

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

HONG KONG ET LA PESTE DE 1894 : LORSQU'ÉPIDÉMIES ET CULTURES
S'ENTRECHOQUENT

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

À LA MAÎTRISE EN HISTOIRE

PAR

FRÉDÉRIK MCDUFF-ROUSSEAU

AOÛT 2018

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Cette recherche n'aurait pas été possible sans l'aide précieuse de plusieurs personnes. Écrire est, pour moi, un processus difficile semé d'embûches et d'excuses vides pour faire autre chose. D'abord, je dois souligner l'aide que ma directrice, Mme Olga Alexeeva, a su m'apporter tout au long de mes déboires. Elle est demeurée présente et à l'écoute à travers mon cheminement, et ce, malgré mon incapacité chronique à respecter un échéancier. Merci également à Mme Micheline Cloutier-Turcotte qui a su me guider à travers les vents de la tempête administrative aux moments les plus difficiles de mon parcours. Je dois aussi prendre un instant pour souligner l'aide du BCEI et du Chinese Scholarship Council pour la chance merveilleuse d'aller étudier à l'université de Tianjin pendant un an pour parfaire ma connaissance du merveilleux pays qu'est la Chine.

Un merci tout spécial à Jérôme, celui qui se sera assuré que je puisse continuer d'enseigner tout au long de ma maîtrise et qui, acceptant que j'aie parfois besoin me concentrer sur mes études, réorganisait mon horaire d'une main de maître.

Merci à ma famille et à mes amis qui, après plusieurs silences inconfortables, ont appris à ne plus me poser de question sur l'état de mon travail et ont continué à m'appuyer à travers mes nombreux moments de découragement.

Finalement, merci à la personne qui tient la place la plus importante dans ma vie, Émie. Elle a enduré mes sautes d'humeurs et mon cynisme malsain. Lorsque je voulais abandonner, sa volonté infailible et son refus de laisser tomber malgré les échecs m'aura servi d'idéal pendant les nombreuses années qu'aura duré l'écriture de ce mémoire. Émie, merci, sans toi, je n'aurais jamais terminé.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|------|
| REMERCIEMENTS..... | ii |
| TABLE DES MATIÈRES..... | iii |
| ABBREVIATIONS..... | vi |
| RÉSUMÉ..... | vii |
| ABSTRACT..... | viii |
| INTRODUCTION..... | 1 |
| L'état de la recherche..... | 2 |
| Problématique et méthodologie..... | 17 |
| CHAPITRE I LA PROPHYLAXIE EN GRANDE-BRETAGNE..... | 25 |
| 1.1 L'évolution de la prophylaxie britannique..... | 27 |
| 1.1.1 Les origines de la prophylaxie en Angleterre et en Grande-Bretagne..... | 27 |
| 1.1.2 Les <i>Poor Laws</i> et la création d'un système national..... | 29 |
| 1.1.3 L'association entre pauvreté et santé publique, une perception qui demeure..... | 30 |
| 1.1.4 Problèmes structurels et refonte du réseau de prophylaxie nationale..... | 35 |
| 1.2 Le libéralisme et le <i>Sanitary Movement</i> | 37 |
| 1.2.1 L'économie d'un système de santé publique..... | 37 |
| 1.2.2 Les <i>Medical Officers of Health</i> et le <i>Sanitary Movement</i> | 42 |
| 1.2.3 Les <i>Medical Officers of Health</i> et les pauvres..... | 44 |
| 1.3 La méthode du <i>stamp out</i> et le retour des mesures quaranténaires..... | 47 |
| 1.3.1 La théorie de James Simpson..... | 47 |
| 1.3.2 Les hôpitaux de quarantaine..... | 49 |

| | |
|--|-----|
| 1.3.3 Les perceptions populaires comme frein aux campagnes de santé publique..... | 50 |
| 1.4 L'approche néo-quarantenaire..... | 52 |
| CHAPITRE II LA MÉDECINE ET LA PROPHYLAXIE EN CHINE IMPÉRIALE AU XIX ^e SIÈCLE..... | 61 |
| 2.1 Le corps et la santé dans la médecine chinoise traditionnelle au XIX ^e siècle.... | 63 |
| 2.1.1 L'approche conceptuelle de la médecine chinoise traditionnelle..... | 63 |
| 2.1.2 Les traitements médicaux en médecine chinoise traditionnelle au XIX ^e siècle..... | 66 |
| 2.2 L'épidémie : un fléau aux sources variées..... | 68 |
| 2.2.1 Une explication médicale des épidémies..... | 68 |
| 2.2.2 L'épidémie comme châtement divin..... | 70 |
| 2.2.3 Entre méthodes surnaturelles et médecine occidentale..... | 72 |
| 2.3 L'hygiène personnelle et la santé publique en Chine du XIX ^e siècle..... | 74 |
| 2.3.1 L'hygiène publique en Chine du XIX ^e siècle..... | 75 |
| 2.3.2 L'hygiène domestique..... | 77 |
| 2.4 Le rôle de l'État dans la gestion des épidémies en Chine..... | 80 |
| 2.4.1 L'influence des idéologies chinoises sur la santé publique..... | 80 |
| 2.4.2 L'intervention gouvernementale..... | 82 |
| 2.4.3 Le rôle des fonctionnaires locaux..... | 85 |
| CHAPITRE III LA GESTION DE L'ÉPIDÉMIE DE PESTE BUBONIQUE À HONG KONG EN 1894..... | 94 |
| 3.1 La place de Hong Kong et de ses habitants, entre Chine et Grande-Bretagne..... | 96 |
| 3.1.1 Les premiers habitants..... | 96 |
| 3.1.2 Des intérêts divergents..... | 103 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 3.2 | La situation sanitaire à Hong Kong avant la crise..... | 105 |
| 3.2.1 | Les premières années..... | 105 |
| 3.2.2 | Le rapport de Chadwick et la création du <i>Sanitary Board</i> | 110 |
| 3.3 | L'épidémie de peste bubonique de 1894..... | 113 |
| 3.3.1 | La peste de Canton à Hong Kong, et la découverte de son bacille..... | 113 |
| 3.3.2 | Les mesures mises en place pendant les premières semaines..... | 116 |
| 3.3.3 | La réaction négative de la population chinoise..... | 119 |
| 3.3.4 | La fuite de la population et des travailleurs..... | 127 |
| 3.4 | L'impact social et économique sur la colonie..... | 130 |
| 3.4.1 | Les pertes économiques..... | 130 |
| 3.4.2 | La destruction du quartier de <i>Taipingshan</i> | 132 |
| 3.5 | L'épidémie de 1896 et la nouvelle approche de gestion de la peste..... | 137 |
| | CONCLUSION..... | 141 |
| | ANNEXES | |
| 1. | Gravure présentant un hôpital chinois de pestiférés hongkongais..... | 150 |
| 2. | Carte du port de Hong Kong en 1915 présentant la ville de Victoria..... | 151 |
| 3. | Carte de l'empire Chinois en 1910..... | 152 |
| 4. | Carte du delta de la rivière des Perles de 1890 présentant Canton, Hong Kong et Macao..... | 153 |
| | BIBLIOGRAPHIE..... | 154 |

ABRÉVIATIONS

| | |
|-------|-------------------------------------|
| HKGRO | Hong Kong Government Reports Online |
| HKPL | Hong Kong Public Library |
| MOH | Medical Officer of Health |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |

RÉSUMÉ

La colonie britannique de Hong Kong est frappée par une épidémie de peste bubonique en 1894. Entre les mois de mai et de septembre, celle-ci cause près de 2500 décès, principalement parmi la population chinoise. Le travail du *Sanitary Board* hongkongais ne permet pas de freiner la propagation de la maladie, créant plutôt des tensions et encourageant les Chinois à fuir la colonie. Près de 80 000 Chinois quittent Hong Kong pour le Guangdong, province qui est elle aussi en proie à la maladie. Les autorités sanitaires britanniques empirent la crise, car elles n'adaptent pas leurs interventions sanitaires inspirées par les concepts occidentaux de prophylaxie au contexte culturel local et aux pratiques de la médecine chinoise traditionnelle. Ces différences culturelles contribuent de façon significative à l'approfondissement de la crise de la peste de 1894 à Hong Kong. Le gouvernement colonial organise des visites au porte à porte, isole les malades loin de leur famille dans les hôpitaux occidentaux de Hong Kong et exige que tous les morts soient enterrés dans la chaux dans un cimetière réservé aux pestiférés. Ces mesures sont jugées inacceptables par les habitants chinois de la colonie qui préfèrent fuir plutôt que se soumettre à la politique britannique contraignante. L'incapacité du *Sanitary Board* de juguler l'épidémie de peste découle de son manque de compétence interculturelle. Avec le retour de la peste en 1896 les autorités réussissent finalement à adapter la prophylaxie britannique à un milieu culturel chinois en réduisant l'aspect envahissant de leurs mesures. Le gouvernement colonial réussit alors à éviter qu'un nouvel exode massif se produise.

Mots clés : Hong Kong, Peste bubonique, histoire de la médecine, colonialisme, Chine, Empire britannique, troisième pandémie de peste bubonique, compétence interculturelle, santé publique

ABSTRACT

The British colony of Hong Kong was struck by the third bubonic plague pandemic in 1894. From May to September, the epidemic caused the death of 2500 people, most of them Chinese inhabitants of the colony. Hong Kong's Sanitary Board was unable to stop the spread of the disease. Their use of British sanitary measures seems to have heightened the tensions between the colonial administration and its Chinese inhabitants. Almost 80 000 Chinese decided to flee across the Pearl River to Guangdong, where the same epidemic raged on. This massive exodus demonstrates how the Chinese feared the handling of the plague by the British authorities in Hong Kong. The difference in the perceiving what constitutes an appropriate prophylaxis and the role of the government in public health between the colonial administration and the Chinese hongkongers contributed to the deepening of the crisis. It is the lack of adaptation of British sanitary measures to the Chinese cultural context that lead to the departure of so many people. Due to the mandatory nature of British interventions like door to door visits, isolation of plague victims and the internment of bodies in quicklime, and the cultural unacceptability of some of them, the Chinese considered the sanitary board's interventions to be unacceptable. The unflinching attitude of the administration forced the Chinese to flee the colony, even though they exposed themselves to bigger risks by going to plague infected Guangdong. The return of the plague in 1896 marks a turn in British intervention as they tried to develop cross-cultural competency and adapt their sanitary measures by reducing their invasive character. Thus, the colonial government managed to avoid the exodus of its Chinese population.

Keywords : Hong Kong, Bubonic Plague, History of Medicine, Colonialism, China, British Empire, Third Plague Pandemic, Cross-cultural Competency, Public Health

INTRODUCTION

La maladie représente un des plus grands défis de l'humanité. Depuis la fin du XVIII^e siècle, les avancées scientifiques en épidémiologie, en santé publique et en microbiologie ont augmenté de façon conséquente l'espérance de vie de la plupart des êtres humains. Certaines maladies contagieuses ont toutefois continué de mettre à l'épreuve les systèmes de santé des différentes parties du globe.

Les pandémies, c'est-à-dire les épidémies qui se développent à une échelle internationale, représentent probablement le défi le plus important que les différents systèmes de santé de la planète doivent affronter. Un de ces événements trouve son origine dans la colonie britannique de Hong Kong en 1894. Une simple flambée épidémique se transforme en épidémie majeure malgré les efforts des autorités pour ensuite s'étendre à toute la planète. Cette année-là, la peste bubonique s'introduit par le sud de la Chine et se transmet rapidement au sein de la population des quartiers populaires chinois. Réalisant que l'épidémie s'intensifie rapidement, le gouvernement britannique décide d'imposer plusieurs mesures pour freiner son expansion. Ces arrangements n'ont toutefois pas les résultats escomptés. La maladie progresse à travers la colonie pendant plusieurs mois, causant le décès de milliers de personnes et forçant des dizaines de milliers d'autres à fuir.

En raison de la place de la colonie de Hong Kong comme plaque tournante du transport des marchandises, la peste se propage ensuite à de nombreuses autres parties de l'Empire britannique. L'arrivée de la maladie à Hong Kong peut ainsi être considérée comme le début de la troisième pandémie de peste bubonique¹. Cette

¹ Les deux premières pandémies de peste bubonique ont lieu beaucoup plus tôt. La première, la peste de Justinien, frappe l'empire Romain d'Orient dès 541 pour ensuite s'étendre au bassin méditerranéen. La seconde, la peste noire, ravage l'Europe au XIV^e siècle, tuant près du quart de la population européenne entre 1347 et 1350. Voir John Frith, « The History of Plague », *Journal of Military and Veteran Health*, vol. 20, n° 2, 2012, p. 11-12.

troisième épidémie à l'échelle mondiale dure jusqu'au milieu du XX^e siècle, alors que la peste s'étend à de nombreux pays, dont l'Inde, l'Australie et les États-Unis².

Dans cette étude, nous analyserons l'interaction entre les perspectives sanitaires britannique et chinoise dans la gestion des crises de santé publique au XIX^e siècle pour démontrer pourquoi l'épidémie de peste bubonique de 1894 à Hong Kong prend une telle ampleur. C'est d'abord en étudiant la gestion de la santé publique et ce qui l'inspire en Grande-Bretagne au XIX^e siècle qu'il nous sera possible de détailler les mesures entreprises par le gouvernement hongkongais dans la lutte contre la peste. Ensuite, nous tenterons de définir la philosophie sanitaire chinoise qui se développe à la même époque pour comprendre la réaction de la population vis-à-vis des différentes mesures d'intervention. Finalement, nous observerons la crise de la peste bubonique à Hong Kong pour mettre en relation les perspectives britannique et chinoise et expliquer pourquoi la gestion de la crise y est problématique.

Nous croyons que la différence culturelle et philosophique entre l'administration britannique de la colonie et sa population chinoise rend la gestion d'épidémies plus difficile. Plus précisément, nous croyons que la prophylaxie³ britannique, inspirée par la philosophie du libéralisme, augmente l'angoisse de la population lors de l'épidémie et la pousse à commettre des actions qui représentent un risque sanitaire.

L'état de la recherche

Dans le but d'éclaircir les questionnements qu'aborde cette recherche, il est nécessaire de choisir une approche pluridisciplinaire. Avec l'épidémie de peste bubonique hongkongaise de 1894 comme cadre historique, nous faisons une histoire de la médecine. En raison de son caractère colonial, Hong Kong est administré avec

² Pui-Tak Lee, « Colonialism versus Nationalism : The Plague of Hong Kong in 1894 », *The Journal of Northeast Asian History*, vol. 10, n° 1, 2013, p. 99.

³ La prophylaxie représente l'ensemble du processus mis en place pour empêcher l'apparition et la propagation d'une maladie.

une approche britannique. Dès lors, nous devons aller chercher des idées et des éléments de l'histoire coloniale et de l'histoire britannique pour comprendre comment le cadre médical britannique influence l'intervention des autorités. De la même façon, les Chinois qui habitent la colonie proviennent pour la plupart du sud de la Chine, leurs attentes vis-à-vis des interventions gouvernementales et leur perception de l'épidémie fait de cette étude une histoire de la Chine. En touchant aux histoires médicale, britannique, coloniale et chinoise, cette recherche tente de rassembler des connaissances de différentes sources et de voir comment elles peuvent nous informer sur les difficultés qu'ont les organisations à but non lucratif qui œuvrent à l'international pour freiner la propagation des épidémies. En évaluant les conséquences d'une rencontre conceptuelle entre les perspectives médicales chinoise et britannique, cette étude s'inspirera donc de recherches anthropologiques sur la compétence interculturelle⁴ lors d'interventions sanitaire.

Les sciences humaines, et tout particulièrement l'anthropologie, se penchent depuis quelques années sur l'étude de l'adaptation des mesures de santé publique à la culture où elles sont introduites, c'est-à-dire la compétence interculturelle des intervenants de la santé. Les études historiques qui abordent ce même sujet sont cependant rares. En effet, la place de la culture locale dans la réussite de l'introduction de systèmes de prophylaxie étrangers est surtout étudiée en anthropologie médicale.

La compétence interculturelle des intervenants en santé comme sujet d'étude apparaît en 1955 avec la publication de l'étude de Paul Benjamin, alors professeur à la School of Public Health de Harvard, *Health, Culture and Community*. Dans cet ouvrage,

⁴ Le concept de compétence interculturelle apparaît pour la première fois en 1959, dans l'ouvrage de l'anthropologue américain, E. T. Hall, *The Silent language*. Dans ce travail, Hall affirme la nécessité de « connaître l'autre », d'accepter les différences et de comprendre les modes de pensée de l'interlocuteur, en d'autres mots de développer une « compétence interculturelle ». Depuis, les chercheurs ont formulé plusieurs définitions différentes de cette compétence, pour plus d'information sur ce sujet voir, par exemple, Anne Bartel-Radic, « La compétence interculturelle : État de l'art et perspectives », *Management International*, vol. 13, n° 4, 2010, p. 11-26.

Benjamin examine la réaction de 16 communautés profondément différentes les unes des autres (urbaines, rurales, africaines, asiatiques, portoricaines, canadiennes, etc.) à l'imposition de mesures sanitaires occidentales. Il démontre la nécessité d'adapter les interventions à la culture locale⁵. Aujourd'hui encore, l'anthropologie médicale continue d'explorer cette constatation⁶. Lorsqu'une organisation intervient en santé publique dans un milieu qui lui est étranger, la culture qui s'y trouve influence la réalisation du projet.

Dans la lignée des recherches de Benjamin, les travaux d'Andrea Caprara cherchent à comprendre comment la contagion est conceptualisée par une population pour mettre en place un système efficace de prévention des maladies⁷. La théorie des germes, voulant que les maladies soient le fruit d'une transmission de micro-organismes à travers différents vecteurs, est intégrée à la compréhension occidentale du phénomène de la contagion. Cependant, les populations, au sein desquelles des organismes comme l'Organisation mondiale de la santé (OMS) tentent de mettre sur pied un système de prophylaxie, peuvent avoir des a priori différents. Ainsi, Caprara mentionne comment les Quechua au Pérou utilisent comme poulaillers les nouvelles latrines installées par un programme de santé publique auquel il participe dans les années 1990. Les Quechua ne conceptualisent pas que la transmission des maladies puisse se faire par un lien bucco-intestinal⁸. Par conséquent, en faisant un usage incorrect des nouvelles infrastructures sanitaires, ils augmentent les risques de

⁵ Johannes Sommerfeld, « Editorial : Medical anthropology and infectious disease control », *Tropical Medicine and International Health*, vol. 3, n° 12, 1998, p. 993-995.

⁶ Depuis la parution du rapport de l'Institute of Medicine des États-Unis en 2002 s'intitulant *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care* beaucoup de recherche tente de décerner efficacement l'influence des différences culturelles sur la pratique médicale. Voir les travaux de Al Padela et IR Punekar, « Emergency medical practice: advancing cultural competence and reducing health care disparities », *Academy of Emergency Medicine*, vol. 16, n° 1, 2009, p. 69-75; U.A Ezenkwele et G.S. Roodsari « Cultural competencies in emergency medicine : caring for Muslim-American patients from the Middle East », *Journal of Emergency Medicine*, vol. 45, n° 2, 2013, p. 168-174 ; L. Sheridan, « Treating the World Without Leaving Your ED: Opportunities to Deliver Culturally Competent Care », *Academy of Emergency Medicine*, vol. 13, n° 8, p. 896-903.

⁷ Andrea Caprara, « Cultural interpretations of Contagion », *Tropical Medicine and International Health*, vol. 3, n° 12, 1998, p. 996-1001.

⁸ *Ibid.*

propagation de certaines maladies comme le choléra et les fièvres typhoïdes. L'importance de faire des études culturelles avant de préparer et mettre en une intervention sanitaire est ainsi un aspect important d'une approche pluridisciplinaire en santé publique.

L'histoire de la médecine coloniale et britannique devient quant à elle un sujet de prédilection depuis la publication en 1988 du *Imperial Medicine and indigenous societies* de David Arnold. Dans son ouvrage, Arnold relate comment les officiers médicaux britanniques étaient convaincus de la supériorité de la médecine occidentale dans leur gestion de la santé au sein de l'empire. La maladie et la médecine deviennent alors une représentation de la relation de pouvoir entre dominants et dominés au sein de la colonie qui passe par l'imposition de mesures et de pratiques médicales et sanitaires⁹. La même année, Roy MacLeod et Milton Lewis publient *Disease, medicine and empire: perspectives on Western medicine and the experience of European expansion* qui présente l'état de la recherche sur les aspects politiques, raciaux et économiques de l'expansion de la médecine européenne à travers le XIX^e siècle et à expliquer comment les maladies contagieuses et les relations de pouvoir entre les puissances coloniales et les populations qu'elles dominent influencent la pratique de la médecine coloniale¹⁰. Toutefois, ces recherches n'explorent pas la compétence interculturelle des médecins britanniques, ou du moins, ils ne se concentrent pas sur l'effet de leur compétence sur le succès des interventions sanitaires.

En histoire hongkongaise, le sujet de la compétence interculturelle des intervenants de la santé n'a été que peu exploré. Les seules études qui se penchent sur les théories médicales lors de l'épidémie de peste de 1894 sont celles de Mary Sutphen qui

⁹ Bruce Feter, « Review : Imperial Medicine and Indigenous Societies by David Arnold », *Bulletin of the School of Oriental and African Studies*, University of London, vol. 52, n° 3, p. 618.

¹⁰ Geoffrey W. Rice, « Review : Disease, medicine and empire : perspectives on Western medicine and the experience of European expansion », *Medical History*, vol. 34, n° 1, 1990, p. 117-118.

compare la réception de la théorie des germes à Hong Kong à Calcutta et à Cape Town¹¹.

L'épidémie de peste bubonique dans l'historiographie de Hong Kong

Il y a néanmoins quelques excellents ouvrages qui traitent de l'épidémie de 1894. De fait, l'historiographie de la colonie est assez variée. De nombreux auteurs écrivent sur l'histoire de Hong Kong au XIX^e siècle, mais très peu d'entre eux soulignent l'importance de l'épidémie de peste bubonique de 1894. Par exemple, l'une des études phares de l'histoire de Hong Kong, *A History of Hong Kong* par Frank Welsh, consacre seulement deux pages à l'épidémie en expliquant que les problèmes de la gestion sanitaire venaient du fait que « the Chinese do not see things with European eyes, and neither (le gouverneur) nor his officials made any attempts to see things through Chinese eyes »¹². Il étudie la relation difficile entre l'administration britannique et les Chinois, et décrit le manque d'hygiène de certains quartiers de la colonie, en soulignant l'écart du niveau de salubrité des logements entre les parties européennes et chinoises de la ville. Notant que toutes les chambres à louer des quartiers occidentaux ont leur propre salle de bain et offrent beaucoup d'espace aux habitants, il remarque que la réalité est complètement différente dans les quartiers chinois où une famille peut être entassée dans une pièce exigüe sans avoir accès à des latrines¹³. Selon Welsh, la variation du niveau d'hygiène des habitations et le développement de la peste servent à démontrer les différences économiques et les tensions politiques qui existent durant les premières décennies de la colonie britannique.

¹¹ Mary P. Sutphen, « Not What, but Where : Bubonic Plague and the Reception of Germ Theories in Hong Kong and Calcutta, 1894-1897 », *Journal of History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 52, 1997, p. 81-113 et Mary P. Sutphen, « Rumoured Power : Hong Kong, 1894 and Cape Town, 1901 », dans Andrew Cunningham et Bridie Andrews (dir.), *Western Medicine As Contested Knowledge*, Manchester, Manchester University Press, 1997, p. 241-261.

¹² Frank Welsh, *A History of Hong Kong*, Glasgow, Harper Collins, 1993, p. 303.

¹³ *Ibid.*, p. 295.

De façon similaire, Steve Tsang dans *A Modern History of Hong Kong* ne consacre qu'une demi-page à la peste bubonique bien qu'il perçoive son passage comme un moment charnière dans la relation entre le gouvernement colonial et la population chinoise. Jusque-là, le gouvernement britannique utilise ses ressources presque uniquement pour administrer la minorité d'expatriés et laisse les Chinois s'autogérer à travers l'organisation caritative de l'hôpital *Tung Wah*. En raison des risques que la maladie représente pour la colonie, le gouvernement décide d'intervenir malgré une forte résistance de la population chinoise. Tsang considère que l'épidémie de 1894 déclenche la fin de l'isolement des deux groupes formant ainsi la population hongkongaise. S'il explique la résistance qu'offrent les Chinois aux mesures britanniques par un sentiment de crainte envers la médecine occidentale, il n'offre pourtant aucun détail pour mieux comprendre les motivations de la population chinoise¹⁴.

Les recherches qui prennent un angle politique, à savoir celles qui étudient la relation entre les différents groupes d'habitants de Hong Kong, permettent de cerner la raison pour laquelle l'épidémie de peste bubonique prend une telle ampleur. La plupart des ouvrages perçoivent donc 1894 comme une crise politique mal gérée par le gouverneur de la colonie. John M. Carroll consacre deux pages de *A Concise History of Hong Kong*¹⁵ pour expliquer comment le gouvernement fait fuir plusieurs milliers de Chinois en décidant d'imposer des mesures d'hygiène britannique. La peste aide à définir la relation parfois orageuse entre les autorités coloniales et la population chinoise. Carroll essaie toutefois de souligner la complexité de la situation. Selon lui, le gouvernement colonial explique la fuite et la peur de la population chinoise par une xénophobie et une crainte injustifiée des pratiques sanitaires occidentales. Or, selon l'auteur, le manque d'efficacité des mesures sanitaires justifie la méfiance que la

¹⁴ Steve Tsang, *A Modern History of Hong Kong*, Londres, I.B. Tauris, 2004, p. 71-72.

¹⁵ John M. Carroll, *A Concise History of Hong Kong*, Plymouth, Rowman & Littlefield, 2007, 288 p.

population éprouve¹⁶. Ainsi, la crise de la peste bubonique devient un symptôme d'un problème plus large de communication et de compréhension entre les deux cultures principales de la colonie.

Dans son autre ouvrage consacré à l'histoire du Hong Kong, *Edge of Empires*¹⁷, il étudie plutôt la relation particulière qui s'est formée entre l'élite marchande chinoise et l'administration britannique au sein de la colonie. Carroll analyse cette relation du point de vue du concept que Wing-sang Law surnomme le « colonialisme coopératif »¹⁸. En étudiant la vie de Ho Kai, un médecin d'origine chinoise qui fut longtemps le seul membre d'origine chinoise au conseil législatif de la colonie, il démontre la relation ambivalente entre l'élite marchande chinoise et l'administration coloniale.

Il est impossible de faire l'historiographie de toutes les études qui se consacrent à Hong Kong. Néanmoins, ces trois auteurs font ressortir une tendance générale des historiens à percevoir la peste comme une crise d'identité politique où les différentes traditions médicales mettent à mal le statu quo de la gouvernance de la colonie. Ils perçoivent le début de l'épidémie de la peste comme le moment où le gouvernement britannique cesse de laisser les Chinois s'autogérer grâce à un système administratif parallèle, en dehors de l'encadrement colonial britannique. Cependant, les différences idéologiques quant à la forme que doivent prendre la gouvernance et les interventions sanitaires ne sont que rarement mentionnées par les auteurs.

Au sein de l'historiographie chinoise, la peste de 1894 est aussi très peu étudiée. En effet, les historiens de Hong Kong s'intéressent surtout aux tensions entre la population chinoise et le gouvernement britannique à travers des événements comme les grèves et les émeutes de 1884 que Fang Hanqi étudie en détails dans son *Yibabasi*

¹⁶ *Ibid.*, p. 64-66.

¹⁷ *Idem*, *Edge of Empires : Chinese Elites and British Colonials in Hong Kong*, Cambridge, Harvard university Press, 2005, 274 p.

