fraudes, les ponctions sont faites par des médecins européens et examinées dans des laboratoires régionaux. Le tout est ensuite contrôlé à l'Institut Pasteur de Tananarive. Aucun permis d'inhumer n'est délivré sans que des agents aient procédé aux prélèvements réglementaires.

Ce dépistage systématique révèle que 95 pour cent des cas ne sont connus qu'après décès : la peste est beaucoup plus fréquente que prévu ! C'est surtout vrai en brousse, où la plupart des individus meurent sans avoir consulté de médecin. Ensuite, l'endémie pesteuse sur les hauts plateaux est saisonnière : la poussée épidémique commence aux mois d'octobre et novembre pour s'éteindre en avril, au moment des grosses chaleurs et des pluies. Elle correspond à l'époque où les Malgaches inondent leurs rizières, chassant les rats qui se réfugient dans les maisons. Pendant la saison sèche, entre avril et octobre, les rats regagnent les rizières pour y creuser leurs terriers. L'infection semble alors en sommeil.

En ces années 1920, l'épidémiologie de la peste est encore balbutiante. On connaît le bacille responsable de la maladie, *Yersinia pestis*, identifié par Alexandre Yersin en juin 1894 lors de l'épidémie de Hong Kong. On sait également, grâce aux travaux de Paul Louis Simond, en 1897 qu'une simple piqûre de puce suffit à la

transmettre. La puce est le vecteur qui transporte le bacille de rat à rat, et du rat à l'homme (à l'exception de la peste pulmonaire strictement transmise d'homme à homme). Toutefois, on ignore tout de la biologie des puces : le bacille se multiplie-t-il dans l'insecte ? À quel moment acquiert-il sa virulence ? Quelle est la durée pendant laquelle une puce reste infectieuse ? Peut-elle survivre sans se nourrir de sang, hors du pelage protecteur du rat ? Une expérience réalisée en 1934 apporte quelques réponses, notamment sur le rôle de la puce *Xenopsylla cheopis* dans la persistance de l'épidémie pesteuse. Cette année-là, Fernand Estrade, un médecin qui travaille avec Girard, met au point un piège à puces. Il remplit une cuvette émaillée d'un antiseptique, au centre de laquelle est dressée une bougie allumée. Il place la cuvette dans l'obscurité d'une case. Attirées par la lumière, les puces sautent et tombent dans la cuvette ; elles sont tuées par l'antiseptique qui respecte pour un temps le bacille pesteux, à l'abri dans l'insecte. De telles expériences précisent les liens entre les puces et le bacille.

DU BACILLE, À LA PUCE, AU RAT...

Ainsi *Yersinia pestis* survit dans la puce «libre» : elle ne pullule pas seulement dans le pelage des rats, mais aussi dans la poussière des cases et dans les débris de pilonnage du riz. Elle y conserve pendant plusieurs mois son caractère infectieux. Les médecins comprennent alors certains épisodes récurrents de peste. Sur la côte, la température est trop élevée et défavorable à cette puce qui est absente des cases. C'est pourquoi la peste humaine reste implantée sur les hauts plateaux où les températures (10 à 25 °C) et la forte humidité sont favorables aux puces, tandis qu'elle ne fait que de brèves apparitions dans les régions côtières.

Ce constat pose un problème d'hygiène. Selon Girard, «Le problème de la prophylaxie collective sera impossible à résoudre tant que les habitations des paysans resteront ce qu'elles sont actuellement : un véritable défi à l'hygiène élémentaire ; construites en terre, abritant autant d'animaux que d'humains, remplies de provisions [...] qui offrent un refuge d'élection aux *Xenopsylla cheopis*, ces cases ne sont pas pratiquement désinfectables. Les rats y creusent aisément des terriers et il n'est pas jusqu'à la toiture en chaume qui n'abrite des rats et des puces [...]». L'action des services d'hygiène est à peu près inopérante dans les zones rurales». Comment dératiser et désinfecter toute



Les maisons des personnes décédées de la peste étaient détruites par le feu.