¹⁸ Wing-sang Law, « Hong Kong undercover : an approach to 'collaborative colonialism' » *Inter-Asia Cultural Studies*, vol. 9, n° 4, 2008, p. 522-542.

nian Xianggang renmin de fan di douzheng [一八八四年香港人民的反帝鬥爭] (La lutte anti-impérialiste des hongkongais). D'autres chercheurs chinois étudient l'histoire générale de la peste en Chine du Sud, comme Xian Weixun avec *Shuyi liuxingshi* [鼠疫流行史] (Histoire des épidémies de peste) ou encore Cao Shuji et Li Yushang avec *Shuyi: Zhanzheng yu heping: Zhongguo de huanjing yu shehui bianqian (1230-1960 nian)* [鼠疫: 战争与和平: 中国的环境与社会变迁 (1230-1960 年)] (Peste: guerre et paix: changements environnementaux et sociaux en Chine de 1230 à 1960), sans traiter la crise hongkongaise directement. La plupart des travaux chinois se concentrent donc sur la situation en Chine, en ne faisant que mentionner que la peste s'est propagée jusqu'à Hong Kong en 1894.

Ainsi, pour appréhender correctement cette crise de santé publique, il faut plutôt se tourner vers des études se spécialisant sur l'histoire médicale et culturelle, adoptant une approche comparative dans leur analyse du développement de la santé publique et de la prophylaxie. Par exemple, Mary P. Sutphen s'intéresse à l'acceptation et à l'appropriation des découvertes en bactériologie. Dans son article, elle compare l'attitude de l'administration de Hong Kong et de Calcutta à l'égard des pratiques sanitaires inspirées par la théorie des germes durant les épidémies de peste bubonique qui ont frappé les deux villes à la fin du XIX^e siècle¹⁹. Étant des colonies britanniques, ces deux villes permettent de voir comment l'introduction d'idées occidentales sur la contagion peut être perçue par la population autochtone. Cependant, l'auteure ne parvient pas à démontrer l'impact de cette théorie des germes et des pratiques sanitaires occidentales sur la population chinoise. Elle fait plutôt remarquer que l'importation de nouvelles théories sur le phénomène de la contagion n'a pas d'effet réel sur les mesures que l'administration veut mettre en place pour combattre la maladie. Le fait que la peste soit le résultat de la transmission de bactéries ou de miasmes dangereux émanant des édifices insalubres n'intervient pas dans le choix des

¹⁹ Mary P. Sutphen, « Not What, but Where », *loc. cit.*

mesures d'intervention du gouvernement britannique. Il prévoit la destruction d'une partie du quartier chinois infecté sans avoir étudié les origines véritables de l'épidémie. Au contraire, l'idée que la peste provienne d'une bactérie pouvant se transmettre d'un endroit à l'autre est utilisée pour supporter cette intervention²⁰. Alors que l'introduction de théories modernes du phénomène de la contagion aurait dû mettre les autorités hongkongaises sur les traces du vecteur de transmission de la maladie, la puce du rat, Sutphen remarque que ces recherches deviennent un argument pour appuyer les a priori coloniaux de l'administration sanitaire de Hong Kong.

Dans une autre étude qui compare l'épidémie de Hong Kong à celle de Cape Town²¹, Sutphen se penche sur les rumeurs qui circulent au sein de la population autochtone quant aux dangers de la médecine occidentale. Elle maintient que les réactions de la communauté européenne et de l'élite locale face aux rumeurs permettent de comprendre la relation ambivalente qui les relie. Elle étudie la relation entre les autorités britanniques et la population chinoise, sans néanmoins s'avancer sur l'interaction des paradigmes sanitaires chinois et britannique. La peste est utilisée comme toile de fond pour étudier la relation parfois conflictuelle entre le gouvernement et l'élite chinoise. Elle n'examine pas directement comment les différences conceptuelles entre les Chinois et les Britanniques influencent leur perception du rôle que l'État doit prendre lors des épidémies de peste bubonique.

L'ouvrage le plus complet et le plus important dans l'étude de l'épidémie de peste bubonique à Hong Kong en 1894 est probablement *Power and Charity : A Chinese Merchant Elite in Colonial Hong Kong*, de Elizabeth Sinn²². Dans cette monographie publiée en 1989, Elizabeth Sinn étudie les relations entre la bourgeoisie chinoise et le gouvernement colonial. En effet, au XIX^e siècle, l'élite marchande chinoise de

²⁰ *Ibid.*, p. 103.

²¹ *Id.*, « Rumoured Power », *op. cit.*

²² Elizabeth Sinn, *Power and Charity : A Chinese Merchant Elite in Colonial Hong Kong*, Hong Kong, Hong Kong University Press, 1989, 340 p.

Hong Kong fonde des établissements caritatifs fonctionnant comme intermédiaires entre la population de travailleurs chinois et le gouvernement colonial britannique. Puisque les autorités britanniques ne veulent pas intervenir dans les affaires de la population chinoise, l'hôpital *Tung Wah*, l'organisation caritative la plus importante, devient en quelque sorte un centre administratif parallèle au sein de la colonie. Elle consacre un chapitre entier à l'épidémie, *Crisis : The Plague, 1894*, dans lequel elle dépeint avec précision son déroulement et les tensions qui en résultent. Sinn montre comment la crise sanitaire nuit à la légitimité de l'élite marchande hongkongaise dans son rôle d'intermédiaire entre le gouvernement et la population. Sa tentative de jouer un rôle d'intermédiaire entre les Britanniques et les Chinois lors du conflit aliène la population chinoise qui craint les mesures britanniques et qui croit que l'élite bourgeoise ne fait pas assez pour défendre ses intérêts. L'administration la soupçonne, quant à elle, d'agir en agitateurs et de ne pas faire assez pour convaincre les Chinois de se soumettre aux mesures sanitaires. Elizabeth Sinn examine les relations de pouvoir entre les différents groupes qui résident dans la colonie à travers la gestion de l'épidémie.

La plupart des ouvrages plus récents s'inspirent des travaux d'Elizabeth Sinn en raison de son utilisation méticuleuse des nombreuses sources chinoises et britanniques. Ainsi, Lee Pui-Tak²³ étudie l'épidémie pour comprendre comment les personnes provenant de différents pays et de différentes cultures interagissent à travers les recherches en bactériologie qui se font sur le terrain. Plus précisément, en se basant sur le travail d'archives réalisé par Sinn, il tente de voir comment le gouvernement colonial traite les deux médecins qui essaient d'isoler le bacille de la peste bubonique, Alexandre Yersin et Kitasato Shibasaburo. Il étudie l'influence de la relation entre les gouvernements français, britannique et japonais sur le travail des chercheurs.

²³ Pui-Tak Lee, *loc. cit.*, p. 97-128.

L'une des lacunes majeures des recherches faisant état de la peste bubonique de 1894 se trouve dans leur manque de perspective à long terme. De fait, elles se cantonnent habituellement aux événements entre mai et septembre 1894. Or, la peste bubonique fait un retour brutal en 1896 et demeure endémique à Hong Kong jusqu'aux années 1920²⁴. Les historiens mentionnent pourquoi la peste de 1894 est mortelle et pourquoi elle cause la fuite de milliers de Chinois, mais oublient souvent que deux ans plus tard, une flambée significative se produit sans avoir les mêmes conséquences sociales. Pour comprendre la différence entre ces deux épidémies pourtant proches sur le plan chronologique, il faut étudier les raisons pour lesquelles la population réagit différemment en 1896 afin de comprendre si le changement des politiques coloniales est à l'origine de cette différence.

Les traditions médicales, la peste bubonique et la population chinoise

Bien que l'ouvrage d'Elisabeth Sinn reste un ouvrage phare sur l'épidémie de peste à Hong Kong en 1894, ce sont les recherches de Carol Ann Benedict qui représentent l'analyse la plus complète de la vision et de la gestion de cette maladie en Chine impériale. C'est d'ailleurs sur ses travaux que de nombreux auteurs traitant de l'épidémie hongkongaise se basent pour identifier l'attitude des Chinois à l'égard de la maladie. Effectivement, elle retrace les différentes traditions médicales chinoises et leur influence sur le comportement de la population et des autorités lorsqu'elles sont confrontées à la peste. Plus précisément, elle examine les différentes théories médicales et folkloriques utilisées par les Chinois pour expliquer la peste et suit l'évolution de l'approche gouvernementale envers les épidémies. D'abord, les autorités perçoivent la maladie comme une crise politique en y faisant des références

²⁴ Michael Ingham, *Hong Kong : A Cultural History*, New York, Oxford University Press, 2007, p. 112.

indirectes dans les annales impériales. Benedict fait remarquer qu'à partir de 1902, le pouvoir central change de stratégie et adopte une approche beaucoup plus interventionniste²⁵. En étudiant la perspective chinoise sur la maladie, elle note plusieurs similarités entre les méthodes de prophylaxie chinoise et occidentale et conclut que la « public policy was driven less by a clear sense of plague etiology than by an incomplete knowledge combined with preconceived notions about Chinese habits »²⁶. La réponse des autorités coloniales envers la peste ne découlerait donc pas nécessairement des nouvelles découvertes en médecine qui marquent la seconde moitié du XIX^e siècle. Ce sont plutôt les préjugés que les autorités britanniques cultivent à l'égard de la population chinoise qui dictent leurs actions : c'est parce que le gouvernement britannique juge que les Chinois des quartiers populaires préfèrent vivre dans la saleté qu'il organise des visites obligatoires et qu'il songe à condamner et à détruire plusieurs édifices à logements.

Quant à l'historiographie francophone, il faut surtout citer les travaux de Florence Bretelle-Establet. En adoptant le cadre analytique de Benedict, elle reconstitue l'histoire médicale de la Chine du Sud en analysant la correspondance de médecins militaires occidentaux, des chroniques chinoises locales et des traités médicaux produits dans les provinces du Guangxi et du Guangdong²⁷. L'utilisation de ces sources originales lui permet d'étudier la perspective médicale de la population chinoise à la fin de la période impériale. Dans son article « Les épidémies en Chine à la croisée des savoirs et des imaginaires : le Grand Sud aux XVIII^e et XIX^e siècles », elle étudie le sens que la population chinoise donne aux épidémies avant que la connaissance basée sur les découvertes en laboratoire ne se diffuse à travers la

²⁵ Voir Carol Ann Benedict, « Policing the sick : Plague and the origins of state medicine in late imperial China », *Late Imperial China*, 1993, vol. 14, n° 2, p. 60-62 ; *Id.*, « Bubonic plague in nineteenth-century China », *Modern China*, 1988, vol. 14, n° 2, p. 137-145.

²⁶ Carol Ann Benedict, *Bubonic Plague in Nineteenth-Century China*, Stanford, Stanford University Press, 1996, p. 143.

²⁷ Florence Bretelle-Establet, *La santé en Chine du Sud : 1898-1928*, Paris, CNRS, 2002, p. 1-13.

population²⁸. Elle s'attaque à un sujet très peu traité dans l'historiographie occidentale puisqu'elle fait remarquer qu'une grande quantité de théories se côtoient à la même époque et aucune d'entre elles ne semble être dominante. Selon Bretelle-Establet, l'épidémie est à la fois une représentation d'un châtement divin qui sert de punition collective et un mal physique qui peut être traité par des remèdes traditionnels chinois²⁹. Cependant, l'auteure ne traite pas spécifiquement de l'épidémie de Hong Kong. Dans son article sur la perception de l'épidémie, elle mentionne que la peste se propage rapidement au sud de la Chine en frappant d'abord Canton et puis Hong Kong, mais elle ne soulève pas la signification de la maladie pour la communauté chinoise de Hong Kong³⁰.

À l'exception de Sinn, Bretelle-Establet et de Benedict, la plupart des auteurs n'analysent pas comment la population perçoit l'épidémie. Par exemple, Mary P. Sutphen mentionne le sentiment de fierté à l'égard de la médecine chinoise et la peur de l'isolement pour expliquer l'opposition aux mesures sanitaires³¹. Elle n'essaie pas de voir comment la perspective médicale chinoise influence l'attitude de la population. La plupart des auteurs se contentent donc de se référer aux différences culturelles et aux incompréhensions pour expliquer la fuite de milliers de Chinois du territoire britannique sans explorer les origines et les caractéristiques particulières de ces différences.

Les interventions sanitaires et le contrôle gouvernemental britannique

L'historiographie traitant de la place de Hong Kong au sein du système maritime et idéologique de l'Empire britannique du XIX^e siècle est encore plus vaste. En raison du grand nombre d'études existant sur le sujet, il nous est nécessaire de mentionner que la présente recherche tente de s'inscrire dans la lignée d'historiens comme John

²⁸ Florence Bretelle-Establet, « Les épidémies en Chine à la croisée des savoirs et des imaginaires : le Grand Sud au XVIII^e et XIX^e siècles », *Extrême-Orient Extrême-Occident*, n° 37, 2014, p. 21.

²⁹ *Ibid.*, p. 48-50.

³⁰ *Ibid.*, p. 24.

³¹ Mary P. Sutphen, « Not What, but Where », *loc. cit.*, p. 92.

Andrew Gallagher et Ronald Robinson³² qui, dans les années 1950, développent le concept de « l'Empire informel » qui croise l'étude des réseaux de communication avec la problématique de la mondialisation. Cette perspective est reprise et modifiée par John Darwin dans *The Empire Project* qui explique la domination du gouvernement britannique sur un vaste réseau de colonies, non pas en raison de sa puissance militaire et économique, mais plutôt grâce à la qualité du système d'échanges maritimes et télégraphiques qui relie les différentes parties de l'Empire³³. En fait, la circulation de l'information et des personnes à l'intérieur du réseau impérial participe à le stabiliser et à le renforcer puisque les territoires de l'Empire se perçoivent comme les membres d'une communauté partageant un espace commun³⁴.

La recherche sur le développement des approches sanitaires modernes en Grande-Bretagne est abondante et relativement variée. Il faut mentionner tout de même quelques études qui traitent de l'implantation de mesures sanitaires et de la réaction de la population. Ainsi, Jane Jenson, dans *Getting to Sewers and Sanitation* offre une approche unique pour interpréter les stratégies d'intervention gouvernementale. Elle remarque que la mise en place de différentes techniques de prévention ne reflète pas nécessairement le consensus scientifique du moment en soulignant l'importance du contexte politique et des conventions sociales dans l'adoption de mesures de santé publique³⁵.

³² Voir John Gallagher, Ronald Robinson, « The Imperialism of Free Trade », *The Economic History Review*, vol. 6, n° 1, 1953, p. 1-15.

³³ John Darwin, *op. cit.*, p. 2-13.

³⁴ Pierre Grosser, « Comment écrire l'histoire des relations internationales aujourd'hui ? Quelques réflexions à partir de l'Empire britannique », *Histoire@Politique*, vol. 1, n° 10, 2010, p. 12 ; Alan Lester, « Imperial circuits and networks: geographies of the British Empire », *History Compass*, vol. 4, n° 1, 2006, p. 124-141.

³⁵ Jane Jenson, « Getting to Sewers and Sanitation: Doing Public Health within Nineteenth-Century Britain's Citizenship Regimes », *Politics & Society*, vol. 36, n° 4, décembre 2008, p. 532-566.

Anne Hardy traite quant à elle du développement de la médecine préventive au XIX^e siècle³⁶. Elle étudie avec précision les transformations culturelles et sociales qui mènent au développement d'une stratégie de prophylaxie moderne. Elle démontre comment le concept d'*epidemic street* vient orienter le développement d'une nouvelle pensée sanitaire. Effectivement, cette idée, qui consiste en l'association de milieux précis au développement de certaines maladies, se cristallise autour des *fever nest*, des logements ou des pâtés de maisons souvent décrépies dont les habitants sont continuellement la cible de maladies contagieuses. Certains penseurs de la médecine viennent à percevoir la contagion comme un phénomène spécifique à un environnement particulier. Ainsi, au cours du XIX^e siècle, certains milieux sont associés à des maladies spécifiques comme la tuberculose, la diphtérie ou les fièvres typhoïdes. Selon Hardy, cette association d'un lieu précis avec le développement de la maladie permet le développement d'une médecine préventive, puisque pour éviter la contagion, il suffit d'éliminer le milieu dans lequel la maladie se propage³⁷. Dès lors, le développement d'une conception environnementale de la propagation des maladies amène l'élaboration d'une prophylaxie moderne, une médecine qui veut prévenir l'apparition d'épidémies plutôt que d'avoir à endiguer leur évolution.

Pour situer la pensée sanitaire au sein du système impérial britannique, il est impossible de passer sous silence les recherches de Peter Baldwin. Il démontre comment une approche hygiéniste vis-à-vis de la contagion permet aux autorités sanitaires de favoriser les intérêts commerciaux britanniques à l'étranger. Effectivement, alors que les interventions quaranténaires de certains pays peuvent ralentir le commerce des marchandises en obligeant l'isolement de tous les navires qui mouillent dans un port infecté, l'approche sanitaire britannique, prenant tout son sens dans les années 1870 avec la création de la *Port Sanitary Authority*, se concentre

³⁶ Voir Anne Hardy, *The Epidemic Streets: Infectious Disease And The Rise Of Preventive Medicine, 1856-1900*, Oxford University Press, 1993, 325 p. ; et *Idem*, « Smallpox in London : Factors in the Decline of the Disease in the Nineteenth Century », *Medical History*, vol. 27, 1983, p. 111-138.

³⁷ Anne Hardy, *The Epidemic Streets*, *op. cit.*, p. 1-4.

sur l'isolement des malades et l'inspection des navires qui auraient pu être contaminés. Ce faisant, les navires et les marchandises peuvent continuer leur chemin beaucoup plus rapidement, ce qui favorise le développement de l'économie impériale³⁸. Par conséquent, selon Baldwin, le libéralisme économique britannique influence directement les interventions gouvernementales en santé publique.

Problématique et méthodologie

L'objet de cette étude ne se limite pas aux événements entourant l'épidémie de peste bubonique à Hong Kong. À la fin du XIX^e siècle, la Grande-Bretagne commence à utiliser le plein potentiel de son nouveau système national de prophylaxie. L'étendue de l'Empire d'outre-mer et l'augmentation des déplacements à travers le réseau maritime britannique augmente fortement le risque d'introduction de maladies contagieuses en Grande-Bretagne. Aussi, suite aux épidémies de choléra des années 1830 et de variole des années 1870, différentes philosophies médicales se sont développées. Les penseurs qui s'intéressent au fonctionnement de la contagion, comme Edwin Chadwick, deviennent des membres importants du gouvernement, ce qui leur permet d'orienter les décisions du pays en matière de santé publique.

Dans les différentes colonies et dépendances britanniques, les autorités coloniales adoptent également toutes sortes de méthodes de prévention et de contrôle des épidémies élaborées sous l'influence des nouvelles théories sanitaires provenant de la métropole. Cependant, la mise en œuvre des mesures inspirées par ces théories est habituellement circonscrite aux communautés d'expatriés, laissant les populations autochtones gérer eux-mêmes leurs propres problèmes de santé. Hong Kong n'est pas une exception et jusqu'à l'apparition de la peste en 1894, les nouvelles méthodes prophylactiques britanniques ne s'appliquaient pas à la population chinoise de la colonie. Avant l'épidémie, les résidents chinois de Hong Kong sont seulement

³⁸ Peter Baldwin, *Contagion and the state in Europe, 1830-1930*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999, p. 180-210.

soignés à l'hôpital de médecine traditionnelle chinoise *Tung Wah*, fondé en 1869. Depuis son installation à Hong Kong en 1842, le gouvernement colonial n'offre qu'une quantité limitée de services médicaux aux Chinois, les réservant plutôt aux Européens et aux troupes indiennes mises en garnison dans la colonie. C'est seulement après une publication dans les journaux locaux décrivant la situation sanitaire désastreuse des quartiers populaires chinois qu'on décide de construire l'hôpital *Tung Wah*. Toutefois, cet établissement est créé non pas par les Britanniques mais par les membres de l'élite chinoise marchande qui ont rassemblé les fonds nécessaires³⁹.

Jusqu'en 1894, les idées médicales développées en Grande-Bretagne et la pensée médicale chinoise évoluent donc dans deux univers séparés. Pendant les premières années de l'existence de la colonie, cette division évite les tensions culturelles qui auraient pu venir d'une cohabitation plus serrée de ces rhétoriques sanitaires. Alors que les Britanniques perçoivent la maladie comme la conséquence d'un environnement malsain, la perspective médicale et, par le fait même, la prophylaxie chinoise, l'explique à travers plusieurs traditions complémentaires. D'un côté, la maladie est comprise comme un dérèglement des énergies personnelles, ce qui encourage les médecins chinois à prescrire des traitements qui doivent rétablir l'équilibre corporel intérieur des patients. Parallèlement, la maladie et les épidémies sont aussi considérées comme un châtement divin qui est imposé à la population pour la punir de crimes spirituels. Ainsi, en raison de la coexistence de plusieurs traditions, il est habituel que les autorités décident d'adopter les approches reflétant les différentes croyances locales. Les fonctionnaires chinois rendent disponibles de nombreuses ressources d'aide à la population, mais laissent décider lesquelles utiliser.

Or, l'arrivée de la peste à Hong Kong force le gouvernement britannique à agir et à s'occuper de la santé de la population chinoise. Cependant les autorités britanniques

³⁹ John M. Carroll, *A concise History of Hong Kong*, op. cit., p. 40.

et la population chinoise ne perçoivent pas la santé publique et les limites de l'intervention gouvernementale dans la gestion des crises sanitaires de la même manière. C'est là que nous poserons les jalons de notre questionnement. De fait, comment les nouvelles idées sur la prophylaxie britanniques interagissent-elles avec les conceptions chinoises traditionnelles de la maladie, de ses origines et de sa propagation, dans le contexte de l'épidémie de la peste bubonique à Hong Kong en 1894 ? Comment ces différences culturelles ont-elles contribué à l'expansion de la crise de santé publique à Hong Kong à la fin du XIX^e siècle ? Pour répondre à ces questions, nous proposerons, dans cette recherche, que l'exode massif de la population chinoise de Hong Kong pendant l'épidémie n'est pas causé par l'adoption de mesures de prophylaxie occidentales, mais plutôt par une incompréhension généralisée entre les autorités médicales britanniques et les habitants chinois de Hong Kong. Si le gouvernement hongkongais avait introduit ses mesures différemment, l'ampleur de l'hémorragie de population et, par conséquent, son impact économique sur la colonie auraient été moindres.

Par ce travail, nous tenterons de comprendre comment la pensée sanitaire promue par le gouvernement colonial réussit à se développer dans le milieu britannique. Ensuite, nous essaierons d'expliquer les convictions et les croyances liées à l'imaginaire sanitaire chinois et de découvrir leur influence sur les attentes de la population à l'égard des interventions de l'élite et du gouvernement. Ainsi, en retraçant la façon de penser la maladie, l'épidémie et la prophylaxie de l'administration britannique et de la population chinoise, nous pourrions évaluer leur interaction dans le milieu de cohabitation unique qu'est Hong Kong à la fin du XIX^e siècle. De plus, en étudiant les événements de la crise de peste bubonique de 1894, il nous sera possible d'évaluer l'influence du manque d'adaptation culturelle des mesures prophylactiques sur l'évolution de la crise qui se traduit entre autres par des graves problèmes

démographiques. En effet, l'épidémie qui mène au décès de 2500 hongkongais⁴⁰ et à la fuite de 80 000 personnes⁴¹ sur les 180 000 Chinois qui habitent Hong Kong⁴² a causé un ralentissement considérable de l'économie de la colonie. Une nouvelle flambée épidémique de peste bubonique se produit en 1896, soit deux ans plus tard, et fait près de 1200 victimes⁴³ sans toutefois entraîner d'exode de population vers le continent. Étrangement, les autorités coloniales ne changent pas les mesures sanitaires de manière significative au cours de ce laps de temps. Cette recherche tentera donc de démontrer que les conséquences négatives de la crise de 1894 ne proviennent pas du fait que la médecine chinoise traditionnelle soit incompatible avec la nouvelle prophylaxie britannique, mais plutôt du fait que les autorités sanitaires coloniales manquaient de compétences interculturelles pour gérer une crise sanitaire de cette ampleur.

Les sources primaires sur lesquelles repose cette recherche soulignent effectivement les différences qui existent entre les rhétoriques médicales chinoise et britannique et les tensions qui en découlent. L'analyse des sources gouvernementales britanniques, soit les rapports du gouvernement colonial hongkongais et les correspondances du *Colonial Office* concernant la colonie, nous permettra de mieux comprendre l'attitude du gouvernement envers la population chinoise. Les Chinois y sont souvent présentés comme des individus profondément superstitieux qui s'accommodent bien de la saleté. Dans la perspective des autorités médicales, les *coolies* chinois, c'est-à-dire le

⁴⁰ HKGRO, Hong Kong Government Gazette, 1894, Legislative Council n° 10, 8 décembre 1894. <http://sunzi.lib.hku.hk/hkgro/view/g1894/646060.pdf> (13 octobre 2015).

⁴¹ Les documents gouvernementaux consultés donnent des estimations différentes, entre 50 000 et 80 000, cf. HKGRO, Sessional papers, 1894, n° 151, Governor's Despatch to the Secretary of State with reference to the Plague, 20 juin 1894. <http://sunzi.lib.hku.hk/hkgro/view/s1894/1414.pdf>, (15 novembre 2015) / HKGRO, Hong Kong Government Gazette, 1894, Legislative Council n° 10, *op. cit.* Dans sa correspondance avec le secrétaire aux colonies à Londres, le gouverneur de la colonie évalue le nombre de Chinois qui ont quitté Hong Kong pendant l'épidémie, à 50 000 - 60 000 personnes. Toutefois, cette estimation a été faite une fois que la crise s'est calmée, quand une partie des « réfugiés de la peste » sont revenus à Hong Kong, cf. Carol Ann Benedict, *Bubonic Plague in Nineteenth Century China*, *op. cit.*, p. 145, ou Pui-Tak Lee, *loc. cit.*, p. 113.

⁴² Sutphen, « Not What, but Where », *loc. cit.*, p. 85.

⁴³ Carol Ann Benedict, « Bubonic plague in nineteenth-century China », *loc. cit.*, p. 136.

groupe de travailleurs contractuels et temporaires qui forment la majorité de la population chinoise hongkongaise à cette époque, sont des ignorants prêts à croire toutes les rumeurs qui peuvent circuler dans les rues de Hong Kong. Dès lors, plusieurs rapports gouvernementaux britanniques adoptent un ton paternaliste. On y stipule que les autorités doivent imposer les mesures sanitaires aux Chinois, car ils sont eux-mêmes incapables d'adopter un comportement responsable dans le domaine de la santé publique⁴⁴.

En même temps, les sources gouvernementales fournissent aussi quelques renseignements précieux sur la perspective chinoise de la crise sanitaire de 1894, puisque certains commentateurs prennent le temps de s'intéresser à la conception chinoise de la maladie et de ses causes. Les débats du conseil législatif contiennent notamment les interventions du seul Chinois qui, à l'époque, siège au conseil de la colonie, Ho Kai. Médecin de formation, il fait ses études en Grande-Bretagne et essaie de prévenir le gouvernement des tensions que les différentes mesures adoptées par le conseil peuvent causer à Hong Kong.

À ces sources de nature administrative s'ajoutent les rapports de médecins occidentaux. Certains d'entre eux travaillent pour les Douanes impériales chinoises contrôlées à cette époque par les Britanniques, d'autres sont venus en Chine comme missionnaires et travaillent dans des hôpitaux et des cliniques. Effectivement, les Douanes impériales maritimes chinoises, formées en 1854 à Shanghai en collaboration avec les puissances coloniales, engagent des médecins occidentaux pour inspecter les ports chinois qui sont ouverts au commerce international⁴⁵. À la suggestion des médecins qui y travaillent, les Douanes publient dès 1870 un rapport

⁴⁴ Voir notamment le rapport du docteur Lawson sur la peste bubonique dans lequel il décrit : « The habits of the people are filthy, and their surroundings are correspondingly filthy », dans HKGRO, Sessional Papers, 1895, n° 175, Hong Kong Medical Report on the Epidemic of Bubonic Plague in 1894, 2 mars 1895, <http://sunzi.lib.hku.hk/hkgro/view/s1895/1444.pdf> (15 septembre 2015).

⁴⁵ Henri Cordier, Les Douanes impériales maritimes chinoises, Paris, comité de l'Asie française, 1902, p. 4-12, <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k9444004/f5.image>. (8 janvier 2018).

biennuel sur l'état de santé des résidents étrangers et des Chinois de ces ports⁴⁶. Dans ces rapports, les médecins des Douanes décrivent les mesures adoptées par les fonctionnaires chinois pour arrêter les épidémies, ainsi que les croyances populaires sur les origines des différentes maladies. Certains d'entre eux, comme le docteur Rouffiandis, ont participé directement aux efforts des autorités chinoises destinés à combattre les épidémies de peste traversant le sud du pays au début du siècle. D'autres prennent des notes détaillées sur le type de traitements et de rituels que les Chinois utilisent pour freiner le développement de la peste⁴⁷.

Cependant, ces sources occidentales nous permettent de comprendre la perspective chinoise uniquement de façon indirecte. En décrivant les épidémies en Chine, plusieurs témoins occidentaux le font dans une perspective coloniale. Par exemple, le docteur James Cantlie, qui travaille à Hong Kong en 1894 et décrit la réaction de ses patients lorsqu'il pose des questions, mentionne que les Chinois semblent perdus et ne comprennent ses demandes que lorsqu'il utilise un ton impérieux. Il décrit leur regard d'incompréhension et l'associe à un des premiers symptômes de la peste, sans considérer la barrière de la langue comme une raison des hésitations et des difficultés de compréhension de ses patients⁴⁸. En analysant ces sources, il est donc très important de tenir compte de leurs limites et d'orienter nos recherches hors de cette perception parfois biaisée.

Finalement, les journaux de langue anglaise publiés à Hong Kong et à Shanghai, dont le *Hong Kong Daily Press*, le *Hong Kong Telegraph* et le *North China Herald*, offrent un aperçu du développement des événements au jour le jour. Ils rapportent les rumeurs qui circulent au sein des quartiers chinois de Hong Kong ainsi que les opinions des *coolies* pour mieux illustrer l'impact de l'épidémie sur la population

⁴⁶ Charles A. Gordon, *An epitome of the reports of the medical officers to the Chinese Imperial Maritime Customs Service, from 1871 to 1882*, Londres, Baillière, Tindal & Cox, 1884, p. xiii, <https://archive.org/details/cu31924023644234>. (8 janvier 2018).

⁴⁷ M. Rouffiandis, «Théories chinoises sur la peste», *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, n° 6, 1903, p. 342-347.

⁴⁸ James Cantlie, « The Plague in Hong Kong », *The British Medical Journal*, 25 août 1894, p. 423.

locale. Ils traduisent et publient également plusieurs articles qui ont d'abord paru dans les journaux chinois, ainsi que les commentaires des Chinois ayant reçu une éducation occidentale. Ces sources journalistiques nous permettent d'analyser des points de vue Chinois provenant de milieux différents sur ce qui devrait être fait pour mettre fin à l'épidémie⁴⁹.

Cette étude sera réalisée en trois chapitres. D'abord, nous retracerons l'évolution de la prophylaxie en Grande-Bretagne au XIX^e siècle afin de mieux comprendre comment les autorités coloniales hongkongaises perçoivent les épidémies et l'intervention nécessaire pour y mettre fin. Nous nous attarderons au développement d'une idéologie sanitaire mettant de l'avant l'impératif de l'assainissement des milieux de vie comme le seul moyen de combattre la maladie. Nous verrons ensuite comment cette perception de la santé publique est favorisée par l'idéologie libérale qui s'enracine alors dans l'imaginaire collectif britannique. Nous observerons également comment les découvertes médicales vont mener à un retour des mesures quaranténaires pourtant abandonnées au cours des siècles précédents et analyser les raisons de leur réapparition. Ainsi, en cernant les théories médicales britanniques populaires à la fin du XIX^e siècle et l'idéologie qui l'inspire, il sera possible de mieux comprendre les mesures mises en place par le gouvernement colonial pendant l'épidémie de 1894 ainsi que d'analyser leurs conséquences pour les résidents chinois de Hong Kong.

Dans le second chapitre, nous verrons comment la population chinoise conceptualise la transmission des maladies afin de cerner sa réaction envers les mesures d'interventions britannique en 1894. Nous observerons comment la cohabitation de traditions médicales et des croyances populaires influence les efforts que le gouvernement chinois déploie pour mettre un frein aux flambées épidémiques de

⁴⁹ Voir notamment l'opposition de Tse Tsantai à la façon dont le *Daily Press* présente les Chinois, puisque qu'il tient à souligner la différence entre les *coolies* qu'il dit ignorants et les Chinois éduqués dans HKPL, Old Hong Kong Newspapers, *Hong Kong Daily Press*, 30 mai 1894, p. 2. <https://mmis.hkpl.gov.hk/old-hk-collection> (15 janvier 2018).

différentes maladies. De plus, pour mieux comprendre les attentes de la population chinoise lors de la crise, nous analyserons l'importance des concepts philosophiques de bienveillance (*ren* [仁]) et de non-intervention (*wuwei* [无为]) dans la relation entre le gouvernement chinois et sa population, ainsi que l'impact de ces concepts sur le type d'interventions réalisées par les autorités chinoises lors d'épidémies. Ainsi, en examinant la compréhension chinoise de l'épidémie et en identifiant le type d'interventions gouvernementales que les Chinois associent à ce genre de crises, il sera possible de déterminer les raisons qui poussent plusieurs milliers d'entre eux à quitter Hong Kong durant l'été de 1894.

Finalement, le dernier chapitre portera sur le déroulement de l'épidémie de peste bubonique de Hong Kong en 1894. En retraçant les événements menant à la fuite des quelque 80 000 Chinois, nous analyserons les gestes posés par l'administration britannique ainsi que l'attitude des responsables sanitaires envers la population chinoise. En comparant les idéologies sanitaires chinoise et britannique, nous explorerons l'influence du niveau de compétence interculturel de l'administration sur le développement de la maladie. Finalement, nous comparerons la gestion de l'épidémie de 1894 avec celle de 1896 durant laquelle les interventions étaient presque identiques, mais n'ont pas mené à un exode massif des habitants.

CHAPITRE I

LA PROPHYLAXIE EN GRANDE-BRETAGNE

Les notions non complètes, c'est-à-dire épidémiologiquement et bactériologiquement insuffisantes sur une maladie infective, dont on a à se défendre, mettent toujours dans l'embarras le plus sérieux les Gouvernements qui, avant que du commerce, ont le devoir de s'occuper, avec le plus grand soin, des exigences impérieuses de la santé publique et, je pourrais ajouter aussi, de celles de l'ordre public parfois menacé, précisément parce que la lumière de la science n'intervient pas pour dissiper la peur et les préjugés qui dominent dans les populations⁵⁰.

En prononçant ce discours à la Conférence sanitaire internationale de Venise en 1897, professeur Santoliquido tentait ainsi de rappeler aux représentants des nations européennes que malgré l'agrandissement des empires coloniaux et l'augmentation des échanges commerciaux avec les régions plus éloignées du globe, il n'est pas possible d'assouplir les mesures sanitaires pour des raisons économiques. Les pays du sud de l'Europe, qui demandent d'introduire un contrôle plus strict sur les déplacements internationaux, partagent son opinion. Ils insistent pour que plusieurs mesures quaranténaires soient adoptées afin de contrôler l'entrée de personnes et de biens en provenance de l'« Orient ». Ces pays se trouvent plus près des foyers endémiques de maladies contagieuses comme le choléra, la fièvre jaune et la peste bubonique, ce qui augmente les risques de contagion en Europe⁵¹.

⁵⁰ Professeur Santoliquido s'adressant à la Conférence Sanitaire Internationale de Venise 17 février 1897, dans *Conférence Sanitaire Internationale de Venise, 16 février–19 mars 1897 : Procès-Verbaux*, Rome, Forzanie et Cie, 1897, p. 29.

⁵¹ P. Baldwin, *Contagion and the state in Europe, 1830-1930*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999, p. 208.

À la même époque, l'Inde britannique et la Chine sont confrontées à la troisième pandémie de peste bubonique. Le souvenir de la peste noire et les conséquences des plus récentes épidémies de choléra en Europe au XIX^e siècle poussent certains États occidentaux à renforcer leurs efforts de prophylaxie. Cette ambition s'oppose au dessein des puissances coloniales qui ont avantage à faciliter les échanges avec leurs territoires d'outre-mer.

Au cours du XIX^e siècle, les nations européennes impérialistes agrandissent et consolident leurs colonies à l'étranger. Après la victoire de Trafalgar en 1805, la Grande-Bretagne s'impose comme la plus grande puissance navale de la planète : jusqu'en 1914, aucune autre marine n'est de taille à s'opposer à la *Royal Navy*⁵². La suprématie navale britannique assure la sécurité d'un réseau d'échanges à l'échelle de la planète et lui permet de contrôler une partie importante du commerce international. Or, c'est grâce à cette hégémonie maritime que la Grande-Bretagne parvient à mettre en place un système économique fondé sur la finance et le transport océanique.

L'empire d'outre-mer ainsi construit devient une des sources principales de la prospérité britannique⁵³. Londres étend alors son influence à l'aide du commerce avec ses colonies. Un accès facile au reste du monde devient essentiel au maintien du système colonial britannique. Or, une augmentation des interactions avec l'extérieur signifie que la Grande-Bretagne court le risque de voir de nouvelles maladies en provenance de l'étranger se propager rapidement sur son territoire.

Dans ce chapitre, nous verrons comment la Grande-Bretagne gère les crises de santé publique au XIX^e siècle. En observant l'évolution du réseau national de santé publique, nous analyserons le rôle de l'idéologie libérale, informée par l'interdépendance commerciale des nombreuses parties de l'Empire britannique, dans le développement d'une idéologie de santé publique propre au Royaume-Uni. De plus,

⁵² Voir notamment Brian Lavery, *Nelson's Navy, Revised and Updated : The Ships, Men, and Organization, 1793-1815*, Londres, Naval institute Press, 1989, 352 p.

⁵³ John Darwin, *op. cit.*, p. 53.

nous étudierons les mesures que le gouvernement et les autorités sanitaires adoptent pour éviter la propagation de maladies en Grande-Bretagne.

1.1. L'évolution de la prophylaxie britannique

Le système de santé publique évolue de façon significative au cours de l'histoire de la Grande-Bretagne. On peut diviser l'évolution de la prophylaxie britannique en quatre périodes différentes. D'abord, il faut s'attarder aux origines de la prophylaxie à travers les différents règlements sanitaires, qui apparaissent en Angleterre à partir du XVI^e siècle, sous le règne d'Henri VIII. Ensuite, la décision de placer la santé publique sous l'égide de l'organisation d'aide aux démunies, la *Poor Law*, permet aux différentes mesures prophylactiques de s'étendre à l'échelle nationale. Toutefois, elle contribue également à la propagation de l'idée que les interventions sanitaires ne doivent concerner que les pauvres, perçues comme les principales victimes des maladies contagieuses. Finalement, les tentatives de certains administrateurs de la *Poor Law* pour réduire les coûts des interventions sanitaires créent des problèmes structurels importants au sein du système de santé publique national émergent. Ainsi, avec la séparation de la *Poor Law* de la gestion de la santé publique, débute l'ère de la prophylaxie britannique moderne, qui débouche sur la création d'un véritable système de prophylaxie nationale.

1.1.1. Les origines de la prophylaxie en Angleterre et en Grande-Bretagne

Les épidémies ont longtemps été un problème majeur en Grande-Bretagne. Avant le XIX^e siècle, la gestion des maladies s'organisait à l'échelle locale. Bien que les épidémies de peste bubonique poussent le gouvernement à adopter des lois sanitaires déjà au XVI^e siècle, sous le règne d'Henri VIII⁵⁴, l'application de ces lois se fait au niveau des paroisses et non pas à l'échelle nationale. La prophylaxie anglaise de

⁵⁴ W. J. Simpson, *A Treatise On Plague Dealing With The Historical, Epidemiological, Clinical, Therapeutic And Preventive Aspects Of The Disease*, Cambridge, Cambridge university press, 1905, p. 340.

l'époque, c'est-à-dire l'ensemble des mesures de prévention et de contrôle des maladies contagieuses, s'inspire des politiques sanitaires des cités italiennes. Ces politiques préconisent que tous les malades et toutes les personnes soupçonnées d'être atteintes soient enfermées dans une même maison dont l'accès est bloqué⁵⁵. Des pratiques similaires sont en vigueur en Grande-Bretagne, et ce, jusqu'à la dernière épidémie de peste londonienne en 1665. L'administration des villes met les malades en quarantaine, mais au lieu de les isoler dans un endroit prévu à cet effet, elle condamne les demeures infectées et empêche les personnes qui les habitent de les quitter. Ainsi, pendant l'épidémie de peste de 1665, qui fait plus de 68 000 victimes, le *Lord Mayor* de Londres, John Lawrence, organise des visites au porte-à-porte dans toute la ville pour identifier les personnes malades⁵⁶. On les enferme ensuite à l'intérieur de leur maison qu'on traite par fumigation, et on brûle leur literie. Dès le XVII^e siècle, à l'image de ce qui se fait à Venise, les autorités londoniennes commencent à mettre en quarantaine les navires en provenance de ports touchés par les épidémies. Les vaisseaux sont isolés pour une période de quarante jours, ce qui doit empêcher les maladies de se propager en Grande-Bretagne⁵⁷.

Au XVIII^e siècle, la peste bubonique disparaît progressivement des îles britanniques et ces pratiques quarantenaires tombent en désuétude. Parallèlement, l'espérance de vie de la population augmente significativement et les autorités relèguent au second plan la gestion de la santé publique⁵⁸. La Révolution industrielle change dramatiquement cette situation. Avec le début de l'exode rural et l'augmentation de la densité de population dans les zones urbaines, les villes britanniques deviennent un terreau fertile pour le développement de maladies contagieuses. Toutefois, au début du XIX^e siècle, il n'existe toujours pas de structure centralisée qui s'occupe de la

⁵⁵ W. J. Simpson, *op. cit.*, p. 344.

⁵⁶ *Ibid.*, p. 30.

⁵⁷ *Ibid.*, p. 342-344.

⁵⁸ Jane Jenson, « Getting to Sewers and Sanitation : Doing Public Health within Nineteenth-Century Britain's Citizenship Regimes », *Politics & Society*, vol. 36, n° 4, décembre 2008, p. 537.

prévention et du contrôle des épidémies en Grande-Bretagne. À l'arrivée du choléra en 1831, le pays ne possède aucun protocole officiel pour gérer les crises sanitaires. En réponse aux ravages de la maladie, le gouvernement décide en 1834 d'établir un comité central temporaire pour gérer la crise, le *Board of Health*⁵⁹. Cependant, la santé publique relève des autorités locales et rien ne relie leurs ressources sanitaires à ce comité nouvellement créé. Le *Board of Health* ne peut donc pas s'appuyer sur une structure nationale, ce qui réduit considérablement son champ d'action et, par conséquent, l'efficacité de ses interventions.

1.1.2. Les *Poor Laws* et la création d'un système national

Au début du XIX^e siècle, la seule structure nationale et complète de services sociaux est celle des *Poor Laws*. Ce système remontant à l'époque élisabéthaine regroupe les différents efforts d'aide aux démunis réalisés par les paroisses britanniques. La *Poor Law* de 1601 donne aux paroisses, l'échelon local du gouvernement anglais, la responsabilité de s'occuper des pauvres au sein de la communauté. L'administration paroissiale doit offrir une aide directe aux invalides et aux personnes âgées ainsi que fournir une occupation aux nécessiteux qui sont capable de travailler. La loi prévoit également que toutes les personnes malades peuvent recevoir des soins et des médicaments gratuitement. Toutefois, l'État ne fait presque rien pour orienter ou réguler les pratiques locales et la paroisse doit organiser elle-même le financement de ses activités charitables⁶⁰. Les *Poor Laws* du XVIII^e siècle ne forment donc pas une organisation à proprement parler. C'est l'ensemble des règlements nationaux qui, en s'ajoutant au fil des années, vient former une structure globale mais complexe. Chaque paroisse doit créer et financer elle-même un hospice et doit décider quels services elle va offrir aux demandeurs d'aide public. Au début du XIX^e siècle,

⁵⁹ Marjaana Niemi, *Public Health and Municipal Policy Making Britain and Sweden, 1900–1940*, Aldershot, Ashgate, 2007, p. 52.

⁶⁰ William P. Quigley, « Five Hundred Years of English Poor Laws, 1349–1834 : Regulating the Working and Nonworking Poor », *Akron Law Review*, n° 30, 1996, p. 84-86.

l'absence de normes communes dans ce domaine incite le gouvernement à centraliser l'administration des hospices pour en faire un système cohérent. En 1834, le parlement adopte la *New Poor Law*, qui réunit les lois qui ont été mises en œuvre durant les siècles précédents pour en faire un ensemble plus structuré. Elle remplace les magistrats locaux par des commissions paroissiales qui supervisent l'aide apportée aux pauvres. Ces *Board of Guardians* ont pour but de « décourager l'oisiveté » en offrant la possibilité aux nécessiteux de travailler dans les hospices pour les pauvres, les *Workhouses*⁶¹.

La *New Poor Law* centralise l'administration de tous les *Board of Guardians* et crée ainsi le premier réseau sanitaire à l'échelle nationale. Puisque les hospices et les *Guardians of the Poor*, les membres des *Board of Guardians*, sont présents dans toutes les paroisses britanniques, ils deviennent ainsi la meilleure option pour le gouvernement qui souhaite établir un système national de santé publique. De plus, les autorités sont persuadées que les problèmes d'hygiène et de pauvreté sont étroitement liés. Puisque la *Poor Law* possède un réseau de commissaires qui connaissent déjà la situation des plus démunis de leurs districts, le gouvernement décide donc de lui confier le mandat additionnel – la gestion de la santé publique⁶².

1.1.3. L'association entre pauvreté et santé publique, une perception qui demeure

La décision d'organiser les interventions sanitaires sous l'égide de la *Poor Law* influence la perception populaire du programme de prophylaxie publique pendant tout le XIX^e siècle. Comme les responsables de santé publique sont d'abord chargés de l'assistance sociale, il arrive souvent qu'ils offrent leurs services médicaux aux *workhouses*. Dès lors, un client des services de santé se retrouve nécessairement

⁶¹ Les *workhouses* étaient des institutions qui avaient pour but de loger, de nourrir et de faire travailler les pauvres qui ne pouvaient vivre de leurs propres moyens. Les officiers de la *Poor Law* offraient la majorité de leurs services à partir de ces hospices ; Jane Jenson, *loc. cit.*, p. 543.

⁶² A. K. Chalmers, « The Progress of Sanitation in Great Britain », *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 1905, p. 71.

marginalisé et associé au même stéréotype social qui est véhiculé à propos des nécessiteux qui ont recours à l'aide de la *Poor Law*⁶³.

Comme le mentionne A. K. Chalmers, un *Medical Officer of Health* de Glasgow, dans son survol des progrès sanitaires britanniques au XIX^e siècle, « *Poor law legislation, rightly interpreted, aims at the repression of pauperism and the encouragement of thrift* »⁶⁴. L'objectif principal de la *Poor Law* est donc d'encourager la population à travailler, car le gouvernement considère que l'oisiveté qu'on dénonce comme amoral, voire immoral, est une source de l'instabilité sociale. Dès lors, recevoir de l'aide gouvernementale est perçu comme honteux au sein de la population. Pour cette raison, de nombreux administrateurs de la *Poor Law* veulent réduire au maximum leurs dépenses en aide aux démunis afin de mieux paraître au regard du gouvernement central. De la même façon, puisque les comités paroissiaux de la *Poor Law* sont maintenant responsables des réformes de la santé, ils tentent activement de réduire leurs services médicaux et d'inciter la population à se tourner vers le secteur privé.

À l'époque, l'une des aspirations du libéralisme britannique est de réduire l'action directe du gouvernement central pour encourager les initiatives locales. Tous les actes parlementaires qui servent à réformer le système de santé publique sont donc rédigés dans cet esprit. La tâche de les mettre en place et de les financer est laissée aux autorités régionales⁶⁵. Ainsi, dans les régions, ce sont les propriétaires terriens et non pas le gouvernement central qui organisent et qui financent, avec leurs impôts, les projets d'intérêt commun. Or, très souvent, ils refusent de financer les améliorations en santé publique et décident de revoir à la baisse le volume des investissements

⁶³ E. P. Hennock, « Vaccination policy against smallpox, 1835-1914 : a comparison of England with Prussia and Imperial Germany », *Social History of Medicine*, 1998, p. 56.

⁶⁴ A. K. Chalmers, *loc. cit.*, p. 72.

⁶⁵ Jane Jenson, *loc. cit.*, p. 539.

nécessaires pour la réalisation de ces projets⁶⁶. Par exemple, les autorités sanitaires de la paroisse de Brixworth dans le Northamptonshire refusent de réaliser les travaux demandés par la *Public Health (water) Act* de 1878⁶⁷, en affirmant que la plupart des améliorations étaient inutiles. Suite à ce refus, le système d'égouts local n'est pas modernisé, ce qui laisse le drain principal du village se vider directement dans les champs à l'extérieur des limites municipales en augmentant ainsi les risques de pollution des puits d'eau potable. Les autorités de Brixworth expliquent leur réticence à financer ces projets par le fait que les personnes profitant de ces améliorations sont celles qui ne travaillent pas et qui réclament de l'assistance sociale. Elles s'imaginent qu'à long terme les taxes vont augmenter en bénéficiant uniquement aux récipiendaires de l'aide sociale⁶⁸. En suivant cette logique, les autorités des nombreuses paroisses et tout particulièrement les comités de la *Poor Law* arrivent à contourner la loi et à ne pas réaliser les projets de modernisation pourtant exigés par les actes de santé publique nouvellement adoptés.

Même après la réorganisation de l'administration locale par le *Local Government Act* (1871) et le *Public Health Act* (1872), les anciens gérants de la *Poor Law*, les *Guardians of the Poor*, continuent de dominer l'administration sanitaire⁶⁹. Les comités paroissiaux responsables de la *Poor Law*, les *Board of Guardians* sont abolis au profit des *Local Government Boards*. Cette nouvelle entité de gouvernance locale vient remplacer et rassembler les pouvoirs qui sont jusque-là détenus par différents fonctionnaires au sein des paroisses. Avec leur nouvelle autorité, les membres du *Local Government Board* peuvent désormais décider de réduire les dépenses de la paroisse pour l'aide aux démunis et pour les services sanitaires. Pour ce faire, ils profitent de certaines clauses des actes de santé publique. Par exemple, l'une d'entre

⁶⁶ Elizabeth T. Hurren, « Poor Law versus Public Health : Diphtheria, Sanitary Reform, and the 'Crusade' against Outdoor Relief, 1870–1900 », *Social History of Medicine*, vol. 18, n° 3, 2005, p. 400.

⁶⁷ Il s'agit de la politique sanitaire qui demandait aux contribuables de financer un accès universel à l'eau potable. Elle règlementait aussi l'évacuation des égouts afin de ne plus contaminer les réservoirs d'eau. Voir Elizabeth T. Hurren, *loc. cit.*

⁶⁸ *Ibid.*, p. 407-408.

⁶⁹ *Ibid.*, p. 404.

elles leur permet de réduire le nombre de professionnels de la santé qualifiés au sein de leur région. En remplaçant les *Medical Officers of Health*, des médecins qualifiés, par des *Inspectors of Nuisances*, les *Local Government Boards* peuvent réduire significativement leurs dépenses salariales⁷⁰. L'objectif de ces coupures est à la fois de baisser les redevances des contribuables, mais aussi d'améliorer l'image de la communauté aux yeux du pouvoir central. En réduisant leurs dépenses, les *Local Government Boards* font preuve d'une bonne administration qui travaille à éliminer l'oisiveté au sein de la communauté qu'ils gèrent.

L'assistance sociale n'est pas seulement perçue négativement par les contribuables qui la financent. L'idée qu'il est honteux de se présenter aux *workhouses* s'étend progressivement à l'ensemble de la société britannique. Par conséquent, les autres services offerts par la *Poor Law*, comme la vaccination, l'hospitalisation de certains patients ou encore la consultation des *Poor Law Medical Officers*, sont teintés du même effet de souillure sociale. Jusque dans les années 1880, l'aide des autorités sanitaires est considérée comme quelque chose de honteux et de dégradant, car les gens qui y ont recours sont vu comme moralement et socialement inférieurs au reste de la société. En fait, il est couramment admis que les services médicaux offerts gratuitement par le gouvernement sont de moindre qualité que ceux offerts par les cliniques privées, les charités ou les mutualités⁷¹. Pour cette raison, l'instauration d'un système de prophylaxie sous l'égide de la *Poor Law* est sujette à de nombreuses embûches.

⁷⁰ Les *Medical Officers of Health* sont employés par le *Local Government Board* pour administrer la santé publique au sein des paroisses. Les *Inspectors of Nuisances* sont des fonctionnaires locaux dont la tâche est de visiter différents lieux dans la paroisse pour déterminer les risques à la santé publique qui s'y trouvent. Le gouvernement local peut décider de jouer avec le ratio de *Medical Officers of Health* et d'*Inspectors of Nuisances* dans le but de réduire la masse salariale du système de santé publique. Contrairement aux inspecteurs, les officiers médicaux doivent posséder une formation en médecine. Par conséquent, leur salaire représente une dépense plus importante pour le *Local Government Board*. Dès lors, il arrive que l'embauche de *Medical Officers of Health* soit minimisée par le gouvernement local. Elizabeth T. Hurren, *loc. cit.*, p. 405.

⁷¹ Marjaana Niemi, *op. cit.*, p. 53.

Ainsi, ce préjugé populaire envers les services de la *Poor Law* se fait ressentir tout au long de la campagne d'éradication de la variole qui a marqué la seconde moitié du XIX^e siècle. Dès 1840, la première *Vaccination Act* rend l'accès au vaccin contre la variole gratuit pour les enfants⁷². Devenue obligatoire en 1853, la vaccination de tous les enfants nécessite la création des postes de vaccination. Toutefois, les responsables décident de nommer les *Poor Law Medical Officer*, les médecins offrant des services à partir des *workhouses*, comme vaccinateurs pour réaliser des économies. Par conséquent, pour recevoir le vaccin, les familles doivent se présenter aux hospices de la *Poor Law*. Beaucoup de gens préfèrent alors s'adresser à un médecin privé, ce qui rend la présence de certaines cliniques de vaccination inutile, car personne ne s'y rend⁷³. Par le fait même, la collecte de données précises sur le développement de la maladie devient une tâche délicate. Les *Poor Law Medical Officers* qui recueillent des informations sur le nombre de personnes vaccinées et produisent ensuite des rapports pour le gouvernement ne peuvent pas accéder aux données des médecins privés⁷⁴. Dans ces conditions, il devient donc très difficile, particulièrement à Londres, d'avoir des renseignements exhaustifs sur la population vaccinée. Un article du *Lancet* du 25 février 1871 souligne l'ampleur de ce problème :

For the most part they (Medical Officers of Health) have a knowledge only of those cases which are reported by the Poor-law medical officers; in a few instances they obtain a list of cases attended at the public medical charities in the district; but, without exception, they express an entire ignorance as to the cases attended by private practitioners⁷⁵.

En décourageant la population d'utiliser les services fournis par les *Poor Law Medical Officers*, les autorités sanitaires réduisent l'accessibilité aux informations

⁷² G. Mooney, « 'A tissue of the most flagrant anomalies' smallpox vaccination and the centralisation of sanitary administration in nineteenth century London », *Medical History*, vol. 41, n° 3, 1997, p. 268.

⁷³ *Ibid.*, p. 272.

⁷⁴ Anne Hardy, *The Epidemic Streets : Infectious Disease and the Rise of Preventive Medicine, 1856-1900*, Oxford, Oxford University Press, 1993, p. 121.

⁷⁵ « The Small-pox epidemic », *The Lancet*, vol. 1, n° 2478, 25 février 1871, p. 284.

nécessaires pour orienter la prophylaxie. L'absence d'informations précises rend donc plus difficile le contrôle épidémiologique des grands centres urbains.

1.1.4. Problèmes structurels et refonte du réseau de prophylaxie nationale

L'effet paupérisant de l'assujettissement de la santé publique aux autorités d'aide sociale continue de mettre un frein aux efforts de prophylaxie jusqu'à la refonte du pouvoir public en 1870. Avant que ne soient instaurés les *Local Government Boards* et que ne soient nommés leurs gestionnaires de santé publique, les *Medical Officers of Health*, un problème majeur de communication continue à freiner la réaction des autorités face aux épidémies. La situation est particulièrement problématique dans le cas de maladies hautement contagieuses. Par exemple, au milieu du siècle, la profession médicale reconnaît déjà que l'aspect contagieux de la variole nécessite l'isolement des premiers patients et la vaccination de leurs proches⁷⁶. Pour que l'isolement soit efficace, il est essentiel que tous les malades y soient assujettis rapidement. Un système de notifications rapides est nécessaire afin d'assurer la réaction immédiate des autorités. Toutefois, sous la *Poor Law*, le système est lent et inefficace, accentuant des épidémies qui pourraient être contrôlées.

Ainsi, en 1857, l'inefficacité de ce modèle sanitaire provoque une sérieuse épidémie de variole dans la ville de Cardiff. Dès le mois de mars, sept cas de variole sont découverts et s'avèrent fatals. Le mois suivant, ce sont 22 patients qui décèdent de la même maladie. Pourtant, ce n'est qu'au mois de mai que les autorités commencent les opérations de prévention, alors que 119 personnes ont déjà succombé à la maladie. L'inefficacité du système préventif explique en grande partie cette lenteur de réaction de la part des autorités. Un médecin travaillant comme *Poor Law Officer of Health* ne peut pas intervenir directement auprès des patients atteints d'une maladie contagieuse

⁷⁶ « Poor Law Commissioners and the Vaccination Act », *The Lancet*, vol. 1, n° 1812, 8 mai 1858, p. 461.

sans que le *Poor Law Board* en soit averti au préalable. Ces formalités administratives ralentissent considérablement le fonctionnement du système de prévention en contribuant ainsi à la propagation de la maladie :

The Board is furnished (...) as speedily as possible with the Returns "showing the deaths from small-pox; and whenever it is thus" found that the disease prevails in any union⁷⁷, a letter of inquiry as to the cause of the attack and the state of vaccination is immediately dispatched to the guardians." Was there ever anything so absurd? The Board is furnished by the Registrar-General! But the Registrar-General himself only gets his Returns at the end of each quarter, and then nearly or quite a month is employed in making them up; so that by this system small-pox may be in a place for four months, and the authority charged with the prevention of it ignorant of its very existence⁷⁸.

Il est donc clair pour les médecins de l'époque que le système sous l'égide de la *Poor Law* ne permet pas de répondre adéquatement aux crises de santé publique. Le *Poor Law Board* est paralysé par un labyrinthe bureaucratique qui, dans le cas de Cardiff en 1857, permet à la maladie de faire des ravages pendant quatre mois avant que les autorités ne puissent réagir.

Ce problème est encore plus grave à Londres, en raison du chaos logistique qui règne dans la capitale. Les paroisses ne communiquent pas entre elles et la mise en œuvre des projets de santé publique représente un défi de taille. Lors de campagnes de vaccination des jeunes enfants, il arrive souvent que des familles soient obligées d'aller à un centre de vaccination situé dans un autre quartier considéré comme faisant partie de leur paroisse, même si l'établissement de la paroisse voisine est beaucoup plus près⁷⁹. Ce n'est qu'avec le *Metropolis Local Management Act* de 1855 que l'administration de la ville se centralise sous le *Metropolitan Board of Works*

⁷⁷ Le *Poor Law Union* est le terme utilisé spécifiquement pour le territoire géré par un *Poor Law Board* à partir de 1834. Pour des raisons de financement, certaines paroisses sont associées dans la gestion de la *Poor Law* et forment une *Union*. Une paroisse d'une assez grande taille pouvait être autonome dans sa gestion de la *Poor Law* ; Voir David Englander, *Poverty and Poor Law Reform in Nineteenth-Century Britain, 1834-1914 : From Chadwick to Booth*, Londres, Routledge, 2013, 153 p.

⁷⁸ « Poor Law Commissioners and the Vaccination Act », *loc. cit.*, p. 461.

⁷⁹ Anne Hardy, *The Epidemic Street*, *op. cit.*, p. 117.

pour pouvoir gérer la création de nouvelles infrastructures. Du même coup, la loi permet aux assemblées locales de choisir elles-mêmes leurs *Medical Officers of Health*, responsables de la gestion de la santé publique au niveau local.

Ainsi, d'un côté, la population est découragée de faire appel aux services sociaux en raison des stéréotypes négatifs associés à la *Poor Law* et ses services. De l'autre, les *Guardians of the Poor*, les administrateurs des comités de la *Poor Law*, n'étant pas des spécialistes de la santé, ne comprennent pas nécessairement comment répondre de manière adéquate aux crises sanitaires.

1.2. Le libéralisme et le *Sanitary Movement*

À la suite de leur séparation de la *Poor Law*, on assiste à la professionnalisation des autorités responsables de la santé publique. C'est le développement de l'idéologie libérale qui va aider à appuyer l'implantation d'un réseau de santé publique œuvrant dans le domaine de la prévention et du contrôle des épidémies. En démontrant l'avantage économique d'un système de santé professionnel, les penseurs médicaux vont encourager le gouvernement à créer la position de *Medical Officers of Health*. Ces derniers seront les premiers professionnels de la médecine engagés à l'échelle nationale pour travailler en santé publique qui vont mettre en place des mesures inspirées par les théories hygiénistes de l'époque. Cependant, bien que ces professionnels de la santé soient plus qualifiés que leurs prédécesseurs, l'influence de la *Poor Law* demeure présente dans l'imaginaire collectif et continue de limiter le champ d'action des *Medical Officers of Health* auprès de la population.

1.2.1. L'économie d'un système de santé publique

L'idée de nommer des professionnels médicaux pour aider les autorités locales à mettre en œuvre leurs politiques sanitaires vient du rapport sur la condition sanitaire des travailleurs britanniques rédigé en 1842 par Edwin Chadwick (1800-1890), un fonctionnaire de la *Poor Law* et l'un des principaux réformateurs de la santé publique

britannique du milieu du XIX^e siècle⁸⁰. Dès leur entrée en fonction, les *Medical Officers of Health* prennent les devants de la croisade sanitaire dont Edwin Chadwick se fait le champion. Effectivement, la pensée médicale évolue en faisant naître le *Sanitary Movement* qui est inspiré par la pensée utilitariste de Jeremy Bentham (1748-1832). Ce philosophe anglais propose de juger la morale d'un acte selon le bien qu'il procure au plus grand nombre⁸¹. Les penseurs appartenant à ce mouvement croient que la meilleure façon d'améliorer l'état de santé de la population britannique c'est d'employer des experts de l'hygiène publique au sein du gouvernement. Selon eux, seuls des spécialistes peuvent répondre adéquatement aux défis posés par la situation sur le terrain⁸².

Inspirées par l'idéologie libérale qui pénètre toutes les couches de l'administration publique de l'époque, les techniques de prophylaxie elles-mêmes changent. La décision de mettre de côté les anciennes mesures comme la mise en quarantaine et le cordon sanitaire⁸³, encore largement utilisées en Europe jusqu'à la moitié du XIX^e siècle, démontre une volonté de diminuer l'impact socioéconomique de ces techniques sur la population. Bien qu'utile pour combattre les maladies contagieuses, l'instauration d'un cordon sanitaire suscite une forte opposition au sein de la population urbaine⁸⁴. Ces mesures de prévention contraignantes perturbent le déroulement habituel des interactions au sein de la société et représentent un fardeau pour l'économie nationale. Pour cette raison, les nouveaux experts gouvernementaux

⁸⁰ Martin Gorsky, « Public Health Past and Present : Local leadership in public health : the role of the medical officer of health in Britain, 1872-1974 », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 61, n° 6, juin 2007, p. 468. Le rapport a été écrit alors qu'Edwin Chadwick travaillait pour l'organisation de la *Poor Law*. En contact direct avec les plus démunis, il trouvait que trop de personnes décédaient de maladies contagieuses qui pouvaient être évitées à condition d'instaurer un contrôle sanitaire efficace, voir : Edwin Chadwick, *Report On The Sanitary Condition Of The Labouring Population And On The Means Of Its Improvement*, London, 1842.

⁸¹ Ted Hinderich (dir.), *The Oxford Companion to Philosophy*, Oxford, Oxford University Press, 1995, p. 85-88.

⁸² V. Berridge et K. Loughlin, « Public Health History », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 57, n° 3, mars 2003, p. 164-165.

⁸³ La création d'une zone contrôlée pour éviter l'expansion d'une épidémie.

⁸⁴ Jane Jenson, *loc. cit.*, p. 537.

de la santé, les *Medical Officers of Health* orientent leurs interventions vers ce qu'ils considèrent comme la cause principale des épidémies - l'insalubrité des villes.

L'utilisation de l'argument économique pour justifier les programmes gouvernementaux de santé publique apparaît dès le début des réformes sanitaires de la *Poor Law*, poussée par Edwin Chadwick dans les années 1840. Bien que les réformateurs expliquent la mise en place de prophylaxie nationale d'un point de vue moral, la rentabilité d'un tel projet demeure l'argument principal qui sert à convaincre la population et le gouvernement de sa nécessité.

Comme le mentionne Edwin Lankester, un chirurgien londonien qui travaille sur la prévention du choléra, en 1860 : « preservation of human life is one of the first duties of a civil government »⁸⁵. Toutefois, ce devoir n'est pas nécessairement une priorité aux yeux des administrateurs locaux :

It has been the usual course of action in England to give the power of superintending the sanitary welfare of the population to the local authorities in the towns and parishes, but the remark applies very generally to these bodies, that they are acquainted with the value of almost everything better than the value of human life⁸⁶.

Lankester souligne l'importance des réformes sanitaires d'un point de vue économique en comparant chaque décès à une perte de revenus pour la société. Il va jusqu'à dire qu'il est possible d'estimer la perte économique subie par la communauté lors du décès prématuré de travailleurs en multipliant le nombre de morts par le prix minimal auquel un être humain peut être vendu ailleurs dans le monde⁸⁷. Il tente d'expliquer que le décès de tout individu en âge de travailler signifie forcément une perte de dynamisme économique. À l'inverse, l'élaboration d'une prophylaxie efficace encouragerait la prospérité économique en préservant la population active.

⁸⁵ Edwin Lankester, « Notes on recent Sanitary Legislation in the Metropolis », dans George W. Hastings (dir.), *Transactions of the National Association for the Promotion of Social Science 1860*, London, Victoria Press, 1861, p. 667.

⁸⁶ *Ibid.*, p. 667.

⁸⁷ *Ibid.*, p. 668.

De plus, les adeptes des réformes sanitaires argumentent qu'elles peuvent s'autofinancer. À court terme, l'élimination des fosses sanitaires et l'installation d'égouts modernes doivent permettre la récupération de tous les déchets urbains pour ensuite les transformer en engrais. L'augmentation de la productivité des terres agricoles rembourserait ainsi les investissements en infrastructures⁸⁸. Ironiquement, en Chine, on utilise les excréments humains comme engrais depuis très longtemps, un fait que les Européens n'ignorent pas. Ainsi, en décrivant les égouts de Paris dans *Les Misérables*, Victor Hugo remarque qu'en rejetant les déchets dans la Seine, la nation se prive d'un engrais exceptionnel et que la France aurait avantage à prendre exemple sur les paysans chinois pour améliorer la fertilité de ses terres⁸⁹. Toutefois, en Europe, beaucoup de médecins se prononcent contre cette idée en croyant que les réservoirs, vidés à différents intervalles par les paysans de la région, représentent une source dangereuse de miasmes toxiques facilitant le développement des maladies⁹⁰. Malgré cet avis défavorable des médecins occidentaux, les réformateurs britanniques songent à copier cette pratique agricole chinoise, car elle aurait permis d'augmenter la productivité des terres.

Les disciples de Chadwick justifient également leurs réformes par la réduction du déficit économique engendré par les maladies. Ainsi, selon Lankester, le décès d'une personne en âge de travailler prive la société d'une partie de sa force productrice⁹¹. Dès lors, à long terme, le coût social de mauvaises mesures d'hygiène dépasse celui qui est encouru par une société ayant des normes sanitaires plus élevées. Si la vie professionnelle s'allonge, les individus peuvent contribuer de façon plus efficace au développement de l'économie nationale. De plus, des normes plus basses augmentent la chance que les foyers perdent leur revenu principal, ayant pour conséquence directe

⁸⁸ P. Baldwin, *op. cit.*, p. 129.

⁸⁹ Victor Hugo, *Les Misérables*, Paris, Folio Classique, 1995 [1862], vol. 2, p. 645-649.

⁹⁰ John Dudgeon, *Disease of China : Their Causes, Conditions, and Prevalence, Contrasted with those of Europe*, Glasgow, Dunn & Wright, 1877, p. 9.
<https://archive.org/stream/diseasesofchinat00dudg#page/n3/mode/2up> (18 septembre 2015).

⁹¹ Edwin Lankester, *op. cit.*, p. 668.

d'encourager la criminalité. Les gains sociaux d'une meilleure hygiène publique sont donc multiples⁹².

L'un des principaux objectifs du gouvernement central est de réaliser les réformes sanitaires à un moindre coût. Par conséquent, la part du budget d'État alloué à la santé demeure stable pendant presque cent ans. De 1790 à 1890, l'augmentation des dépenses pour la santé publique se maintient au niveau de l'inflation⁹³. Pour faire des économies, les autorités locales cherchent à transférer les responsabilités sanitaires aux particuliers ou bien à des organismes communautaires. Par exemple, suite à l'adoption d'une série de lois sur la santé publique, de 1866 à 1875, les propriétaires d'immeubles à logements deviennent responsables du maintien de l'hygiène sur leur propriété. Si une maladie comme la variole ou le choléra y est détectée, c'est le propriétaire et non plus l'administration locale qui doit nettoyer et désinfecter l'immeuble. Les autorités peuvent ainsi exiger la destruction de la literie, des vêtements, ou de tout autre article suspect, avec un possible dédommagement financier⁹⁴. Ainsi, le gouvernement tente d'introduire des changements, sans brimer l'autorité locale et surtout, sans déboursier de sommes importantes.

1.2.2. Les *Medical Officers of Health* et le *Sanitary Movement*⁹⁵

⁹² P. Baldwin, *op. cit.*, p. 129.

⁹³ Jane Jenson, *loc. cit.*, p. 544.

⁹⁴ P. Baldwin, *op. cit.*, p. 154.

⁹⁵ L'équivalent français du *British Sanitary Movement* est sans doute le groupe qu'on appelle les hygiénistes. Cependant, le terme hygiéniste est trop général puisqu'il peut être employé à l'extérieur du cadre historique bien précis de la Grande-Bretagne du XIX^e siècle. Pour voir son développement en France et à l'étranger, voir : Patrice Bourdelais (dir.), *Les hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques*, Paris, Éditions Belin, 2001, 540 p.

Pour mettre en œuvre ces changements, le gouvernement compte sur le travail de ses nouveaux experts de la santé publique, les *Medical Officers of Health*. Leur tâche principale est de détecter les premiers cas d'une maladie contagieuse afin de prévenir une épidémie. À l'aide du registre des décès, ils repèrent les morts suspects pour aller inspecter les lieux représentant un danger pour la santé publique⁹⁶. La plupart des facteurs considérés comme potentiellement dangereux sont environnementaux. En effet, comme le *Nuisances Removal Act* de 1860 ne donne pas de définition claire d'une « nuisance », le *Medical Officer of Health* local ou son inspecteur a la responsabilité d'agir sur ce qu'il considère lui-même comme un danger pour la santé publique. Dans certains cas, l'accent est mis sur l'insalubrité, l'accumulation de déchets, dans d'autres – sur les mauvaises odeurs ou la mauvaise qualité de l'eau potable. Finalement, l'encombrement des logements et le manque d'aération sont aussi considérés comme des « nuisances » qui peuvent conduire à l'accumulation de miasmes dangereux⁹⁷.

Ces considérations se trouvent également au cœur du mouvement intellectuel à finalité pratique qui marque la Grande-Bretagne au XIX^e siècle, celui des hygiénistes. Les défenseurs des nouvelles idées sur l'hygiène publique, comme Edwin Chadwick, expliquent le phénomène de la contagion par des facteurs environnementaux⁹⁸. En effet, en constatant l'inefficacité des techniques quaranténaires utilisées pendant les pandémies cholériques du début du siècle, ils cherchent à mettre en place d'autres pratiques et interventions. C'est à ce moment-là que l'idée d'assainir le milieu de vie des Britanniques pour mettre un terme à la transmission des maladies se popularise⁹⁹.

⁹⁶ Edwin Lankester, *loc. cit.*, p. 669.

⁹⁷ Elizabeth T. Hurren, *loc. cit.*, p. 404.

⁹⁸ Jane Jenson, *loc. cit.*, p. 538.

⁹⁹ P. Baldwin, *op. cit.*, p. 123-127.

William Farr (1808-1883) et John Snow (1813-1858)¹⁰⁰ démontrent qu'il existe un lien entre la propagation du choléra et les facteurs non humains, tels que la qualité de l'eau ou l'altitude des logements. Les travaux de ces médecins et grands partisans du *Sanitary Movement* contribuent à l'amélioration de la prophylaxie en Grande-Bretagne¹⁰¹. Les conclusions de Snow sont vivement critiquées par la communauté scientifique de l'époque, puisqu'il relie le choléra non seulement aux miasmes provenant des fosses septiques, mais aussi à la contamination directe de l'eau par les excréments¹⁰². Toutefois, elles conduisent le gouvernement britannique à accepter la nécessité de construire un meilleur système d'égouts. Les autorités sanitaires se concentrent donc à assainir le milieu de vie de la population pour contrôler les épidémies. L'opinion du représentant britannique à la conférence sanitaire internationale de Paris en 1851, lors de la discussion des efforts du gouvernement pour combattre le choléra, en est assez représentative :

M. Sutherland a toute confiance dans les mesures hygiéniques, mais non dans les mesures quarantenaires appliquées au choléra. Il déclare que cette maladie est considérée, en Angleterre, comme purement épidémique ; que les mesures quarantenaires n'ont eu contre elle aucune efficacité, et n'ont pas empêché le progrès de la maladie, tandis que les mesures hygiéniques ont souvent réussi¹⁰³.

Les mesures hygiéniques mises en œuvre par le gouvernement sont assez variées. L'objectif de la campagne sanitaire est d'offrir un accès universel à l'eau potable, à l'air pur, à un environnement sans saletés et déchets qui croupissent à l'air libre ainsi qu'à des logements bien éclairés et aérées. Grâce aux *Medical Officers of Health* et aux inspecteurs de nuisances, les autorités locales peuvent désormais superviser le

¹⁰⁰ William Farr et John Snow sont deux médecins britanniques ayant étudié les modèles de contagion du choléra au XIX^e siècle. Ils ont été les premiers à établir le lien entre la mauvaise qualité de l'eau potable et l'apparition de choléra.

¹⁰¹ Jane Jenson, *loc. cit.*, p. 538, Les résultats de Farr sont mieux accueillis par la communauté scientifique que ceux de Snow, voir John M. Eyler, « The changing assessments of John Snow's and William Farr's cholera studies », *Sozial- und Präventivmedizin*, vol. 46, n° 4, juillet 2001.

¹⁰² John Snow, « Dr. Snow's Report », *Report on the Cholera Outbreak in the Parish of St. James, Westminster, during the Autumn of 1854*, Londres, Churchill, juillet 1855, p. 120.

¹⁰³ *Procès-verbaux de la Conférence sanitaire internationale ouverte à Paris le 27 juillet 1851*, Paris, Imprimerie Nationale, 1852, p. 8.

nettoyage et la désinfection des maisons et des rues considérées comme insalubres et contrôler le débouchage et la réparation des drains et des égouts¹⁰⁴.

1.2.3. Les *Medical Officers of Health* et les pauvres

Pour bien faire leur travail, les *Medical Officers of Health* récoltent des informations de différents endroits. En plus du registre des décès, ils récupèrent aussi des rapports provenant des *Poor-law Medical officers*, des hôpitaux et des *workhouses*¹⁰⁵. Toutefois, ces informations supplémentaires ne font référence qu'aux populations les plus démunies. Tout comme dans le cas de la vaccination contre la variole, seuls les médecins travaillant pour le gouvernement ont l'obligation d'enregistrer les données sur les patients qu'ils visitent et d'ensuite les transmettre aux autorités. Puisque les plus fortunés font appel aux services de médecins privés et qu'ils isolent leurs malades dans le logement familial, ils échappent donc au contrôle des autorités¹⁰⁶. Ainsi, la majorité des cas de maladies qui sont recensés se trouvent parmi les moins fortunés, ce qui les rend intimement associés à la contagion dans la perception de l'administration officielle. Il est alors possible qu'un inspecteur des nuisances vienne examiner les habitations des pauvres sans demander leur consentement. Lorsque les informations collectées laissent présager un risque de contagion, le *Medical Officer of Health* y envoie un inspecteur des nuisances pour faire une enquête. Selon Edwin Lankester, un inspecteur était envoyé dans la partie la plus dense et la plus pauvre de la ville pour visiter chaque logement au porte-à-porte au moins deux fois par année¹⁰⁷. En étant considérés comme les personnes les plus à risque de contracter les

¹⁰⁴ Anne Hardy, « Smallpox in London : Factors in the Decline of the Disease in the Nineteenth Century », *Medical History*, vol. 27, 1983, p. 123.

¹⁰⁵ Edwin Lankester, *loc. cit.*, p. 669.

¹⁰⁶ Anne Hardy, *The Epidemic Street, op. cit.*, p. 131.

¹⁰⁷ Edwin Lankester, *loc. cit.*, p. 671.

différentes infections, les plus démunis présentent alors un danger pour la partie respectable de la société :

The poor, in many instances, can scarcely be persuaded to take any precautions against the spread of these infections. Children from infected families are sent to school, and personal intercourse of the most unrestrained kind takes place between the members of infected and uninfected families, and thus it is these diseases do their work of destruction¹⁰⁸.

Les plus pauvres sont perçus à la fois comme source et comme vecteur de propagation des maladies. C'est donc eux qui reçoivent le plus d'attention de la part des *Medical Officers of Health*. L'inspection des logements dans lesquels ils résident devient l'une des principales préoccupations des autorités sanitaires :

Much attention had been given throughout the country to the conditions of housing, large areas of badly constructed tenements and badly arranged streets had been cleared in the large towns, and building regulations had been devised to control the erection of houses, so that the primary requirements of light and ventilation should be met, and the evils arising from unsuitability and impurity of site prevented¹⁰⁹.

Selon les hygiénistes, la surpopulation dans les logements en piètre état joue un rôle important dans l'apparition et la propagation rapide des maladies infectieuses : « in some urban districts between sixty and seventy per cent of the population have only one single living room for a whole family; (...) one room they live and sleep, and births, sickness, and deaths take place, and the dead are retained amidst the living until interment can be obtained »¹¹⁰. Pour remédier à cette situation, le gouvernement décide d'adopter de nouvelles règles de construction des immeubles à logements. Il

¹⁰⁸ *Ibid*, p. 672.

¹⁰⁹ A. K. Chalmers, *loc. cit.*, p. 73.

¹¹⁰ Edwin Chadwick, *loc. cit.*, p. 585.

souhaite favoriser l'accès à une lumière et à une ventilation adéquate en empêchant de surcharger l'intérieur des nouveaux édifices¹¹¹.

Néanmoins, la mise en place de toutes ces nouvelles pratiques ne permet pas d'éliminer les maladies contagieuses. Comme le montre le passage de la variole au pays en 1871-1872, qui fait plus de 23 000 victimes la première année¹¹², l'amélioration des infrastructures sanitaires, la collecte des ordures, la vaccination et la réduction de la densité des habitations ne suffisent pas pour prévenir une épidémie. Malgré toutes les mesures mises en vigueur, le taux de décès demeure deux fois plus élevé à Londres qu'ailleurs en Grande-Bretagne¹¹³.

De plus, le processus d'inoculation de la vaccine, la « variole de la vache » qui est développée au tournant du XIX^e siècle suite aux observations d'Edward Jenner (1749-1823), médecin anglais considéré comme le père-fondateur de l'immunologie occidentale, nécessite l'utilisation de lymphes provenant de veaux pour éviter que le virus ne meure durant son entreposage et son transport. Cependant, le manque de lymphes fraîches rend la conservation des vaccins très difficile. Il est donc habituel de pratiquer la vaccination de bras à bras. Pour le faire, le médecin utilise la lymphe d'un enfant récemment vacciné pour en traiter d'autres¹¹⁴. Les vaccinateurs courent alors le risque de transmettre à leurs patients de nombreuses autres maladies transmises par le sang, dont la syphilis et l'hépatite¹¹⁵. Faisant face à des épidémies qui ne cessent de revenir malgré les campagnes de vaccination et les améliorations des infrastructures, le gouvernement est contraint de revoir à nouveau sa stratégie de prévention.

1.3. La méthode du *stamp out* et le retour des mesures quaranténaires

¹¹¹ A. K. Chalmers, *loc. cit.*, p. 73.

¹¹² G. Mooney, *loc. cit.*, p. 267.

¹¹³ *Ibid.*

¹¹⁴ W. M. Frazer, *A History of English Public Health 1834-1939*, Londres, Baillière Tindal, 1950, p. 172.

¹¹⁵ G. Mooney, *loc. cit.*, p. 273.

Confronté aux épidémies de varioles des années 1870, le *Sanitary Movement* atteint ses limites. Les autorités sanitaires décident alors de faire volteface et d'appliquer des mesures quaranténaires pour freiner la propagation de la maladie. Ces mesures sont inspirées par la méthode du *stamp out* développée par le docteur James Simpson. Cependant, pour la mettre en place, il fallait apporter quelques modifications à la prophylaxie nationale. Pour être efficace, la méthode du *stamp out* nécessite l'établissement d'hôpitaux de quarantaine. En parallèle, puisque les *Medical Officers of Health* se heurtent aux perceptions populaires négatives de cette méthode, lorsqu'ils tentent de l'appliquer à l'échelle du pays, ils doivent éduquer la population pour l'encourager à se soumettre à leurs recommandations.

1.3.1. La théorie de James Simpson

C'est pendant l'épidémie de variole de 1871 que sir James Simpson, un obstétricien écossais¹¹⁶, propose le processus du *stamp out* (l'éradication). Il s'inspire de la technique mise au point pour éliminer la peste bovine, une maladie qui a frappé la Grande-Bretagne dans la décennie précédente. Pour l'endiguer, on abat toutes les bêtes atteintes et bien souvent le troupeau entier par crainte de contagion. Simpson propose d'appliquer la même méthode à la population humaine et affirme qu'il est possible d'éliminer la variole par un système efficace de détection et de contrôle des patients :

For all that appears necessary for the purpose is simply the methodic temporary seclusion, segregation, or quarantine, of those affected with small-pox, until they have completely passed through the disease and lost the power of infecting and injuring others. The poleaxe was the chief and leading measure required to stamp out rinderpest. Isolation is the chief and leading measure required to stamp out small-pox¹¹⁷.

¹¹⁶ Sir James Young Simpson était notamment reconnu comme un des pionniers de l'utilisation du chloroforme comme anesthésiant en obstétrique. Voir : Eve Blantyre Simpson, « Sir James Y. Simpson », *Famous Scots Series*, Édimbourg, Oliphant Anderson, 1896.

¹¹⁷ James Y. Simpson, *A Proposal to stamp out Small-pox and other Contagious disease*, Édimbourg, Adam and Charles Black, 1871, p. 545.

C'est donc l'isolement des patients qui doit prendre la place de l'abattage. Simpson suggère ensuite la mise en place de quatre mesures pour permettre le « *stamp out* » de la variole. La première étape est d'avertir les autorités médicales des cas le plus tôt possible. Un avis rapide permet une réponse plus vive, éliminant l'épidémie avant qu'elle se déclare. La seconde mesure requiert la séquestration à la maison ou à l'hôpital de toute personne atteinte jusqu'à ce qu'elle ne soit plus contagieuse. Simpson propose ensuite que seules soient employées comme infirmières ou comme préposés les personnes qui ont déjà été atteintes par la maladie, et qui ont donc développé une immunité. Par ailleurs, il recommande d'utiliser des produits comme le chlore ou l'acide phénique pour désinfecter la chambre, la literie, les vêtements et tous les objets qui pourraient servir de vecteurs à la maladie¹¹⁸.

Ce n'est toutefois qu'après la révolution bactériologique et les découvertes en microbiologie du médecin allemand Robert Koch dans les années 1880, qu'on identifie les bacilles causant le choléra, la tuberculose et la maladie du charbon et que les systèmes de désinfection deviennent réellement efficaces¹¹⁹. Jusqu'à ces découvertes, les autorités sanitaires ne savent pas exactement quels articles transmettent les germes et surtout quels produits les éliminent efficacement, ce qui réduit l'impact réel de ces mesures¹²⁰. Ce sont plutôt les autres recommandations de Simpson, tout particulièrement celle sur le contrôle obligatoire des malades, qui sont adoptées par les autorités. Bien que l'isolement des personnes atteintes des maladies contagieuses ait été pratiqué par les autorités britanniques pendant les épidémies des XVII^e et XVIII^e siècles, elles ont abandonné cette technique suite aux réformes réalisées depuis le début du XIX^e siècle. Avec les suggestions de Simpson, l'isolement devient beaucoup plus efficace. Il n'est plus nécessaire de détenir indistinctement toutes les personnes d'un pâté de maisons atteint, comme lors de

¹¹⁸ J. Y. Simpson, *op. cit.*, p. 546.

¹¹⁹ Koch, prix Nobel de médecine de 1905, est l'un des fondateurs de la bactériologie moderne. Il a notamment réussi à identifier les bacilles responsables de la tuberculose et du choléra. Voir : « Nobel Lectures », *Physiology and Medicine 1901-1921*, Amsterdam, Elsevier Publishing Company, 1967.

¹²⁰ P. Baldwin, *op. cit.*, p. 165.

l'utilisation de cordons sanitaires. Il est maintenant possible de rendre les interventions des *Medical Officers of Health* extrêmement précises, ce qui permet de réduire significativement le nombre de victimes.

1.3.2. Les hôpitaux de quarantaine

Avec la création du *Metropolitan Asylum Board* en 1867, les autorités peuvent désormais ouvrir des hôpitaux pour y placer les malades en quarantaine. Avant 1867, les hôpitaux sont gérés par des organisations caritatives dont les fonctions ne relevaient pas du gouvernement¹²¹. Avec la mise en place de réseaux d'hôpitaux publics, il devient plus facile d'isoler rapidement toutes les personnes atteintes d'une maladie contagieuse, en particulier celles qui n'ont pas de domicile fixe ou la possibilité de rester enfermées chez elles. Les *Medical Officers of Health* peuvent donc désormais déplacer un patient à l'un des hôpitaux publics et l'y mettre en quarantaine.

Avant l'ouverture des hôpitaux du *Metropolitan Asylum Board*, les établissements permettant l'isolement des patients sont plutôt rares. De plus, ils sont contrôlés par différentes charités et sont rapidement débordés en cas d'épidémies. C'est le cas du Highgate, un asile de variole londonien, qui reçoit habituellement les patients de toutes les paroisses de la ville. Lors d'épidémies, les places disponibles se combleront rapidement et l'hôpital est incapable de répondre aux besoins de la ville. Il est donc habituel que les patients supplémentaires soient envoyés par les *Guardians of the Poor* à leur *workhouse*. Cette pratique accélère la propagation de la variole puisque les malades qui y sont envoyés courent le risque d'infecter les démunis qui y logent pour des raisons économiques. C'est le cas de la *Workhouse* de Wandsworth qui, en

¹²¹ Anne Hardy, *The Epidemic Street*, op. cit., p. 5.

1862, accueille 14 patients atteints de la variole. Dans les jours suivants, 18 pensionnaires de l'hospice contractent également cette maladie¹²².

Les hôpitaux du *Metropolitan Asylum Board* offrent une solution à ce problème. Elles permettent d'isoler les patients atteints de maladies contagieuses et, par conséquent, de réduire les risques de contagion pour le reste de la population. Aussi, en offrant une place pour isoler les malades, les nouveaux hôpitaux facilitent l'introduction des techniques de Simpson. Testée lors de l'épidémie de variole de 1870-1872, la méthode du *stamp out* est rapidement adoptée non seulement en Grande-Bretagne, mais aussi sur le continent : en Europe elle est connue sous le nom d'« English System »¹²³. La mise en place de ce système représente un tournant important pour le développement de la stratégie de prophylaxie britannique, car elle permet aux autorités sanitaires de combiner les principes du mouvement sanitaire qui priment jusque-là avec les nouvelles infrastructures pour endiguer les maladies contagieuses plus rapidement¹²⁴.

1.3.3. Les perceptions populaires comme frein aux campagnes de santé publique

La nécessité d'hospitaliser les patients crée une difficulté importante. En raison de l'image négative associée à l'utilisation des services de santé publique, beaucoup de malades ne désirent pas être internés. Cette perception est encore présente dans le dernier quart du XIX^e siècle. Même si le *Metropolitan Asylum Board* n'est plus affilié à la *Poor Law*, la population continue d'associer le recours aux services de santé publique à la pauvreté. Bien que le déplacement de toute personne infectée dans l'impossibilité d'être isolée à son domicile soit obligatoire, de nombreux cas d'infection continuent à être dissimulés¹²⁵.

¹²² *Ibid.*, p. 123.

¹²³ Jane Jenson, *loc. cit.*, p. 540.

¹²⁴ P. Baldwin, *op. cit.*, p. 142.

¹²⁵ Anne Hardy, « Smallpox in London », *loc. cit.*, p. 123.

Avec le *Disease Prevention Act* de 1883, le gouvernement tente de combattre les préjugés en rendant l'hospitalisation accessible à toute la population. En permettant à ceux qui ont l'espace et les moyens d'être isolés à leur domicile de se rendre à l'hôpital, ils espèrent défaire le lien qui jusque-là associe l'utilisation de services de santé publique à la pauvreté¹²⁶. Toutefois, les idées ne changent pas immédiatement. Il faut attendre que l'éducation, d'abord rendue accessible à tous les enfants par l'*Elementary Education Act* de 1870, fasse évoluer les idées¹²⁷. Alors que dans les années 1880, la majorité des patients choisissent l'isolement à la maison et non pas à l'hôpital, dans les années 1890, la situation s'inverse. Lors de campagnes de prévention, les autorités introduisent les concepts d'hygiène personnelle et domestique à l'intérieur des foyers à l'aide de pamphlets, d'affiches et de matériel informationnel. Ces campagnes d'éducation et de prévention permettent de chasser les préjugés vis-à-vis des services de santé publique et donc d'améliorer l'hygiène de la population¹²⁸.

Toutefois, l'évolution des mentalités se fait lentement et un de ses freins les plus importants est le travail du personnel médical lui-même. En effet, la cible principale des interventions des *Medical Officers of Health* demeure les personnes les plus pauvres. Ils considèrent les logements populaires comme la source des épidémies. Pour assurer le fonctionnement du *stamp out*, il est nécessaire de trouver toutes les personnes malades afin de les isoler le plus rapidement possible. Les inspecteurs des nuisances pratiquent donc régulièrement des visites au porte-à-porte pour détecter la présence de malades. Cette pratique a lieu malgré la convention sociale britannique du « *an Englishman's home is his castle* » qui s'oppose aux intrusions externes dans la vie privée. Les familles se méfient des visites impromptues des inspecteurs et, par conséquent, il est commun qu'elles essaient de dissimuler leurs malades. Les inspections au porte-à-porte deviennent donc nécessaires parce que les plus démunis

¹²⁶ Anne Hardy, *The epidemic streets*, op. cit., p. 277.

¹²⁷ *Ibid.*, p. 275.

¹²⁸ Anne Hardy, *The epidemic streets*, op. cit., p. 275-277.

adhèrent aux valeurs britanniques de l'époque. Tout comme les plus fortunés, ils veulent protéger leur intimité.

De plus, puisqu'ils ne possèdent pas les moyens d'engager un médecin et d'isoler le patient au sein de leur maison, les moins nantis doivent continuer leur vie comme si de rien n'était. Vu l'absence de filet de sécurité sociale efficace, la perte de revenu engendrée par l'isolement ou le déplacement forcé d'un travailleur peut être un obstacle réel à la survie d'une famille. Il est donc habituel que les ménages décident de tout simplement garder le malade à la maison, en ignorant les risques posés par la maladie. Or, la présence d'un malade dans un petit logement occupé par une grande quantité de personnes augmente les risques d'épidémie. Il arrive même qu'une famille complète périsse avant de rapporter la maladie aux autorités¹²⁹. Pour cette raison, les autorités perçoivent les quartiers populaires comme des zones perpétuellement à risque de flambées épidémiques. Il leur apparaît donc nécessaire de cibler surtout les quartiers pauvres et surpeuplés pendant leurs interventions sanitaires. C'est un cercle vicieux ; la culture encourage la dissimulation qui à son tour accélère la propagation de la maladie. Les inspections intrusives deviennent alors nécessaires, ce qui encourage la dissimulation. Ce n'est qu'avec l'évolution des mentalités, alors que les concepts d'hygiène publique se disséminent à travers toute la population, que la prophylaxie britannique devient efficace.

1.4. L'approche néo-quarantenaire

Le commerce fut l'un des moteurs principaux du développement de l'empire britannique. La mainmise sur l'Inde permet à la Grande-Bretagne de devenir la plus grande puissance économique, maritime, commerciale et financière au monde. Après 1850, la colonie indienne amasse près de 30 millions de livres sterling par année, ce qui représente la moitié des revenus de la métropole¹³⁰. En plus d'être le « joyau de la

¹²⁹ *Ibid.*, p. 132.

¹³⁰ John Darwin, *op. cit.*, p. 53.

couronne » d'un point de vue économique, elle devient aussi un centre militaire important. À la fin du XIX^e siècle, plus de la moitié des troupes coloniales britanniques y sont stationnées. L'Empire finance ces troupes avec les taxes prélevées dans la colonie¹³¹. L'Inde est donc une partie importante du vaste réseau militaire et commercial britannique qui s'étend sur tous les continents habités. Ce système de dépendances coloniales, de protectorats et de ports à traités permet des échanges rapides, ce qui explique la prospérité britannique au XIX^e siècle. La véritable puissance de l'Empire britannique ne provient donc pas du nombre de ses troupes, mais plutôt de sa capacité à déplacer rapidement et de façon efficace les ressources et le personnel à travers son réseau maritime.

En 1890, entre 80 et 90 % des revenus d'exportation de l'empire proviennent de ses services financiers et du transport maritime¹³², il est donc nécessaire aux autorités de réduire au maximum les entraves pouvant ralentir les échanges au sein de ce réseau. Les réformes sanitaires en Grande-Bretagne doivent donc elles aussi répondre à cette logique impériale. Au début, Londres opte pour l'abandon des techniques quaranténaires qui sont utilisées jusque-là, puisqu'elles sont hautement dommageables pour l'économie. On se concentre plutôt à réformer les conditions sanitaires existantes en modernisant les infrastructures et en instaurant un système de prévention efficace. Lorsque l'isolement des patients revient à l'usage, avec l'avènement de la méthode du *stamp out*, c'est la portée de la pratique qui change. Durant les épidémies du XVII^e siècle, les autorités condamnent sans distinction tous les lieux soupçonnés de contenir la peste, isolant tous les habitants du lieu en question, qu'ils soient infectés ou non. À la fin du XIX^e siècle, les *Medical Officers of Health*, isolent désormais seulement ceux qui sont malades. On les place en quarantaine dans les asiles du *Metropolitan Asylum Board*, alors que les autres habitants sont temporairement surveillés et leur logement est nettoyé et désinfecté.

¹³¹ *Ibid.*, p. 62.

¹³² *Ibid.*, p. 11.

L'évolution de l'hygiène domestique représente également une avancée de première importance dans le développement d'une prophylaxie nationale efficace. Au moment où Simpson propose la méthode du *stamp out* dans les années 1870, l'approche qui oriente les décisions des réformateurs britanniques demeure le *Sanitary Movement*. Avec la popularisation du *stamp out*, la façon de penser la prophylaxie commence à changer. Plutôt que de se concentrer uniquement sur l'assainissement de l'environnement, les autorités adoptent un point de vue global vis-à-vis de la prophylaxie. Cette nouvelle approche appelée *neoquarantinist* ou « néo-quarantenaire » par Peter Baldwin, professeur à l'université de Californie à Los Angeles, permet l'harmonisation de toutes les tâches sanitaires prises en charge par les autorités britanniques¹³³. Alors que le *stamp out* est une réponse technique à une crise sanitaire, l'approche néo-quarantenaire est la théorie préventive qui en découle. Elle englobe toute l'entreprise prophylactique. La méthode *neoquarantinist* comporte donc un aspect environnemental et éducationnel que le *stamp out* ne préconise pas nécessairement. Le mélange entre détection, isolement et purification s'étend à toutes les sphères de la prophylaxie nationale.

Avec l'ouverture du canal de Suez et le développement de nouveaux modes de transports tels que les navires à vapeur, les échanges entre la Grande-Bretagne et le reste de son empire s'accélérent fortement. Par exemple, en passant par Suez plutôt que par le cap de la Bonne Espérance, le voyage entre l'Inde et la Grande-Bretagne se raccourcit de sept jours¹³⁴. En réduisant le temps de transport, les avancées technologiques facilitent également le transfert des maladies. Avant ces changements, un navire qui part de l'Inde britannique est contraint de passer une longue période en mer pour revenir au pays. Cette période d'isolement forcée se rapproche d'une période de quarantaine. Il est donc inhabituel qu'un passager malade soit encore contagieux à son arrivée en Grande-Bretagne. Toutefois, la réduction de la durée du

¹³³ P. Baldwin, *op. cit.*, p. 141.

¹³⁴ *Ibid.*, p. 208.

voyage augmente les chances que les personnes malades à bord ne soient pas complètement guéries avant leur arrivée, ce qui rend très difficile la prévention d'une contagion éventuelle de la population locale. De la même façon, le passage des jonques traditionnelles chinoises aux petits bateaux à vapeur accélère le développement de la peste bubonique en Chine du Sud à la fin du XIX^e siècle¹³⁵. L'ouverture du canal de Suez et le passage à la vapeur permettent donc l'importation de nouvelles souches de maladies infectieuses de l'Asie en Europe.

Le *Sanitary Act* de 1866 et les *Public Health Act* de 1872 et de 1875 donnent aux responsables sanitaires portuaires des pouvoirs très semblables, parfois même supérieurs à ceux détenus par les *Medical Officers of Health* ailleurs au pays¹³⁶. Dans l'espoir d'empêcher l'importation de maladies en provenance des colonies et le déclenchement de nouvelles épidémies le gouvernement élabore une nouvelle procédure à appliquer à tous les navires arrivant en Grande-Bretagne. La première étape de cette procédure vise à s'assurer qu'il est impossible pour les navires d'éviter les inspections sanitaires en s'amarrant ailleurs que dans les ports principaux¹³⁷. Ensuite, les autorités instaurent un mécanisme d'inspection systématique. Comme le montre le règlement envoyé aux autorités portuaires en novembre 1896, les cibles principales des inspecteurs doivent être le choléra, la fièvre jaune et la peste¹³⁸. Toutefois, contrairement à d'autres nations, les Britanniques ne mettent pas automatiquement en quarantaine tous les navires qui proviennent de ports infectés. Cela pourrait avoir un effet négatif sur le commerce et donc sur l'économie britannique ; on juge alors qu'il est plus efficace et plus simple d'inspecter tous les passagers¹³⁹.

¹³⁵ Carol Ann Benedict, « Bubonic plague in nineteenth-century China », *Modern China*, vol. 14, n° 2, avril 1988, p. 131.

¹³⁶ Anne Hardy, *Smallpox in London*, *loc. cit.*, p. 127.

¹³⁷ P. Baldwin, *op. cit.*, p. 185.

¹³⁸ *Conférence Sanitaire Internationale de Venise*, *op. cit.*, p. 48.

¹³⁹ Jane Jenson, *loc. cit.*, p. 540.

Pour cette raison, un navire est considéré comme étant infecté seulement lorsqu'un cas se déclare à son bord. À son arrivée, le vaisseau est d'abord examiné par un officier de douanes qui, après avoir questionné le capitaine ou le médecin de bord, peut mettre le navire en quarantaine jusqu'à la visite d'un responsable médical. Le *Medical Officer of Health* peut ensuite, après avoir inspecté l'équipage et les passagers, transférer les malades dans un hôpital pour les y isoler. Les autres passagers sont alors libres de quitter le navire¹⁴⁰. À la suite de son inspection, le responsable sanitaire peut obliger les voyageurs à lui fournir leurs informations personnelles, même si leur navire est reconnu exempt d'infections contagieuses. De plus, le *Medical Officer of Health* peut obliger le capitaine à désinfecter ou à détruire toute literie et tous vêtements ayant été en contact avec un malade¹⁴¹.

C'est pour éviter ces délais que les autorités portuaires inspectent systématiquement tous les vaisseaux. En s'assurant que les membres de l'équipage et les passagers de chaque navire ne présentent aucun signe d'infection et en envoyant les malades dans un hôpital du *Metropolitan Hospital Board*, il leur est possible de contrôler l'entrée des pathologies dangereuses, sans pour autant nuire au commerce. Ce n'est pas le navire qui est détenu, seulement les passagers qui représentent un danger¹⁴². De la même façon, une personne qui a voyagé avec un malade, mais qui n'est pas elle-même atteinte de la maladie est libre de partir à condition de fournir son nom et sa destination finale aux autorités¹⁴³. L'objectif du système de santé publique n'est donc pas d'empêcher l'apparition et la propagation d'une maladie à tout prix, mais plutôt de contrôler toutes les sources de contagion possibles.

La Grande-Bretagne doit défendre sa manière de procéder devant les autres nations durant la plupart des conférences sanitaires internationales du XIX^e siècle. C'est d'ailleurs cette attitude que le professeur Santoliquido reproche aux puissances

¹⁴⁰ *Conférence Sanitaire Internationale de Venise, op. cit.*, p. 48 à 53.

¹⁴¹ *Ibid.*, p. 54.

¹⁴² Anne Hardy, *Smallpox in London, loc. cit.*, p. 126.

¹⁴³ P. Baldwin, *op. cit.* p. 152.

impérialistes¹⁴⁴. Elles accordent la priorité au maintien de la fluidité des échanges plutôt qu'à l'endiguement de la propagation des maladies. Dans le même esprit, Londres négocie des arrangements sanitaires internationaux pour accélérer le déplacement des marchandises. Par exemple, le « *transit in quarantine* », permet d'éviter des retards en Égypte, puisque les vaisseaux britanniques peuvent traverser le canal de Suez sans être mis en quarantaine à condition de ne s'arrêter à aucun endroit durant leur passage¹⁴⁵. Ainsi, le Royaume-Uni soutient à l'international ce qu'il pratique localement : un système de prévention des épidémies permettant de réduire au maximum son impact négatif sur l'économie.

Avec le développement d'un système de prévention douanier, la prophylaxie britannique devient finalement complète et prend tout son sens. Puisque les autorités ont développé les infrastructures nécessaires à un plus grand contrôle sanitaire, elles peuvent désormais se concentrer à l'administration du vecteur principal de contagion, l'être humain. Au lieu de forcer l'isolement sans distinction de toutes les personnes ayant couru le risque d'être touchées par la maladie, les fonctionnaires basent leur intervention sur un système efficace de détection et de prévention. Seuls les malades sont isolés, alors que leurs proches peuvent être vaccinés ou surveillés temporairement. C'est la surveillance et la notification qui deviennent la base de la prophylaxie britannique.

Les lacunes du système, quant à elles, sont graduellement comblées par les campagnes de prévention et d'éducation de la population. À terme, elles permettent de réduire au maximum les comportements dangereux. À Leicester par exemple, le comité sanitaire offre deux shillings et six pence chaque fois que quelqu'un avertit les autorités d'un cas de variole ou de scarlatine¹⁴⁶. L'objectif du gouvernement est de réduire l'impact social et économique de la prophylaxie : une détection rapide des cas

¹⁴⁴ *Conférence Sanitaire Internationale de Venise, op.cit.*, p. 29.

¹⁴⁵ P. Baldwin, *op.cit.*, p. 208.

¹⁴⁶ Stuart M. F Fraser, « Leicester and Smallpox : The Leicester Method », *Medical History*, vol. 24, n° 03, juillet 1980, p. 317.

permet d'éliminer le foyer d'infection par l'isolement du patient et la désinfection de ses biens. La combinaison de toutes ces mesures et pratiques donne naissance à un véritable système de prophylaxie national basé sur les principes néo-quarantenaire.

La révolution bactériologique qui survient dans les années 1880, permet aussi d'affiner la méthode de prophylaxie britannique, car il devient désormais possible de déterminer avec précision les vecteurs de propagation d'une maladie. L'une des conséquences immédiates de ces changements fut l'arrêt de l'inspection sanitaire et de la retenue du courrier. Les règlements portuaires stipulent désormais que même dans le cas d'une découverte de maladie à bord d'un navire, aucune raison ne peut justifier le ralentissement ou la destruction de tout envoi postal¹⁴⁷.

À partir des années 1890, l'approche néo-quarantenaire prouve son efficacité dans les grandes villes britanniques. La réaction des autorités sanitaires lors d'une apparition de peste bubonique à Liverpool en 1891 illustre bien comment la nouvelle méthode de prophylaxie permet d'éviter le développement d'épidémies majeures. Une seule personne y est infectée ; son entourage immédiat est temporairement séquestré et les habitations sont désinfectées. Le papier peint, les vêtements et la literie sont tous incinérés ; tous les bacs à cendres de la rue et des rues adjacentes sont nettoyés et désinfectés ; les égouts sont rincés au désinfectant ; les écoles sont fermées ; les proches détenus sont compensés financièrement pour leur perte de revenu causé par l'isolement¹⁴⁸. Grâce à cette réponse rapide des autorités locales, l'épidémie ne se développe pas et aucun autre cas de peste n'apparaît. Pourtant, confrontées au même fléau à Hong Kong trois ans plus tard, les autorités britanniques sont incapables d'y mettre fin.

En résumé, l'élaboration du système néo-quarantenaire trouve ses origines dans l'idéologie libérale alors en vigueur en Grande-Bretagne. Les réformes sanitaires se justifient par les considérations de nature économique. En combattant la maladie et en

¹⁴⁷ *Conférence Sanitaire Internationale de Venise, op. cit.*, p. 55.

¹⁴⁸ P. Baldwin, *op. cit.*, p. 186.

réduisant la mortalité, on prolonge la vie active de la population, ce qui augmente sa capacité à travailler et encourage l'expansion de l'économie britannique¹⁴⁹. Aussi, plutôt que d'imposer toutes ces réformes à partir du centre, le gouvernement donne une place importante à l'initiative locale. En obligeant les autorités régionales à trouver elles-mêmes le financement pour la réalisation du programme sanitaire, le gouvernement agit dans l'esprit des valeurs libérales d'autonomie qu'il souhaite encourager¹⁵⁰.

Le gouvernement voit le problème de santé publique principalement d'un point de vue économique en considérant que l'augmentation de l'espérance de vie de la population est bénéfique pour le développement du pays. Le décès des individus d'âge actif est perçu comme une perte de revenu pour la société¹⁵¹. De plus, si le malade pourvoit aux besoins d'une famille, sa mort peut entraîner ses proches dans la pauvreté et le crime, ce qui engendre des problèmes supplémentaires pour la société¹⁵².

Les réformes prophylactiques britanniques du XIX^e siècle puisent leurs origines à la fois dans les avancées scientifiques et dans les concepts de l'idéologie libérale sur le rôle du gouvernement dans la vie de la société. D'un côté, les autorités sanitaires comprennent mieux le phénomène de contagion, alors que de l'autre, ces nouvelles connaissances permettent de favoriser le commerce, la libre entreprise, le pouvoir local et l'autofinancement. D'abord orientés vers l'assainissement de l'environnement et le contrôle des plus démunis, les projets en santé publique s'étendent graduellement à toute la population. En créant un système national de prévention, les autorités sont désormais capables de contrôler l'expansion des maladies, tout en favorisant le développement économique. On en vient à se demander quelle place

¹⁴⁹ *Ibid.*, p. 129.

¹⁵⁰ Pour plus d'information sur la transformation de la société britannique sous l'influence de l'idéologie libérale voir Frank Trentmann, *Free Trade Nation : Commerce, Consumption and Civil Society in Modern Britain*, Oxford, Oxford University Press, 2008.

¹⁵¹ Edwin Lankester, *op. cit.*, p. 668.

¹⁵² P. Baldwin, *op. cit.*, p. 129.

occupe le libéralisme dans la prophylaxie du reste de l'empire. Comment cette idéologie et cette nouvelle approche sanitaire influencent-elles la gestion de la santé publique à Hong Kong ? Pour répondre à cette question, il est d'abord nécessaire de comprendre la perspective médicale chinoise.

CHAPITRE II

LA MÉDECINE ET LA PROPHYLAXIE EN CHINE IMPÉRIALE AU XIX^e SIÈCLE

Le XIX^e siècle voit de grandes avancées se produire. Alors que les percées technologiques de la révolution industrielle rendent le transport des marchandises plus rapide et économique, les interactions entre les nombreuses parties du monde ne cessent d'augmenter et de se complexifier. Toutefois, comme le mentionne John Dudgeon en 1877 dans sa publication sur la santé en Chine :

The great strides made by European nations, and ourselves in particular, in trade and international intercourse with the ends of the earth, by virtue of our discoveries and inventions, whatever else may have been done in adding to the sum of human happiness and comfort, have not tended, either among ourselves or nations lower in the scale of civilisation, to longevity or the diminution of disease, but rather the reverse. The immediate effect is naturally that of propagating zymotic and other diseases and that frequently, too, of a more virulent type than may previously have existed, into countries to which the spirit of commerce, colonisation, and civilisation may have led us¹⁵³.

Le développement des connaissances et la croissance des échanges facilitent l'accès au reste du globe, mais cette évolution n'améliore pas nécessairement l'état de la santé publique des différentes nations. La Grande-Bretagne en est l'exemple parfait. Dans la première moitié du XIX^e siècle, alors que le pays commence à dominer le commerce international, sa population est confrontée à de nombreuses épidémies de choléra plus meurtrières les unes que les autres. C'est pourquoi le gouvernement,

¹⁵³ John Dudgeon, *op. cit.*, p. 5.

influencé par l'idéologie libérale et la pensée sanitaire, se lance dans un vaste programme de réformes prophylactiques.

Pour la Chine, le XIX^e siècle est celui d'une ouverture forcée. Au début du siècle, le gouvernement chinois refuse l'accès aux étrangers voulant commercer. À la suite d'une longue et prospère période de stabilité au XVIII^e siècle qui voit sa population doubler¹⁵⁴, l'Empire chinois veut assurer la stabilité du pays. L'ouverture vers le reste du monde se fait prudemment à travers quelques points d'accès, dont le port de Canton¹⁵⁵. Toutefois, après la première guerre de l'opium, le traité de Nankin, signé en 1842, oblige la Chine à céder le territoire de Hong Kong au gouvernement britannique et à ouvrir cinq autres ports au commerce international. Cette ouverture forcée du pays permet l'entrée de nouvelles idées qui viennent remettre en doute certaines pratiques traditionnelles chinoises, notamment dans le domaine de la santé.

Dans le but d'analyser l'interaction entre les perspectives sanitaires chinoises et britanniques à Hong Kong durant la crise de la peste bubonique de 1894, il est nécessaire de comprendre l'attitude de la population et du gouvernement chinois à l'égard des maladies. À cette fin, nous allons examiner les enjeux de la santé publique en Chine au XIX^e siècle. Ainsi, nous allons d'abord analyser certains concepts de la médecine traditionnelle chinoise liés aux maladies contagieuses ainsi que les différents traitements utilisés par la population pendant les épidémies. Ensuite, à l'aide du témoignage d'observateurs européens, nous dessinerons un portrait de l'hygiène publique chinoise à la fin du XIX^e siècle.

Ce chapitre sera principalement consacré à la gestion épidémique. Nous comparerons les mesures adoptées par les autorités chinoises pour combattre les épidémies, ainsi que les concepts médicaux qui y sont associés. Nous tenterons finalement de mettre en relation les philosophies sanitaires chinoises et occidentales afin d'expliquer les

¹⁵⁴ Jonathan D. Spence, *The Search for Modern China*, New York, Norton, 1990, p. 95.

¹⁵⁵ *Ibid.*, p. 121-123.

différences entre les approches médicales développées en Grande-Bretagne et en Chine.

2.1. Le corps et la santé dans la médecine chinoise traditionnelle au XIX^e siècle

Pour comprendre comment les autorités interviennent durant les épidémies en Chine impériale au XIX^e siècle, il faut d'abord identifier la perception qu'ont les Chinois de la maladie qui s'inspire des différentes théories de la médecine traditionnelle. De plus, il est nécessaire de s'attarder aux traitements médicaux alors en usage au XIX^e siècle afin d'avoir une vue d'ensemble des outils utilisés par l'administration chinoise pendant leurs interventions sanitaires auprès de la population.

2.1.1. L'approche conceptuelle de la médecine chinoise traditionnelle

Les concepts de la médecine traditionnelle chinoise que les médecins utilisent au XIX^e siècle remontent à une époque semi-mythique. En effet, le nom du premier traité médical tient son origine de son protagoniste présumé, l'empereur jaune (*Huangdi* [黄帝]), le premier empereur légendaire de la Chine¹⁵⁶. À ce traité s'ajoutent plusieurs autres textes écrits par des médecins chinois à différentes époques. Toutefois, bien que le gouvernement se charge de compiler les écrits les plus importants, il ne formalise jamais de corpus officiel de textes médicaux et ne met pas en place de système d'évaluation des compétences médicales¹⁵⁷. Pour cette raison, la légitimité de la profession médicale provient de la réputation du médecin plutôt que de celle d'un établissement d'enseignement supérieur, comme c'est le cas en Europe au XIX^e siècle¹⁵⁸.

¹⁵⁶ *HuangDi NeiJing SuWen* [黄帝内经素问], trad. de Paul U. Unschuld, de Hermann Tessenow et de Jinsheng Zheng, Berkeley, University of California Press, 2011, p. 29. ; le traité est écrit sous forme de discussion entre l'empereur jaune, *Huangdi*, et *Qibo* [岐伯], un médecin mythique.

¹⁵⁷ Yuan-ling Chao, *Medicine and society in late imperial China : a study of physicians in Suzhou, 1600-1850*, New York, Peter Lang, 2009, p. 53.

¹⁵⁸ *Ibid.*, p. 44.

Selon la conception médicale de l'époque, la santé physique de l'être humain dépend de l'équilibre entre « l'énergie vitale » (*qi* [气])¹⁵⁹ et les différentes parties du corps¹⁶⁰. En fait, les médecins chinois voient le corps humain non pas comme un objet physique qui peut être endommagé, mais plutôt comme un système qui sert à la circulation des *qi*¹⁶¹. La maladie est donc le résultat d'un déséquilibre entre les *qi* internes causé par l'intrusion d'un air extérieur¹⁶². Si un air froid pénètre le corps, alors le pouls ralentit, ce qui crée un effet léthargique. D'un autre côté, si un vent chaud fait son chemin dans les veines, le pouls s'accélère et provoque de la fièvre et de l'inflammation¹⁶³. Les concepts d'équilibre, de température et de pouls sont considérés comme centraux à la pratique de la majorité des médecins chinois. Le docteur Rouffiandis, un médecin français ayant vécu plusieurs années en Chine, décrit avec stupéfaction que lors d'examens médicaux, les médecins chinois n'auscultent pas leurs patients et ne mesurent que leur pouls. En tâtant deux points précis du bras, ils déterminent quelle partie du corps est atteinte d'une maladie, pour ensuite prescrire le traitement approprié¹⁶⁴.

Puisque les infections proviennent de différences internes de températures, elles peuvent être organisées de manière saisonnière. Le moment de l'année définit le type et la virulence d'une maladie ainsi que le traitement nécessaire pour la combattre. Par exemple, les *Questions de base* (*Suwen* [素问]), la première partie du *Classique de l'Interne de l'Empereur Jaune* (*Huangdi Neijing* [黄帝内经]), le plus ancien traité

¹⁵⁹ Une traduction directe du mot *qi* voudrait dire « air » ou « gaz ». En médecine traditionnelle chinoise, le *qi* fait référence à une énergie vitale qui circule au sein du corps en assurant ainsi son fonctionnement. La bonne santé provient donc d'un équilibre dans la circulation de *qi*. Pour plus de renseignements, voir : *Huangdi Neijing Suwen*, trad. De Paul U. Unschuld, *op. cit.*

¹⁶⁰ À l'époque, les anatomistes chinois pensent que ce n'est pas le sang qui circule dans les artères et les veines mais plutôt un *qi* unique à chaque organe. Ils croient que le sang se trouve à l'intérieur du tissu musculaire et sert plutôt à la fabrication de la chaire, voir : John Dudgeon, « A Modern Chinese Anatomist », *The China Medical Missionary Journal*, vol. 8, n° 1, mars 1894, p. 2-5.

¹⁶¹ Nicolas Zufferey, *Introduction à la pensée chinoise*, Paris, Marabout, 2008, p. 122.

¹⁶² *Ibid.*, p. 123.

¹⁶³ John Dudgeon, « A Modern Chinese Anatomist », *loc. cit.*, p. 4.

¹⁶⁴ M. Rouffiandis, « Théories chinoises sur la peste », *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, n° 6, 1903, p. 343.

sur la médecine traditionnelle chinoise, compilé au début de la dynastie Han, entre le II^e et III^e siècle av. J.-C.¹⁶⁵, contient une section sur le lien entre les infections et les variations de chaleur, intitulée, le *Traité du souffle vital en harmonie avec la nature* (*Shengqi tongtian lun* [生气通天论]). Ce traité établit un lien direct entre un traumatisme infligé par la température, le type de maladie qui en découle et la saison à laquelle l'incident survient. Lorsque le froid pénètre le corps en hiver, deux types d'infections peuvent se produire. Si la maladie se développe immédiatement, la personne est affectée par une « blessure du froid », *shanghan* [伤寒], un mal mineur. Toutefois, si le déséquilibre causé par le froid ne se crée qu'au printemps suivant, la maladie devient plus sérieuse, puisque « chaude », *wenbing* [瘟病], et peut ensuite devenir contagieuse¹⁶⁶. La différence entre ces deux types de maladie se trouve dans la balance intérieure entre le *yin* et le *yang* de la personne touchée¹⁶⁷. Le *yin* sert à amasser l'énergie alors que le *yang* protège le corps contre les intrusions malsaines provenant de l'extérieur. Une trop grande quantité de l'un ou l'autre entraîne une instabilité qui peut former une brèche par laquelle l'air externe envahit l'individu. Le corps d'une personne « faible » offre le terrain idéal au développement d'une *wenbing*. De ce fait, une partie importante de la pensée médicale chinoise du XIX^e siècle s'oriente vers le maintien de l'équilibre et le renforcement de l'organisme¹⁶⁸. Les médecins ne cherchent pas à traiter les symptômes de la maladie, mais plutôt sa source - le déséquilibre dans la circulation de *qi*.

¹⁶⁵ Paul U. Unschuld, *op. cit.* p. 12. Cet ouvrage canonique de la médecine chinoise serait en quelque sorte la synthèse des courants de pensée médicale et des observations cliniques de ces différentes périodes.

¹⁶⁶ Yuan-ling Chao, *op. cit.*, p. 82.

¹⁶⁷ Le *yin* [阴] et le *yang* [阳] représentent les deux éléments d'une contradiction universelle. Alors que le *yin* est le principe négatif, féminin, terrestre et relié à l'ombre, le *yang* est le principe positif, masculin, céleste et relié à la lumière. Un extrême ne pouvant exister sans son contraire, les deux principes sont interdépendants et c'est par leur équilibre qu'on atteint un état d'harmonie. Voir Fu Huisheng, « Introduction », dans Laodan, *Laozi*, trad. de Arthur Waley, Chen Guying et Fu Huisheng, Changsha, Hunan's People Publishing House, 1999.

¹⁶⁸ Yuan-ling Chao, *op. cit.*, p. 82.

2.1.2. Les traitements en médecine chinoise traditionnelle au XIX^e siècle

À l'époque, il est inhabituel que les médecins chinois rencontrent leurs patients plus d'une fois, et ce, même lors de maladies graves. Puisque l'origine du problème est interne, le médicament a pour but de rétablir l'équilibre de l'organisme. Il n'est donc pas nécessaire de voir le patient plusieurs fois. Au contraire, le retour d'un médecin met en doute la qualité du remède prescrit et donc la capacité du médecin à soigner la maladie, ce qui peut nuire à sa réputation professionnelle, mais aussi faire peur à la famille du patient¹⁶⁹. Le docteur Rouffiandis, qui travaille à Fuzhou, dans la province côtière du Fujian, durant l'épidémie de peste de 1902, décrit avec consternation la réaction négative des Chinois à ses tentatives d'assurer le suivi de ses patients :

Les médecins indigènes ne visitent, d'ordinaire, leurs malades qu'une seule fois ; ils prescrivent un traitement et, dans la plupart des cas, leur rôle est terminé après cette première visite. Aussi, quand je voulus approcher tous les jours des personnes auxquels j'avais injecté du sérum, je me heurtai à une résistance considérable de la part des membres de la famille, et, dans plusieurs circonstances, je dus même pénétrer par la force jusqu'au lit du patient. Mon insistance fut d'ailleurs considérée comme tellement importune, que plusieurs familles abandonnèrent leur domicile en emportant leurs malades et se réfugièrent à la campagne pour se soustraire à mes visites¹⁷⁰.

La croyance qui veut que tous les problèmes de santé puissent être réglés à l'aide de médicaments s'ancre donc fermement dans l'imaginaire populaire. Ainsi, puisque la maladie est la représentation physique d'une instabilité intérieure, le remède doit contenir des ingrédients qui peuvent rétablir l'équilibre interne du *qi*. Toute forme de thérapie invasive, que ce soit la chirurgie, les bains glacés ou l'utilisation de l'alcool

¹⁶⁹ J. L. Michoud, «Rapport médical pour le semestre finissant le 30 septembre 1895 sur la situation sanitaire de Mengtsh» dans *Half-Yearly Medical Reports, 1889-1896, Special Series n° 2, n° 37-51*, Chine, Imperial Maritime Customs [*Haiguan zong shuiwu si shu*, 海关总税务司署], Shanghai, Statistical Department of the Inspectorate General of Customs, 1891-1897, p. 42 ; M. Rouffiandis, « Notes sur l'épidémie de peste de Fou-tchéou : avril à octobre 1902 », *Annales d'hygiène et de médecine coloniale*, n° 7, 1904, p. 428.

¹⁷⁰ M. Rouffiandis, « Notes sur l'épidémie de peste de Fou-tchéou : avril à octobre 1902 », *loc. cit.*, p. 428.

est considérée comme dangereuse, car elle peut accentuer le déséquilibre de l'organisme et donc empirer l'état d'un malade au lieu de le soigner.

À la fin du XIX^e siècle, alors que le sud-ouest de la Chine est confronté à des nombreuses flambées de peste bubonique, la population reste méfiante à l'égard des traitements occidentaux et tout particulièrement à l'utilisation de l'alcool et de bains réfrigérants. Ces interventions influencent la température corporelle, ce qui va à l'encontre des principes fondamentaux de la médecine chinoise¹⁷¹. Les Chinois préfèrent utiliser des remèdes traditionnels qui agissent plus doucement sur l'organisme. Ils brûlent des bâtons d'encens et du jonc odorant pour désinfecter l'air et prévenir la maladie. Lorsqu'une personne tombe malade, les médecins prescrivent des médicaments qui servent à « refroidir » doucement le corps, comme, par exemple, la rhubarbe, réputée pour sa capacité à combattre l'aspect « chaud » de la *wenbing*¹⁷².

L'accent que la médecine chinoise met sur la pharmacopée empêche souvent les médecins occidentaux qui travaillent en Chine à la fin du XIX^e siècle de soigner les patients et de mettre en place les mesures prophylactiques inspirées des pratiques médicales en vigueur en Europe à cette époque¹⁷³. Ainsi, le docteur J. L. Michoud, qui travaille pour le service des douanes impériales dans la ville de Mengzi, dans l'est de la province du Yunnan, remarque dans ses notes :

(...) ne pouvant compter sur aucun remède efficace, capable par ses effets curatifs de frapper l'imagination des indigènes et de les décider à recourir à nous. Car ce que le natif recherche en s'adressant au médecin, quel qu'il soit, ce n'est pas un traitement judicieux ou des soins éclairés, c'est uniquement une drogue, un médicament quelconque. Ne rien prescrire, c'est pour le Chinois de Mengtsz [c.-à-d. Mengzi] ignorer totalement son art¹⁷⁴.

¹⁷¹ *Ibid.*, p. 52.

¹⁷² U.K. Parliamentary Papers, 1894, C.7461 Hong Kong. *Correspondence relative to the outbreak of bubonic plague at Hong Kong*, n° 19, « Consul at Pakhoi to Colonial secretary », 16 mai 1894.

¹⁷³ J. L. Michoud, *loc. cit.*, p. 42.

¹⁷⁴ *Ibid.*, p. 41.

Dans la pensée médicale chinoise, la caractéristique qui différencie les bons et les mauvais médecins est donc la capacité à trouver le remède juste, le médicament qui prend en compte tous les facteurs qui puissent causer la maladie, qu'ils soient intérieurs ou extérieurs, et qui permet de soigner la source de la maladie et non pas ses conséquences.

2.2. L'épidémie : un fléau aux sources variées

Au XIX^e siècle, deux théories distinctes tentent d'expliquer les épidémies en Chine. Selon les médecins, les épidémies s'expliquent par le concept de *wenbing*, un mal saisonnier qui dégénère à cause des dérèglements climatiques. Dans l'imaginaire populaire, les épidémies sont le résultat d'un châtement divin infligé à la population par des esprits maléfiques ou des démons à la solde du Ciel¹⁷⁵. L'interaction de ces deux positions influence la réaction des autorités lorsqu'une maladie contagieuse frappe la population.

2.2.1. Une explication médicale des épidémies

D'un point de vue médical, l'épidémie découle d'une instabilité du *qi* dans l'organisme. Jusqu'au XIX^e siècle, deux théories se confrontent pour expliquer le développement épidémique. Les théoriciens classiques comme Wang Shuhe, médecin du III^e siècle qui a écrit un commentaire très influent du *Huangdi Neijing*¹⁷⁶, croient que les épidémies sont causées par des températures basses, hors des normales saisonnières. Selon eux, s'il fait chaud en hiver ou froid au printemps, le nombre d'infections augmente¹⁷⁷. Pour cette raison, ils estiment qu'il faut les traiter de la même manière qu'une infection saisonnière habituelle. Cette théorie continue d'inspirer les médecins chinois jusqu'à la fin du XIX^e siècle. Par exemple, Cheng

¹⁷⁵ Carol Ann Benedict « Bubonic plague in nineteenth-century China », *loc. cit.*, p. 141.

¹⁷⁶ Q. Y. Meng, « Analysis of Wang Shuhe's academic contribution and epistemology », *Zhonghua yishi zazhi*, vol. 40, n° 6, novembre 2010, p. 323.

¹⁷⁷ Yuan-ling Chao, *op. cit.* p. 94.

Zhen'ge, un médecin du sud du Guangdong qui participe à des dissections dans des hôpitaux anglais de Singapour en 1880, pense que les températures anormales et la pollution créent un *duqi* [毒气], un air empoisonné, qui se répand partout au gré du vent, causant ainsi les épidémies¹⁷⁸ :

Ce *qi* rend malade. Si la personne ne mange pas de façon équilibrée, ou si son sang et son *qi* ne sont pas en harmonie, à son contact, le *qi* empoisonné entre par la bouche et le nez dans le système respiratoire (...) Il finit par envahir l'ensemble du corps (...) On peut en mourir au bout d'une heure ou deux, ou au bout de 2 ou 3 jours¹⁷⁹.

Pour empêcher l'entrée du *duqi* il est nécessaire de manger correctement pour avoir un *qi* et un sang équilibré¹⁸⁰.

Toutefois, déjà aux XIII^e et XIV^e siècles, l'inefficacité des traitements réservés aux maux saisonniers incite les médecins chinois à remettre en doute les remèdes traditionnels prescrits par les ouvrages classiques¹⁸¹. He Mengyao (1693–1764), un fonctionnaire et lettré chinois du début de la dynastie Qing qui a écrit de nombreux ouvrages de médecine dont un traité sur les techniques de lecture du pouls¹⁸², souligne qu'il y a une différence entre les infections saisonnières dites froides (*shanghan*) et les maladies fébriles de type épidémique. Il tente d'expliquer l'épidémie par la pénétration d'un *qi* qui n'est pas seulement anormal pour la saison, mais aussi pour le cosmos¹⁸³. Wu Youxing (1582-1652), qui a écrit un traité sur le développement des épidémies, le *Wenyilun* [温疫論], propose une autre théorie en

¹⁷⁸ Florence Bretelle-Establet, « Les épidémies en Chine à la croisée des savoirs et des imaginaires : le Grand Sud au XVIII^e et XIX^e siècles », *Extrême-Orient Extrême-Occident*, n° 37, 2014, p. 41.

¹⁷⁹ Cheng Zhen'ge, *Yi gang cong shu*, 1892, trad. et rapporté dans Florence Bretelle-Establet, « Les épidémies en Chine à la croisée des savoirs et des imaginaires », *loc. cit.*, p. 41.

¹⁸⁰ Florence Bretelle-Establet, *loc. cit.*, p. 47.

¹⁸¹ W. Zhengou, X. Peiping, et C. Ping, *History and Development of Traditional Chinese Medicine*, Beijing, IOS Press, 1999, p. 217.

¹⁸² X. Ma, « Research on achievement on pulsology in Yi bian (Medical bank stone) by He Mengyao », *Zhonghua yishi zazhi*, vol. 31, n° 4, 2001, p. 224.

¹⁸³ Florence Bretelle-Establet, *loc. cit.*, p. 39.

stipulant que l'épidémie est le résultat d'un air putride et malfaisant, le *liqi* [戾气]¹⁸⁴. Curieusement, cette vision se rapproche des théories miasmatiques qui inspirent le *Sanitary Movement* britannique au XIX^e siècle, car jusqu'à la découverte officielle du bacille de la peste en 1894 par les docteurs Yersin et Kitasato, on pense que la peste est causée par des exhalaisons provenant du sol¹⁸⁵. De nombreux médecins chinois partagent cet avis : ils croient que la maladie remonte du sol par la terre poreuse en infectant d'abord les rongeurs qui y vivent¹⁸⁶.

2.2.2. L'épidémie comme châtement divin

Les médecins chinois conçoivent le développement des maladies comme un phénomène médical qui peut être traité à l'aide du savoir que contiennent les ouvrages classiques. Cette perspective n'est toutefois pas partagée par toute la population. L'imaginaire populaire dépeint plutôt l'épidémie comme un châtement spirituel. D'une part, la population croit que la peste résulte d'actions d'esprits maléfiques ou de la fureur des ancêtres défunts. Pour s'en débarrasser, il faut faire appel à l'exorcisme ou pratiquer des rituels afin de calmer les démons¹⁸⁷. D'autre part, selon une tradition plus tardive et influencée par les pensées taoïste et confucéenne, les épidémies sont un châtement divin infligé à toute la population pour ses mauvaises actions. Dans l'imaginaire religieux populaire, le Ciel est organisé de la même façon que la vie sur terre : une bureaucratie céleste se divise en de nombreux ministères qui régissent différents aspects du monde, et, à leur tête, se trouve l'Empereur de Jade. À la fin du XIX^e siècle, les Chinois croient qu'il existe un ministère céleste des

¹⁸⁴ Frédéric Obringer, « Wu Youxing et les Épidémies Pestilentielles : Une figure d'expert médical à la fin des Ming », *Revue de synthèse*, vol. 131, n° 3, 2010, p. 343.

¹⁸⁵ HKPL, Old Hong Kong Newspapers, « Docteur Kitasato on the Plague Bacillus », *Hong Kong Daily Press*, 12 juillet 1894, p. 2. <https://mmis.hkpl.gov.hk/old-hk-collection> (15 janvier 2018)

¹⁸⁶ A. Sharp Deane, « Dr. A Sharp Deane's Report on the Health of Pakhoi (Beihai) » dans *Half-Yearly Medical Reports, 1889-1896, Special Series n° 2, n° 37-51*, Chine, Imperial Maritime Customs [Haiguan zong shuiwu si shu, 海关总税务司署], Shanghai, Statistical Department of the Inspectorate General of Customs, 1891-1897, p. 32.

¹⁸⁷ Florence Bretelle-Establet, *loc. cit.*, p. 28.

épidémies avec de nombreux fonctionnaires dont la tâche principale est d'observer la population et d'évaluer son comportement. À la fin de chaque année, si les fautes des vivants dépassent leurs mérites, l'Empereur de Jade demande à ses fonctionnaires d'envoyer des calamités pour les punir. Les démons de peste, les *yigui* [疫鬼], partent alors disséminer la maladie au sein de la population¹⁸⁸. La maladie est donc perçue comme une punition céleste : le peuple peut tenter de réduire son impact, mais ne peut pas l'éviter entièrement.

Une légende notée par le docteur Rouffiandis lors de l'épidémie de peste bubonique de 1902 illustre bien l'influence que ces croyances exercent sur l'imaginaire populaire :

Il y a quelques semaines, un homme rentrait chez lui vers minuit, revenant de chez des amis. Deux personnes ayant la figure toute noire marchaient rapidement devant lui. Il s'aperçoit tout à coup qu'un papier vient de tomber de la poche de l'une de ces deux personnes ; il le ramasse, et il est tout surpris de lire sur ce billet le nom de tous les malades qui doivent mourir de la peste pendant les trois jours suivants. Il y trouve le nom de plusieurs personnes qu'il connaissait ainsi que son propre nom : ce dernier étant écrit sur le bord du papier, il le déchire. À peine avait-il fait cela que les deux diables reviennent vers lui pour lui réclamer le billet ; il le rend et on le remercie. Il rentre immédiatement chez lui. Pendant les trois jours suivants, toutes les personnes dont les noms avaient été inscrits sur ce papier sont mortes l'une après l'autre de la peste ; lui seul a échappé à la maladie¹⁸⁹.

Cette histoire révèle bien l'aspect fatal de la peste et son statut de châtement divin qui rend l'épidémie inévitable : il est possible de tromper les esprits, mais il est impossible d'empêcher leur travail. Ainsi, en 1894 à Canton, lors d'une épidémie de peste, les membres de la *Société pour l'accomplissement de bonnes actions* déclarent que le dieu de la guerre, Guan Yu [关羽], vénéré pour sa vertu, les a contactés pour leur dire que : « les Cieux étaient irrités, que le monde était surpeuplé et logeait des

¹⁸⁸ Florence Bretelle-Establet, *loc. cit.*, p. 28.

¹⁸⁹ M. Rouffiandis, « Théories chinoises sur la peste », *loc. cit.*, p. 343.

créatures impies : que même des enfants pas plus haut que trois pieds étaient remplis de viles actions »¹⁹⁰. C'est donc le manque d'honnêteté, de vertu et de sincérité qui encourage le Ciel à déclencher une épidémie de la peste. Des démons *yigui* sont alors envoyés sur Terre pour punir les hommes et seul le respect rigoureux des rituels taoïstes et des valeurs confucéennes peut protéger les humains de la maladie¹⁹¹. À l'image des croyances sur les *yigui*, les traditions ésotériques continuent d'occuper une place importante dans l'imaginaire chinois tout au long du XIX^e siècle.

2.2.3. Entre méthodes surnaturelles et médecine occidentale

En 1894, Hong Kong et Canton affrontent la même épidémie de peste bubonique. À Hong Kong, le gouvernement colonial met en place plusieurs mesures inspirées du programme de prophylaxie britannique. Cependant, l'épidémie diminue graduellement et s'estompe simultanément dans les deux villes. L'inefficacité relative des méthodes occidentales provient en partie du manque de connaissances sur les causes de la maladie. Jusque la publication des travaux du docteur Simond en 1898, la puce du rat n'est pas encore identifiée comme le principal vecteur dans la transmission de la peste. Dès lors, la médecine « moderne » pratiquée par les médecins occidentaux qui se trouvent en Chine n'est pas nécessairement à même d'endiguer la peste plus rapidement que les mesures entreprises par les autorités chinoises.

Comme le mentionne John Dudgeon, les Chinois acceptent les nouvelles techniques médicales venues de l'Occident seulement si elles démontrent, de façon indéniable, leur efficacité ou bien si elles ressemblent à des pratiques médicales chinoises¹⁹². Ce fut le cas, notamment, du vaccin contre la variole. En Chine, il existe plusieurs

¹⁹⁰ J. A. Portengen, « Une théorie chinoise sur l'étiologie et la thérapie de la peste », *Archives internationales pour l'histoire de la médecine et pour la géographie médicale*, Janus, Amsterdam, 1896-1897, p. 464.

¹⁹¹ J. A. Portengen, *loc. cit.*, p. 461-466.

¹⁹² John Dudgeon, *op. cit.*, p. 44.

méthodes d'inoculation depuis le XVII^e siècle et, par conséquent, l'introduction des techniques occidentales de vaccination ne rencontre pas de résistance au sein de la population¹⁹³. Mais, généralement, aux yeux de nombreux Chinois, les méthodes occidentales de contrôle sanitaire et de lutte contre la peste ne paraissent pas supérieures aux techniques médicales utilisées en Chine.

À cause de la réticence de la population à recourir aux services des étrangers, les médecins occidentaux n'arrivent pas à arrêter la propagation de la maladie et à démontrer l'efficacité de leurs méthodes. Ainsi, durant l'épidémie de peste bubonique de 1902 à Fuzhou, le docteur Rouffiandis utilise un sérum antipesteux développé par l'institut Pasteur à la suite des découvertes de Yersin et de Simond. Malgré le caractère révolutionnaire de ce traitement, seuls 33 des 73 de ses patients survivent¹⁹⁴. En fait, pour être efficace, le sérum nécessite que les patients soient isolés et gardés sous supervision du médecin jusqu'à leur rétablissement. Cependant, une telle séparation des malades et de leur famille va à l'encontre de la morale confucéenne. Ainsi, malgré l'appui officiel de l'administration de la ville, cette tentative d'appliquer les méthodes occidentales échoue.

De plus, certains intellectuels chinois contestent l'idée qu'une infection puisse être transmise d'un individu à l'autre. Ils craignent que ces idées puissent mener à l'abandon des malades par leur famille et ainsi influencer, de manière négative, l'ordre social chinois fondé sur les idées confucéennes. Au contraire, les lettrés chinois croient que la contagion est un phénomène aléatoire, un fruit du hasard, impossible à prévoir et donc à prévenir¹⁹⁵.

La croyance que les épidémies proviennent de sources surnaturelles prend une place si importante dans l'imaginaire collectif chinois que la grande majorité des efforts de

¹⁹³ Pour plus d'information voir, par exemple, Anne-Marie Moulin, *L'Aventure de la vaccination*, Paris, Fayard, 1996.

¹⁹⁴ M. Rouffiandis, « Notes sur l'épidémie de peste de Fou-tchéou : avril à octobre 1902 », *loc. cit.*, p. 430.

¹⁹⁵ Florence Bretelle-Establet, *loc. cit.*, p. 46.

prophylaxie consiste en des rituels appelés à apaiser les esprits malfaisants. Par exemple, pour prévenir la propagation de la peste bubonique au Yunnan, on purifie les maisons, en allumant du feu dans toutes les chambres, ce qui est censé chasser les mauvais esprits¹⁹⁶. Les préfets des villes touchées par des épidémies organisent souvent de grands défilés militaires pour effrayer les démons¹⁹⁷. Les gouverneurs de certaines provinces vont jusqu'à décréter le début d'une nouvelle année pour confondre les fonctionnaires de la bureaucratie céleste, afin de leur faire croire que les quotas de malheur ont déjà été atteints. Cette mesure doit donc théoriquement mettre fin à la vague de pestilence¹⁹⁸.

2.3 L'hygiène personnelle et la santé publique en Chine du XIX^e siècle

Vers la fin du XIX^e siècle, les Européens maintiennent une opinion assez négative de l'hygiène publique chinoise. Dans ses notes sur Longzhou, un district du Guangxi à la frontière du Vietnam, P. L. Simond, le médecin français dont les recherches publiées en 1898 permettent de prouver le rôle de la puce du rat dans la transmission de la peste bubonique, souligne que « le terme d'hygiène ne saurait avoir aucun sens pour lui (c.-à-d. le Chinois) : la propreté qui en est la base ne lui apparaît que comme un luxe superflu et inutile »¹⁹⁹. Malgré ces préjugés, les notes des médecins occidentaux sur la santé publique en Chine constituent une source précieuse d'information pour analyser l'évolution du système sanitaire chinois et la mise en place de mesures d'hygiène publique et personnelle.

¹⁹⁶ Émile Rocher, *La province du Yunnan*, vol. 1, Paris, Ernest Leroux, 1879, p. 75.

¹⁹⁷ *Ibid.*, p. 74.

¹⁹⁸ Alexander Rennie, «Report on the plague prevailing in Canton during the Spring and Summer of 1894», dans *Half-Yearly Medical Reports, 1889-1896, Special Series n° 2, n° 37-51*, Chine, Imperial Maritime Customs [*Haiguan zong shuiwu si shu*, 海关总税务司署], Shanghai, Statistical Department of the Inspectorate General of Customs, 1891-1897, p. 72.

¹⁹⁹ P. L. Simond, « Notes d'histoire naturelle et médicale recueillies à Long-Tchéou pendant les années 1892, 1893 et 1894 : mœurs et coutumes médicales », *Archives de médecine navale et coloniale*, n° 64, 1895, p. 40.

2.3.1. L'hygiène publique en Chine du XIX^e siècle

La population chinoise entretient une relation ambivalente envers la question sanitaire. Alors que l'hygiène personnelle tient une place importante dans la société, l'assainissement des lieux publics est laissé à la discrétion des particuliers. Par exemple, la population ne semble pas accorder une grande importance à la condition générale des rues. Chaque résidant d'une localité est responsable de nettoyer sa section de la voie publique. Les habitants balayent et nettoient l'entrée de leur demeure, mais personne n'a l'obligation d'assainir les espaces communs. Pour cette raison, les rues sont souvent encombrées de divers déchets²⁰⁰. Le consul britannique à Beihai, une ville portuaire du sud-ouest de la Chine, souligne cette particularité des villes chinoises en disant que « with the growth in population of a Chinese town its unhealthiness must rapidly increase, as no native administration has the intelligence or energy to do anything worth mentioning towards cleaning the streets²⁰¹ ». Comme la propreté de la ville est une responsabilité partagée par toute la population, personne n'est disposé à s'en occuper.

Outre l'insalubrité des rues, la déresponsabilisation des individus et du gouvernement empêche les infrastructures sanitaires qui existent déjà de fonctionner correctement. C'est notamment le cas des drains et des égouts²⁰². À Canton, par exemple, l'écoulement naturel des égouts constitue un défi puisque la ville s'étale sur une plaine avec très peu d'élévation. C'est pourquoi, à l'exception des périodes de grandes pluies, les drains tendent à se boucher, ce qui crée de grandes mares de détritrus se décomposant à l'air libre. Comme pour les voies publiques, la responsabilité de nettoyer les égouts revient à chaque maisonnée. Par conséquent, la

²⁰⁰ *Ibid.*, p.40.

²⁰¹ U.K. Parliamentary Papers, C.7461, *op. cit.*

²⁰² John Dudgeon, *op. cit.*, p. 6-12.

population s'occupe uniquement de la section qui leur est propre, ce qui encourage les conduits à se boucher²⁰³.

Le problème est commun à plusieurs autres grandes villes chinoises de l'époque. Les drains publics de Hankou, l'une des trois villes qui fusionnent dans les années 1920 pour devenir la capitale du Hubei, Wuhan, sont constamment bloqués par des accumulations de boue et de débris. De plus, comme les latrines s'y déversent, la canalisation représente un danger pour la qualité de l'eau. Lorsqu'il pleut, les bouchons causent une accumulation d'eau polluée qui contamine les puits d'où les habitants de Hankou prennent leur eau potable²⁰⁴.

L'élimination des déchets domestiques et l'accès à une eau potable sont des défis de taille à cette époque. Puisqu'une partie importante des toilettes est publique, les excréments sont habituellement accumulés dans des réservoirs communs sur le côté des routes. Ils sont ensuite vidés manuellement par des agriculteurs qui utilisent leur contenu comme engrais pour fertiliser leurs champs²⁰⁵. La fréquence de la vidange de ces réservoirs varie énormément d'une ville à l'autre. Ainsi, à Canton, ils sont vidés tous les jours, alors qu'à Hankou, seulement toutes les trois ou quatre semaines²⁰⁶. À Fuzhou, des jarres de terre cuite sont installées à tous les 50 mètres pour accueillir les matières fécales et ne sont vidées que plusieurs jours après avoir été remplies et laissées à l'air libre²⁰⁷. Le risque de déversement de ces déchets dans les rivières et de contamination éventuelle de l'eau potable des nombreuses villes chinoises est donc assez important, comme le précise le docteur Dudgeon :

the alvine dejections and other impurities of thousands of inhabitants along it are daily discharged into the stream, yet the water, too dirty even for washing, is daily used for culinary purposes without being filtered, or

²⁰³ Alexander Rennie, *loc. cit.*, p. 68.

²⁰⁴ John Dudgeon, *op. cit.*, p. 9.

²⁰⁵ Alexander Rennie, *loc. cit.*, p. 68.

²⁰⁶ *Ibid.* ; Dudgeon, *op. cit.*, p. 9., Rouffiandis, « Notes sur l'épidémie de peste de Fou-tchéou : avril à octobre 1902 », *loc. cit.*, p. 418.

²⁰⁷ Rouffiandis, « Notes sur l'épidémie de peste de Fou-tchéou : avril à octobre 1902 », *loc. cit.*, p. 418.

is precipitated with alum as is done elsewhere. Here we should expect the prevalence of such diseases as typhoid and diarrhoea among the inhabitants occurring often enough to excite attention, but their very impunity is one of the reasons for their continuing to use the water²⁰⁸.

Ainsi, bien que l'eau polluée par les déjections de la population représente une source dangereuse d'infections comme la typhoïde ou le choléra²⁰⁹, les premières politiques visant à promouvoir la santé publique n'apparaissent en Chine qu'après la mise en place du gouvernement républicain en 1912. À Canton, la ville n'entreprend d'assainir l'eau potable qu'après une épidémie de choléra en 1932²¹⁰.

2.3.2. L'hygiène domestique

Au XIX^e siècle, le modèle traditionnel chinois d'organisation de l'espace familial accentue également les risques de contagion. Les demeures qui logent toute une famille sont généralement formées de pavillons séparés par des cours intérieures. Leur nombre varie selon le rang social des propriétaires. Les habitants partagent leur espace de vie avec divers animaux d'élevage, allant du chien au cheval, en passant par les canards, les poules et les cochons²¹¹. La vie en promiscuité avec les animaux encourage la contagion lors d'épidémies. Par exemple, en Chine du Sud, le plancher dans les résidences aisées est double, ce qui crée un espace vide entre deux couches de plancher, un lieu propice à la prolifération des rats. Cette structure des maisons chinoises favorise donc le développement de la peste bubonique, puisque la puce du rat en est le vecteur principal. Les maisons dans lesquelles résident les familles pauvres sont quant à elles souvent surpeuplées. Pour cette raison, les déchets et les

²⁰⁸ John Dudgeon, *op. cit.*, p. 8.

²⁰⁹ Alexander Rennie, *loc. cit.*, p. 68.

²¹⁰ Shuk-Wah Poon, « Cholera, public health, and the politics of water in Republican Guangzhou », *Modern Asian Studies*, vol. 47, n° 2, 2013, p. 436.

²¹¹ M. Rouffiandis, « Notes sur l'épidémie de peste de Fou-tchéou : avril à octobre 1902 », *loc. cit.*, p. 417.

ordures tendent à s'y accumuler. Par le fait même, elles offrent une source de nourriture en renouvellement constant pour les rongeurs²¹².

Lors du décès d'un membre de la famille, il est habituel de garder le corps du défunt à la maison pendant un certain temps. Cette coutume oblige les proches du défunt à conserver la dépouille dans l'une des pièces de la demeure familiale pour une durée variant selon le statut social de la personne décédée²¹³. Lors d'un décès dû à une maladie, cette pratique devient une source potentielle de contagion. En effet, quoique reconnaissant qu'il soit dangereux de garder le corps d'un malade à la maison, la tradition demande aux familles de le faire. Lorsque la personne meurt à la suite d'une maladie, la famille a le devoir de prendre en charge les « mauvais esprits » qui l'ont causée, car « les esprits, toujours plus forts que les remèdes sont d'autant plus redoutables qu'après la mort d'une victime ils demeurent dans la maison où ils se plaisent à en choisir une nouvelle »²¹⁴.

De plus, selon les traditions religieuses d'origine bouddhique et taoïste, les fautes d'un défunt peuvent être transférées à sa famille si l'on n'accomplit pas les rituels appropriés pour chasser les démons à l'aide d'arsenic. L'enterrement immédiat du corps peut, au contraire, provoquer la haine des esprits, et ensuite les entraîner à attaquer la famille du défunt²¹⁵. Dans le cas du décès d'un étranger, d'un serviteur originaire d'une autre province ou d'un visiteur, la famille ne peut pas se permettre de prendre le même risque. Il arrive donc qu'un mourant soit abandonné à l'extérieur de la maisonnée familiale, s'il n'a pas de lien de famille avec ceux chez qui il habitait²¹⁶. Lors d'épidémies particulièrement meurtrières, les proches d'un patient gravement malade décident parfois d'abandonner celui-ci à l'extérieur de la ville. En le laissant

²¹² Carol Ann Benedict « Bubonic plague in nineteenth-century China », *loc. cit.*, p. 137.

²¹³ John Dudgeon, *op. cit.*, p. 41-42.

²¹⁴ P. L. Simond, *loc. cit.*, p. 45.

²¹⁵ Florence Bretelle-Establet, *loc. cit.*, p. 46.

²¹⁶ P.L. Simond, *loc. cit.*, p. 46.

mourir au grand air, ils essaient d'éviter que son âme ne reste dans le monde des vivants pour hanter la famille²¹⁷.

Le comportement des individus lors d'épidémies peut lui aussi augmenter les risques de contagion. Par exemple, lorsqu'à la fin du XIX^e siècle, la peste bubonique se propage au Guangxi par les caravanes de mulets ravitaillant les postes militaires sur la frontière tonkinoise²¹⁸, le docteur P. L. Simond remarque que: «les habitants d'une maison où un cas s'est produit abandonnent leur domicile pour aller demeurer chez des amis ou des parents, et la peste arrive avec eux, soit qu'elle frappe leurs hôtes, soit qu'elle les frappe eux-mêmes»²¹⁹. Dès qu'un cas se déclare dans une ville, les habitants plient leurs bagages et s'enfuient en amenant la peste avec eux à l'intérieur du pays. Les villes ne sont donc pas les seules à être touchées, les campagnes environnantes le sont elles aussi. Par conséquent, le déplacement des familles accentue le phénomène de contagion, alors qu'ils tentaient de l'éviter.

De plus, la fuite massive de la population peut accentuer la crise humanitaire que l'épidémie crée. Par exemple, de nombreuses flambées de peste bubonique se produisent dans la province du Yunnan dans les années 1870. Aux premiers signes de peste, la population abandonne les maisons pour s'enfuir en montagne. Comme le décrit Émile Rocher, un voyageur français qui participe à une expédition au Yunnan pour y vendre des canons européens : « En quittant Chan-i-chou la route monte sur des collines boisées : ça et là le riz, encore sur pied, pourrit dans les rizières humides : les cultivateurs ont fui devant la peste qui, depuis quelques années, a fait dans cette contrée des ravages épouvantables »²²⁰. Les villages sont abandonnés et les récoltes pourrissent dans les champs. Le commerce diminue et la nourriture se fait rare. Ainsi,

²¹⁷ *Ibid.*, p. 46.

²¹⁸ Le nord du Vietnam actuel, alors un protectorat français

²¹⁹ P. L. Simond, «La propagation de la peste», *Annales de l'institut Pasteur : Journal de microbiologie*, vol. 12, n° 10, 1898, p. 637.

²²⁰ Émile Rocher, *op. cit.*, p. 74.

la peur de l'épidémie engendre une famine qui peut être tout aussi dévastatrice que la maladie elle-même.

Malgré les nombreuses sources de contagion possibles, les cas de maladies intestinales comme la dysenterie ou la typhoïde demeurent peu communs en Chine dans la seconde moitié du XIX^e siècle. Cette particularité reflète l'importance que l'hygiène personnelle occupe dans la vie quotidienne des Chinois. La santé est une question personnelle et non pas un enjeu public. L'accent n'est pas placé sur la santé publique, mais bien sur l'hygiène de vie. Comme dans la médecine traditionnelle, la majorité des pratiques sanitaires ont pour but de maintenir un équilibre interne et de renforcer le corps. L'hygiène relève donc davantage du domaine culturel qu'institutionnel. Ainsi, selon John Dudgeon, la santé des Chinois est assez bonne lorsque comparée à leurs contemporains britanniques²²¹. Il croit que cette vitalité provient de meilleures habitudes de vie qui découragent les excès : ils consomment moins d'alcool, s'alimentent d'ingrédients plus sains et dorment mieux²²². En Chine, la santé est une question personnelle que l'on maintient en faisant preuve de tempérance. Les familles sont responsables de leur propre santé et contrairement à ce qui se produit en Grande-Bretagne durant la seconde moitié du XIX^e siècle, le gouvernement n'a pas à s'immiscer dans l'espace familial par des projets de santé publique.

2.4. Le rôle de l'État dans la gestion des épidémies en Chine

L'idéologie libérale et les nouvelles théories médicales sur la contagion influencent la prophylaxie britannique du XIX^e siècle. De la même façon, les techniques de gestion des épidémies utilisées par le gouvernement chinois sont directement liées aux idéologies et aux croyances répandues au sein de l'Empire chinois à la fin du XIX^e siècle.

²²¹ John Dudgeon, *op. cit.*, p. 22.

²²² *Ibid.*, p. 3.

2.4.1. L'influence des idéologies chinoises sur la santé publique

La pensée de Confucius va influencer l'organisation de l'ordre public chinois pendant plusieurs siècles, suite à son adoption comme doctrine officielle de l'État chinois durant le règne de l'empereur Wudi de la dynastie des Han au II^e siècle av. J.-C.²²³. Le système confucéen accorde une grande importance à l'harmonie pour le maintien d'une société et d'un État. Pour vivre en harmonie avec l'Univers, l'homme doit se comporter avec retenue et modération, il doit s'adapter à un système hiérarchique qui met l'accent sur le culte des ancêtres et sur la soumission à l'autorité²²⁴. Au XIX^e siècle, la société chinoise s'organise selon des relations de pouvoir basées sur la piété filiale, *xiao* [孝]. Au niveau de la famille, cela veut dire qu'un enfant doit obéir et respecter ses parents. Dans la société, le principe de la piété filiale se traduit par un devoir d'obéissance et de respect envers les autorités et la personne de l'empereur qui est, en quelque sorte, le père de la nation. En contrepartie, les autorités doivent s'occuper de la population comme un père s'occupe de sa famille.

Comme le mentionne Yuan-ling Chao dans son étude sur la place de la médecine au sein de la société chinoise à la fin du XIX^e siècle, l'État considère la nécessité d'assurer la santé publique comme une entreprise bienveillante et comme une obligation morale du pouvoir impérial envers ses sujets²²⁵. La relation entre l'administration et la population est réciproque, le peuple a le devoir d'offrir son respect et son obéissance aux dirigeants, mais l'État est moralement obligé de prendre soin de ses sujets. Les fonctionnaires s'assurent de maintenir l'ordre social en offrant un peu de soulagement aux pauvres et aux nécessiteux²²⁶. La relation qui unit les dirigeants et les dirigés est morale plutôt que légale ou économique. Ainsi, alors

²²³ Graham Hutchings, *Modern China : A Guide to a Century of Change*, Cambridge : Harvard University Press, 2001, p. 86 ; Michael Loewe, « "Confucian" Values and Practices in Han China », *T'oung Pao*, vol. 98, 2012, p. 8.

²²⁴ Jonathan D. Spence, *op. cit.*, p. 791.

²²⁵ Yuan-ling Chao, *op. cit.*, p. 53.

²²⁶ *Ibid.*, p. 132.

qu'en Grande-Bretagne l'ingérence de l'État dans la gestion de la santé publique se traduit par la mise en place de lois et de règlements, en Chine, le gouvernement n'adopte pas d'approches aussi directes²²⁷.

L'un des objectifs du gouvernement est de promouvoir l'harmonie au sein de la société par la bonne gouvernance et par une politique bienveillante (*renzheng* [仁政]). Lorsque des calamités frappent, que ce soit une épidémie, une inondation ou une famine, le pouvoir impérial s'efforce de réduire la souffrance de la population touchée pour éviter les tensions politiques et donc préserver l'ordre social établi. Sur place, ce sont les dirigeants de l'administration locale, les magistrats, qui se chargent de mettre en œuvre cette politique de bienveillance en aidant les sinistrés²²⁸. Cette aide peut prendre plusieurs formes. Par exemple, lors de famines, les autorités organisent la distribution gratuite de gruaux de riz dans les lieux publics afin d'aider la population à survivre, mais aussi, comme le mentionne le magistrat Huang Liuhong en 1690 : « famine relief should be administered with the purpose of preventing the recipients from leaving home, so that the government can retain millions of people on tax rolls. »²²⁹. Ainsi, s'il est important d'offrir des secours à la population touchée par une catastrophe, la motivation des autorités n'est pas forcément désintéressée. L'objectif est de maintenir l'harmonie sociale, l'ordre public et par le fait même les revenus fiscaux.

2.4.2. L'intervention gouvernementale

En outre, le code juridique des Qing garanti l'assistance à tous les démunis : la loi demande que toutes les personnes pauvres, infirmes et destituées soient entretenues et protégées par le magistrat de leur district d'origine, faute d'avoir une famille pouvant

²²⁷ *Ibid.*, p. 53.

²²⁸ Yuan-ling Chao, *op. cit.*, p. 135.

²²⁹ *Ibid.*, p. 136.

les prendre en charge²³⁰. Si un fonctionnaire refuse de fournir cette protection à la population, il peut recevoir 60 coups de fouet. Si les magistrats n'offrent pas de compensations acceptables, ils peuvent être accusés de détourner des fonds publics et ensuite punis avec toute la sévérité de la loi chinoise. Toutefois, la loi ne prévoit pas la constitution d'un budget spécial pour financer ces mesures et le pouvoir central n'accorde pas de subventions systématiques pour assurer leur application. Il est donc de la responsabilité des fonctionnaires locaux d'aider la population dans le cas d'un sinistre et de trouver les fonds nécessaires pour financer ces efforts²³¹.

Lors des épidémies, l'enterrement des corps abandonnés est également assumé par l'administration. Le magistrat trouve d'abord un endroit pour y établir un cimetière collectif en achetant un terrain propice à l'enterrement des corps. Pour réaliser cet achat, il sollicite des contributions de la part de familles locales fortunées, où bien, il est obligé d'utiliser ses fonds personnels. Les dépouilles non réclamées, souvent des corps de personnes démunies ou ceux d'étrangers, peuvent alors y être enterrées. Lorsqu'on retrouve un cercueil abandonné, on le signale à l'administration où aux moines du temple le plus proche qui se chargent ensuite de son enterrement au sein de ce cimetière collectif. Il revient donc aux dirigeants d'enterrer les habitants qui n'ont plus de famille pour prendre la responsabilité de leur corps. Si l'administration locale possède les fonds nécessaires, elle doit utiliser un cercueil pour les obsèques. Sinon, le responsable du village ou le moine chargé des enterrements doit placer le corps dans une fosse profonde pour s'assurer que les chiens et les animaux sauvages ne peuvent pas l'atteindre. Ils doivent ensuite marquer la tombe d'un panneau qui décrit la personne décédée, pour qu'elle puisse être identifiée si la nécessité se présente²³².

Toutefois, cette procédure n'est pas toujours suivie à la lettre par tous les magistrats chinois. Par exemple, à Beihai en 1899 l'inspecteur général rapporte que les démunis

²³⁰ *Ibid.*, p. 139.

²³¹ *Ibid.*, p. 140.

²³² Carol Ann Benedict, « Bubonic plague in nineteenth-century China », *loc. cit.*, p. 142-143.

enterrent eux-mêmes leurs propres morts et, puisqu'ils n'ont pas d'accès à un terrain fourni à cet effet, ils le font sur la plage, au bord de la mer, dans des fosses peu profondes. Par conséquent, de nombreuses dépouilles sont trouvées et ravagées par des chiens et d'autres animaux sauvages²³³.

Le cas de Beihai met en évidence l'attitude du gouvernement central par rapport aux épidémies. Il élabore des règles pour encadrer le travail des magistrats, sans mettre en place un système de suivi pour s'assurer que ses directives soient respectées. Il ne s'intéresse pas aux problèmes directement, laissant plutôt le champ libre aux autorités locales²³⁴. Cette attitude de détachement dans la façon de diriger le pays provient du concept philosophique de la non-intervention (*wuwei* [无为]) qui est commun aux traditions confucéenne et taoïste²³⁵. Appliqué au domaine politique, le concept de *wuwei* incite le pouvoir à ne pas intervenir auprès de la population de façon directe²³⁶. Selon ce concept, le gouvernement doit seulement sélectionner des fonctionnaires compétents et établir des lois efficaces, afin que le pays soit administré de façon efficace ; toute intervention directe est jugée contraire aux lois de l'Univers qui régissent son fonctionnement et qui assurent le maintien de l'ordre sur terre²³⁷.

À l'image de la Grande-Bretagne, le pouvoir central laisse le champ libre aux autorités locales de mettre en place les différents services d'assistance sociale. Mais, en Chine, l'État ne voit pas les épidémies comme un problème médical qui peut être résolu grâce à l'application d'une stricte réglementation sanitaire, il le perçoit plutôt comme un problème politique. L'occurrence des épidémies est également considérée comme un signe du mécontentement du Ciel qui signale au peuple chinois que la

²³³ *Ibid.*

²³⁴ Yuan-ling Chao, *op. cit.*, p. 134.

²³⁵ Nicolas Zufferey, *op. cit.*, p. 129.

²³⁶ *Ibid.*

²³⁷ *Ibid.*, p. 77.

dynastie en place est en train de perdre son mandat pour gouverner la Chine²³⁸. L'épidémie devient ainsi non seulement un problème médical, mais aussi une source potentielle de tensions sociales et politiques. Il est nécessaire d'y répondre de manière efficace en offrant des secours à la population touchée par ce désastre, mais les enjeux principaux de cette aide restent politiques : le pouvoir impérial veut ainsi démontrer la bienveillance de son gouvernement et maintenir l'ordre social établi²³⁹.

2.4.3. Le rôle des fonctionnaires locaux

Les fonctionnaires soutiennent les victimes de plusieurs façons. Ils mettent en place un bureau qui offre des traitements médicaux aux malades, ce qui leur donne l'opportunité de démontrer leur bienveillance et d'affirmer leur engagement envers la communauté administrée. Généralement placé à l'intérieur d'un temple, ce bureau propose gratuitement des médicaments et les services de médecins²⁴⁰. À l'instar de l'administration qui doit adhérer aux principes de la bonne gouvernance pour prouver sa légitimité, les médecins doivent démontrer eux aussi leur « bienveillance » (*ren* [仁]), ce qui les incite à offrir gratuitement leur temps et leurs services à la population pendant les épidémies²⁴¹. Certains d'entre eux soupçonnent déjà depuis longtemps qu'il existe un lien entre la mortalité des rats et celle des humains, ce qui incite certains fonctionnaires à organiser la collecte de cadavres de rats. Ainsi, durant l'épidémie de peste bubonique à Canton en 1894, un magistrat offre 10 pièces de

²³⁸ Selon les confucéens, les empereurs tenaient le droit de gouverner la Chine directement du Ciel, une force abstraite qui régit l'Univers. La dynastie régnante conservait ce droit seulement si les empereurs, les Fils du Ciel, continuaient de le mériter par leurs vertus personnelles. Si l'empereur se comportait en tyran, le Ciel lui retirait son mandat pour gouverner la Chine et le donnait à un autre candidat, plus méritant. Les catastrophes à répétition montraient au peuple que la dynastie régnante est devenue illégitime aux yeux du Ciel. Le peuple avait alors le droit moral de se révolter. À la chute de la dynastie régnante, le Ciel confiait son mandat à quelqu'un d'autre, souvent à l'un des chefs des rebelles, qui fondait à son tour une nouvelle dynastie. Cette idée d'un cycle céleste tient une place importante dans le concept du pouvoir chinois et elle est une des pierres d'assise de la stabilité impériale. Dès lors, ne pas aider la population durant les tragédies représentait donc une marque de la fin du mandat du Ciel, aidant à la fomentation de révoltes. Voir Nicolas Zufferey, *op. cit.*, p. 46.

²³⁹ Yuan-ling Chao, *op. cit.*, p. 137.

²⁴⁰ *Ibid.*, p. 137.

²⁴¹ *Ibid.*, p. 131.

cuire pour chaque rat mort qu'on lui apporte : il en a amassé 35 252 en un mois, jusqu'à 2000 rats en une journée²⁴².

Toutefois, la plupart des magistrats chinois utilisent les méthodes « traditionnelles » pour mettre fin aux épidémies. Ils financent des cortèges religieux pour apaiser les esprits maléfiques, déclarent le début de nouvelles années lunaires et sollicitent l'assistance surnaturelle de héros et de divinités locales pour qu'ils interviennent directement auprès de la bureaucratie céleste. Pendant l'épidémie de la peste bubonique dans la province du Yunnan, par exemple, les habitants défilent dans les rues avec des gongs, des tambours et des cloches, en tirant des coups en l'air avec des fusils pour effrayer les mauvais esprits²⁴³. Certaines villes restreignent la vente de porc, puisque, selon l'une des croyances populaires, la maladie provient de la consommation de viande de porc importée de villes infectées par la peste²⁴⁴. D'autres organisent des courses de bateaux dragons pour éloigner les influences maléfiques²⁴⁵. Les fonctionnaires vont aux temples pour prier les Dieux locaux. Ils encouragent et financent les nombreuses processions religieuses qui rassemblent des centaines de participants²⁴⁶. Par exemple, à Fuzhou, le docteur Rouffiandis assiste à un défilé en honneur de cinq médecins mythiques qui ont, selon la légende, sauvé Fuzhou d'une épidémie de choléra:

En temps d'épidémie, les cinq statues (celles des médecins légendaires) sont sorties du temple et promenées en grande pompe dans les rues ; le cortège est très beau et très pittoresque. (...) Le cortège était formé d'une foule de figurants divers escortant les statues des cinq génies portés dans des chaises : musiciens faisant avec leurs gongs, leurs flûtes et leurs trompes un vacarme assourdissant ; porteurs de grandes pancartes en soie brodée, ornées de caractères ; garçons déguisés en soldats ; enfants et jeunes filles fort bien grimés montés sur des

²⁴² Mary Niles, « Plague in Canton », *The China Medical Missionary Journal*, vol. 8, n° 2, juin 1894, p. 119.

²⁴³ Carol Ann Benedict, « Bubonic plague in nineteenth-century China », *loc. cit.*, p. 142.

²⁴⁴ HKGRO, Sessional Papers, 1895, n° 175, Hong Kong Medical Report on the Epidemic of Bubonic Plague in 1894, 2 mars 1895, <http://sunzi.lib.hku.hk/hkgro/view/s1895/1444.pdf> (15 septembre 2015).

²⁴⁵ Alexander Rennie, *loc. cit.*, p. 72.

²⁴⁶ Mary Niles, *loc. cit.*, p. 119.

chevaux blancs, et portant des torches, des parasols ou d'immenses lanternes ; statues aux figures grimaçantes, noires ou rouges, des cinq génies ; immenses mannequins, hauts de 3 à 4 mètres, portés sur les épaules des coolies et ayant l'air de gigantesques automates : hommes avec la cangue au coup figurant les pestiférés, etc. À la fin du cortège venait un bateau en bambou et en papier, soutenu sur les épaules des porteurs, et représentant le vaisseau qui emporte les pestiférés dans l'au-delà. Le cortège, après avoir parcouru les rues de la ville à la lueur des torches, au milieu de la fumée des fusillades de pétards, se rendit à la campagne (...) d'où le bateau fut précipité dans le Min (la rivière). Après cette cérémonie, le cortège rapporta dans leur temple les statues des cinq génies²⁴⁷.

En 1901, le vice-roi de la province de Fujian fait un rêve dans lequel il voit : « un vénérable personnage à la longue barbe blanche qui lui annonça que la peste disparaîtrait d'elle-même à la fin de l'année »²⁴⁸. En croyant que la peste est un châtement divin, il décide alors de tromper les esprits maléfiques et décrète, le lendemain de son rêve, une nouvelle année. Comme le rapporte Rouffiandis, le vice-roi s'imagine que : « Les méchants esprits de la peste ne manqueront pas d'être surpris que l'année se soit écoulée si vite et, comprenant que leurs exigences ont dépassés les limites de la bonne éducation, ils se retireront aussitôt »²⁴⁹. Plein de zèle, le vice-roi va jusqu'à publier un édit qui oblige la population à célébrer l'événement en faisant la fête et en tirant des feux d'artifice. Les autorités cantonaises vont tenter la même chose en 1894 en faisant du premier jour du quatrième mois lunaire le début d'une nouvelle année²⁵⁰.

Certains fonctionnaires chinois vont quand-même essayer d'adopter les nouvelles méthodes venues de l'Occident pour mettre fin à la maladie. Par exemple, à Beihai en 1877, l'administration chinoise décide, sous l'influence des Occidentaux, d'implanter des mesures quaranténaires dans la ville qui est confrontée à des flambées de peste

²⁴⁷ M. Rouffiandis, «Théories chinoises sur la peste», *loc. cit.*, p. 346.

²⁴⁸ *Ibid.*, 347.

²⁴⁹ *Ibid.*

²⁵⁰ Alexander Rennie, *loc. cit.*, p. 72.

bubonique de façon chronique²⁵¹. Toutefois, les mesures d'isolement ne concernent que les passagers des navires. Puisque le rôle du rat dans la transmission de la maladie n'est pas encore connu²⁵², les autorités croient qu'elles peuvent contrôler sa propagation en restreignant les déplacements humains. Cependant, ces mesures se montrent inefficaces, puisqu'elles ne touchent pas le véritable vecteur de la maladie, la puce du rat.

En janvier 1894, la docteure Mary Niles, médecin de la *Canton Medical Missionary Society* signale deux cas de peste bubonique à Canton²⁵³. Deux mois plus tard, en mars, la bactérie se répand à travers la ville et traverse le delta de la rivière des Perles pour atteindre Hong Kong²⁵⁴. L'accélération marquée de la propagation de la peste s'explique probablement par la modernisation du réseau de transport chinois. À partir de la fin des années 1880, des navires à vapeur remplacent les jonques traditionnelles chinoises pour transporter l'opium et les autres marchandises vers Beihai et Canton²⁵⁵. La réduction de la durée du voyage signifie que les rats qui s'infiltrèrent à bord ont plus de chances de survivre jusqu'à la destination finale et d'infecter les rongeurs locaux.

L'arrivée de la maladie à Canton et par le fait même, à Hong Kong, marque un point critique dans la transformation d'une épidémie régionale en pandémie internationale. En atteignant le delta de la rivière des Perles, la peste peut se propager à travers tout le réseau maritime britannique. Les ports à traités sont les premiers à être infectés. Devant l'ampleur de la crise, les autorités mettent en place des restrictions sur le déplacement des individus dans plusieurs ports de la côte du sud-est de l'empire chinois. C'est notamment le cas de Shantou dans l'est du Guangdong où, selon le docteur Henry Laygn, officier médical des douanes impériales à Shantou, tous les

²⁵¹ Pui-Tak Lee. « Colonialism versus Nationalism : The Plague of Hong Kong in 1894 », *The Journal of Northeast Asian History*, vol. 10, n° 1, 2013, p. 105.

²⁵² En effet, à la fin du XIX^e siècle, les Européens et plusieurs médecins chinois imaginent que la peste est causée par des exhalaisons maléfiques provenant du sol. La mort des rats au début d'une épidémie s'explique par le fait qu'ils vivent plus près de la terre, Émile Rocher, *op. cit.*, vol. 2, p. 279.

²⁵³ Mary Niles, *loc. cit.*, p. 116.

²⁵⁴ Alexander Rennie, *loc. cit.*

²⁵⁵ Carol Ann Benedict, « Bubonic plague in nineteenth-century China », 1993, *loc. cit.*, p. 131.

passagers qui proviennent de Hong Kong et de Canton sont inspectés et plusieurs sont mis en quarantaine²⁵⁶. Toutefois, ces mesures ne s'avèrent pas suffisamment efficaces : la peste s'y propage finalement, puisque comme à Beihai, seuls les passagers sont isolés, alors que les navires ne sont pas placés en quarantaine et leur population des rats infectés propage la maladie au sein des rongeurs locaux.

En 1894, alors qu'une épidémie particulièrement féroce sévit, les autorités de Beihai importent une grande quantité de produits désinfectants pour nettoyer les demeures et les rues des quartiers populaires. En effet, l'administration remarque que la population qui vit dans les maisons plus aisées et mieux entretenues est moins touchée par l'épidémie de peste. En fait, depuis les années 1880, les autorités chinoises, avec l'aide du consul britannique, ont mis en place les différents projets d'assainissement des rues et de collecte des ordures dans certaines parties de la ville. Confrontés à la nouvelle crise épidémiologique, les magistrats décident d'étendre ces projets d'assainissement à toute la ville²⁵⁷. Cependant, malgré l'enthousiasme initial, les autorités se heurtent rapidement à une opposition des plus fortunés qui aident à financer ces mesures et qui se méfient de certains fonctionnaires locaux reconnus comme étant corrompus²⁵⁸. Leur méfiance semble être bien fondée puisque l'un des magistrats de Beihai, par exemple, refuse de prendre en charge les obsèques des démunis, alors que c'est l'un de ses devoirs officiels²⁵⁹. Cette réticence de la population de soutenir les efforts des autorités freine la réalisation des projets d'assainissement prévus et par le fait même contribue à l'amplification de l'épidémie à Beihai.

²⁵⁶ Henry Layng, « Dr. Henry Layng's Report on the Health of Swatow », dans *Half-Yearly Medical Reports, 1889-1896, Special Series n° 2, n° 37-51*, Chine, Imperial Maritime Customs [*Haiguan zong shuiwu si shu*, 海关总税务司署], Shanghai, Statistical Department of the Inspectorate General of Customs, 1891-1897, p. 94 <https://books.google.ca/books?id=ra9NAAAAMAAJ> (1^{er} octobre 2015).

²⁵⁷ U.K. Parliamentary Papers, 1894, C.7461 Hong Kong. *Correspondence relative to the outbreak of bubonic plague at Hong Kong*, n° 19, « Consul at Pakhoi to Colonial secretary », 16 mai 1894.

²⁵⁸ Ibid.

²⁵⁹ Carol Ann Benedict, « Bubonic plague in nineteenth-century China », *loc. cit.*, p. 143.

À Canton, où la peste bubonique devient épidémique en 1894, les fonctionnaires interdisent la vente d'objets appartenant à des malades et décrètent de jeter tous les déchets dans la rivière des Perles afin de nettoyer les rues de la ville²⁶⁰. Habituellement, les effets personnels d'un défunt sont vendus ou réutilisés par les familles sans être lavés au préalable :

La contamination par voie cutanée s'est faite, pour beaucoup de cas, par l'intermédiaire des vêtements, effets et couvertures ayant appartenu à des personnes atteintes de peste, et souillés par les crachats et le mucus nasal. Ces objets étaient conservés dans les familles sans qu'aucune mesure de désinfection n'ait été prise, et sans même avoir été soumis à un lavage sommaire²⁶¹.

Selon les médecins occidentaux présents en Chine à l'époque, cette pratique explique non seulement l'augmentation des cas de variole, mais aussi la rapidité de la propagation de la peste lors des nombreuses épidémies qui frappent le pays à la fin du XIX^e siècle²⁶².

À Fuzhou, lors de l'épidémie de la peste de 1903, les fonctionnaires décident de faire appel aux services du médecin français, le docteur Rouffiandis, pour compléter leurs efforts de prophylaxie. Ils lui fournissent un local près d'une pagode et font circuler une annonce officielle pour encourager la population à se rendre à son hôpital et y recevoir un traitement antipesteux²⁶³.

Les autorités chinoises de Canton s'inspirent quant à elles de leur voisin sous l'administration britannique, la ville de Hong Kong. En 1894, alors que les deux villes sont confrontées à une épidémie de peste bubonique, les fonctionnaires cantonais décident d'essayer les techniques prophylactiques utilisées de l'autre côté de la rivière des Perles et proclament que : « the streets in the city should be cleaned

²⁶⁰ Mary Niles, *loc. cit.*, p. 119.

²⁶¹ M. Rouffiandis, « Notes sur l'épidémie de peste de Fou-tchéou : avril à octobre 1902 », *loc. cit.*, p. 422.

²⁶² John Dudgeon, *op. cit.*, p. 56.

²⁶³ M. Rouffiandis, « Notes sur l'épidémie de peste de Fou-tchéou : avril à octobre 1902 », *loc. cit.*, p. 427.

and all rubbish thrown into the river and not sold. Twenty coolies in government employ were to assist in this work. The attention of the people was also called to a former proclamation ordering the night soil to be taken away before ten o'clock in the morning and only in covered buckets and boats »²⁶⁴. De plus, inspirées par les politiques en vigueur à Hong Kong et contrairement aux idées véhiculées par les valeurs confucéennes, les autorités de Canton décident d'isoler les malades. Un hôpital de pestiférés est ainsi établi dans la partie ouest de la ville dans un ancien entrepôt de matelas bâti sur pilotis au-dessus de l'eau. Cet hôpital essaie de combiner les méthodes de la médecine chinoise traditionnelle avec les techniques quarantenaïres occidentales²⁶⁵. La décision de placer la clinique sur l'eau s'explique possiblement par l'immunité relative des Cantonais qui vivent sur la rivière. En effet, comme le mentionne le docteur Rennie, médecin britannique qui travaille pour les douanes impériales chinoises : « With the exception of those put in boats after falling sick, scarcely a case was noted on the river. Many well-to-do people, observing this immunity, removed from their houses and made their homes on the water²⁶⁶ ». Les petits bateaux à fond plat (*shanban* [舢板]) qui forment une communauté sur la rivière offrent moins de cachettes possibles aux rats. Par conséquent, la peste y est moins répandue. L'administration cantonaise cherche donc à adapter les solutions utilisées à l'étranger dans le but d'augmenter ses chances d'endiguer l'épidémie.

Au XIX^e siècle, les systèmes chinois et britanniques de prophylaxie diffèrent largement malgré certaines ressemblances dans leur implantation. Dans un cas comme dans l'autre, les autorités locales offrent et financent différents services. Ils viennent en aide aux démunis et tentent de limiter les dégâts causés par les épidémies. Toutefois, alors que les *Medical Officers of Health* britanniques peuvent décider de fouiller les logements qu'ils jugent insalubres sans le consentement des personnes qui

²⁶⁴ Mary Niles, *loc. cit.*, p. 119.

²⁶⁵ J. G. Kerr, « The Bubonic Plague », *The China Medical Missionary Journal*, vol. 8, n° 4, décembre 1894, p. 180.

²⁶⁶ Alexander Rennie, *loc. cit.*, p. 70.

y habitent et obliger la population à participer aux projets sanitaires mis en place par les autorités, en Chine, ce genre d'interventions n'est pas possible. En Grande-Bretagne, la prophylaxie est conçue à la fois comme un devoir politique du gouvernement et comme une nécessité pour le bon développement de l'économie. Dans la culture britannique du XIX^e siècle, le respect de la vie privée est très important. Toutefois, en éduquant la population sur les enjeux sanitaires importants, les autorités britanniques réussissent à la convaincre de se soumettre aux mesures prophylactiques, bien qu'elles perturbent le quotidien des familles.

En Chine, toutes les interventions des autorités sont réalisées dans l'esprit de bienveillance (*ren*) et de non-intervention (*wuwei*). Pour cette raison, la gestion des épidémies et de la situation sanitaire est laissée à la discrétion des fonctionnaires locaux. Confrontées à de nombreuses épidémies, les autorités sont prêtes à essayer toutes les méthodes, chinoises comme occidentales, pour arrêter la propagation des maladies : les rituels religieux, les projets d'assainissement urbain, l'instauration du contrôle sanitaire dans les ports, etc. Toutefois, à la différence de l'administration britannique, les autorités chinoises ne peuvent pas obliger la population à adopter de mesures sanitaires et prophylactiques contraignantes, qu'il s'agisse de la participation aux processions pour chasser les démons ou de l'isolement des malades.

De plus, l'application des mesures sanitaires spécifiques pendant les épidémies ne sont pas garanties par la loi chinoise. L'aide aux populations touchées par la maladie relève de la responsabilité morale du gouvernement et non pas de son devoir politique. La dynastie au pouvoir justifie sa position d'autorité en offrant une assistance à la population dans le cas d'une crise, en prouvant ainsi que l'empereur détient toujours le mandat du Ciel. Toutefois, en Chine, l'aide gouvernementale n'a jamais été imposée à la population, comme ce fut le cas de la Grande-Bretagne. La population peut donc choisir de ne pas accepter l'assistance proposée ou de ne pas appliquer les nouvelles mesures décrétées. Ainsi, plusieurs patients du docteur Rouffiandis fuient vers la campagne en voyant qu'il revient à plusieurs reprises pour voir l'évolution de

la maladie, car ces consultations supplémentaires sont perçues comme une intrusion néfaste dans la vie des individus²⁶⁷. Pour le gouvernement chinois, le respect des traditions est primordial, car sa légitimité en dépend. Les fonctionnaires essaient donc d'aider la population pendant les épidémies, mais presque toutes les méthodes qu'ils adoptent s'inscrivent dans la culture chinoise de la non-intervention, ce qui réduit sensiblement leur impact sur la situation sanitaire.

²⁶⁷ M. Rouffiandis, « Notes sur l'épidémie de peste de Fou-tchéou : avril à octobre 1902 », *loc. cit.*, p. 428.

CHAPITRE III

LA GESTION DE L'ÉPIDÉMIE DE PESTE BUBONIQUE À HONG KONG

EN 1894

La peste bubonique se propage dans le sud de la Chine à partir du Yunnan dans la seconde moitié du XIX^e siècle. D'abord confinée au sud-ouest du pays, la maladie se répand vers la côte sud-est suite à la modernisation du transport des marchandises. C'est en 1894 que la maladie atteint Canton, point névralgique du commerce international de la Chine. De là, la peste bubonique ne tarde pas à s'étendre à la colonie britannique de Hong Kong, le partenaire commercial principal de Canton. Le 8 mai, la maladie y est découverte. Le docteur James A. Lowson, surintendant de la *Government Civil Hospital*, visite un patient fiévreux quand il réalise que celui-ci en est atteint²⁶⁸. Il revient tout juste d'un voyage à Canton avec le docteur Ayres, le *Colonial Surgeon*, principal fonctionnaire médical de la colonie, où ils sont allés vérifier de leurs propres yeux l'état de l'épidémie qui s'y développe²⁶⁹.

Une fois apparue à Hong Kong, la maladie se transforme rapidement en épidémie en se propageant au sein des quartiers les plus pauvres. Malgré les efforts de l'administration britannique, plusieurs milliers de cas se déclarent, la plupart s'avérant fatals. La plus grande partie des victimes sont des Chinois d'origine modeste. Au sein de cette population, la mortalité atteint près de 93,4 %²⁷⁰.

Dans ce chapitre, nous verrons comment l'administration britannique de Hong Kong tente de surmonter les défis posés par l'épidémie de peste de 1894. Avant cette date,

²⁶⁸ U.K. Parliamentary Papers, C.7461, *op. cit.*, « Report by James A. Lowson » 16 mai 1894, dans n° 13, Robinson to Rippon, reçu le 17 mai 1894.

²⁶⁹ *Ibid.*

²⁷⁰ HKGRO, Sessional Papers, 1895, n° 175, *op. cit.*

la prophylaxie ne tenait pas une place importante au sein de la colonie. La crise force l'administration à revoir son système sanitaire pour réagir adéquatement à la propagation de la maladie. À cause de l'apparition de nombreux cas de la peste dans le quartier populaire de *Taipingshan* où vivent majoritairement des Chinois, celui-ci devient la cible principale des mesures sanitaires imposées par le gouvernement colonial. Toutefois, les Britanniques n'adaptent pas leurs interventions à la perspective culturelle locale. Les mesures gouvernementales provoquent de nombreuses tensions sociales et poussent près de 80 000 Chinois à fuir la colonie²⁷¹. D'abord intransigeant dans sa gestion de la situation, le gouvernement colonial accepte par la suite de faire quelques concessions à la population. William Robinson, gouverneur de la colonie de 1891 à 1898, doit non seulement guider Hong Kong vers la sortie de la crise sanitaire, mais aussi protéger la place de la ville, considérée comme une plaque tournante du commerce entre l'Europe et la Chine, au sein de l'économie impériale britannique en Extrême-Orient.

La gestion de la peste bubonique à Hong Kong en 1894 permet ainsi d'étudier l'interaction entre des intérêts culturels différents. Elle nous laisse entrevoir comment des idées divergentes entrent en collision et s'adaptent les unes aux autres lors d'une crise sanitaire majeure. Le déroulement de cette épidémie nous donne un aperçu sur les conséquences de l'introduction de connaissances médicales étrangères dans un milieu qui n'y est pas culturellement adapté et comment elles doivent d'abord être harmonisées au contexte local avant de pouvoir avoir un impact positif sur la santé publique.

²⁷¹ HKGRO, Sessional papers, 1894, n° 151, Governor's Despatch to the Secretary of State with reference to the Plague, 20 juin 1894. <http://sunzi.lib.hku.hk/hkgro/view/s1894/1414.pdf>. (15 novembre 2015)

3.1. La place de Hong Kong et de ses habitants, entre Chine et Grande-Bretagne

Au XIX^e siècle, avec une population chinoise et une administration européenne, Hong Kong devient un milieu unique où les cultures se rencontrent et où les paradigmes sanitaires se heurtent les uns aux autres. Cette situation particulière, qui va influencer le déroulement de l'épidémie de peste bubonique de 1894 s'explique d'abord par la composition de la population qui vient s'installer suite à la cession du territoire à la Grande-Bretagne. Les intérêts divergents de la population chinoise et de l'administration britannique jouent beaucoup sur l'acceptation populaire de la gouvernance britannique.

3.1.1. Les premiers habitants

Hong Kong devient une colonie britannique dans les années 1840 à la suite de la Première guerre de l'opium. Puisque l'île est presque déserte, la population chinoise qui s'y installe se compose de « willing subjects of a foreign government rather than involuntary slaves of a conquering colonial regime »²⁷². Contrairement à ce qui se produit dans les colonies indiennes de la Grande-Bretagne, à Hong Kong, le gouvernement britannique n'impose pas son autorité aux habitants locaux, c'est cette population qui, à la recherche d'emploi ou de sécurité, décide de venir s'établir à l'intérieur de la colonie nouvellement constituée.

En raison d'un édit du gouvernement des Qing, il est interdit aux Chinois d'émigrer à l'extérieur du pays. Cependant, pour certains groupes, quitter la zone d'influence du gouvernement impérial permet de se lancer dans les affaires et de prendre une place au sein de la société qui leur est inaccessible en Chine. Ce fut le cas, par exemple, des « tankas », une minorité ethnique originaire du sud de la Chine, qui s'établissent à

²⁷² Jung-Fang Tsai, « From antiforeignism to popular Nationalism : Hong Kong between China and Britain 1839-1911 » dans Ming K. Chan, *Prekarious Balance : Hong Kong Between China and Britain 1842-1992*, New York, M. E. Sharp, 1994, p. 9.

Hong Kong durant les premières années d'existence de la colonie. Les « tankas » qui passent toute leur vie sur des bateaux, vivent de la pêche et du transport des marchandises. Leur mode de vie et leurs occupations sont mal vus par les Chinois qui les considèrent comme un peuple barbare, non Han, se trouvant à l'extérieur de l'univers culturel chinois²⁷³. L'émigration dans la colonie permet aux « tankas » d'éviter l'ostracisme dont ils souffrent sous l'autorité chinoise du Guangdong avoisinant²⁷⁴. Ainsi, la population de Hong Kong considérée comme « indigène » est en réalité composée de migrants venus du continent ayant des origines ethniques différentes.

Cette situation a plusieurs conséquences. D'abord, pendant longtemps, la population chinoise de la colonie est exclusivement composée de migrants pauvres et illettrés. Au moment de la création de la colonie, Hong Kong n'est qu'un petit village de pêcheurs qui ne possède pas d'élites locales. Les élites traditionnelles chinoises sont habituellement composées de fonctionnaires, de lettrés, de descendants de lignées aristocratiques ainsi que de membres des familles des grands propriétaires terriens²⁷⁵. Hong Kong n'était ni suffisamment peuplée ni assez développée pour que les élites locales puissent se former. Or jusque-là, il est habituel que les nouvelles zones d'influence britannique soient administrées par l'entremise d'une élite locale pouvant agir comme intermédiaire entre l'autorité coloniale et la population indigène²⁷⁶. Dans ses mémoires, Frederick Lugard, gouverneur britannique du Nigeria de 1898 à 1906 et ensuite gouverneur de Hong Kong de 1907 à 1912, remarque que « In the earlier stages of British rule, it is desirable to retain the native authority and to work through and by native emirs. At the same time, it is feasible by degrees to bring them

²⁷³ John M. Carroll, *A Concise History of Hong Kong*, Plymouth, Rowman & Littlefield, 2007, p. 17-18.

²⁷⁴ Wing-sang Law, « Hong Kong Undercover : An Approach to 'Collaborative Colonialism' », *Inter-Asia Cultural Studies*, vol. 9, n° 4, 2008, p. 525.

²⁷⁵ Jonathan D. Spence, *op.cit.*, p. 46.

²⁷⁶ John Darwin, *The Empire Project : The rise and Fall of the British World System 1830-1970*, Cambridge, Cambridge University Press, 2009, p. xi.

gradually into approximation with our ideas of justice and humanity »²⁷⁷. L'absence de cette hiérarchie « naturelle » crée rapidement un vide politique au sein de la population chinoise de Hong Kong.

C'est avec la fondation d'organisations philanthropiques offrant des services similaires à ceux proposés par les *shantang* [善堂] de Canton que les habitants d'origine chinoise s'organisent. En effet, après la révolte de Taiping²⁷⁸ qui déstabilise gravement le sud du pays au milieu du XIX^e siècle, les marchands et les propriétaires terriens y fondent de nombreuses organisations philanthropiques, les *shantang*, qui viennent en aide à la population dans les situations de crise. Ce faisant, elles contribuent à stabiliser la société et offrent une structure à travers laquelle une forme d'autonomie politique locale s'organise²⁷⁹. Dans la colonie, ce sont donc les premiers grands marchands qui se hissent à une place semblable à celle de l'élite traditionnelle. Ils forment un groupe bilingue de *compradors* qui agissent comme intermédiaires entre le gouvernement colonial britannique et la population chinoise locale²⁸⁰. C'est à travers la fondation d'organisations comme le temple *Man Mo*, l'hôpital *Tung Wah* et la société de bienfaisance *Po Leung Kuk* qu'une forme de gouvernance parallèle est créée. Celle-ci permet de répondre aux besoins de la population chinoise tout en représentant ses intérêts auprès de l'administration britannique²⁸¹. Bien que le gouvernement colonial ait officiellement possédé un pouvoir complet, centralisé et

²⁷⁷ Margery Pernham, *Lugard : Years of Authority 1898-1945*, Londres, Collins, 1960, p. 140.

²⁷⁸ Le mouvement de Taiping (1850-1864) est l'une des plus grandes rébellions paysannes de l'histoire chinoise. L'agitation populaire part de l'arrière-pays de Canton où les effets de la pénétration étrangère sont particulièrement forts et où les vagabonds, paysans dépossédés et bandits prolifèrent. Mené par un chef charismatique, Hong Xiuquan, l'agitation devient rébellion. Les Taiping battent les troupes envoyées par le gouvernement et créent leur propre « royaume » autour de la ville de Nanjing. Avec l'aide des Occidentaux, les Qing parviennent à maîtriser la situation, bien que les ultimes vestiges de la rébellion ne soient réduits qu'entre 1865 et 1868. Pour plus de détails voir Stephen Platt, *Autumn in the Heavenly Kingdom: China, the West and the Epic Story of the Taiping Civil War*, New York, Knopf, 2012.

²⁷⁹ Carol Ann Benedict, *Bubonic Plague in Nineteenth Century China*, *op. cit.* p. 131.

²⁸⁰ Wing-sang Law, *loc. cit.*, p. 526.

²⁸¹ Carol Jones, Jon Vagg, *Criminal Justice in Hong Kong*, New York, Routledge, 2007, p. 19.

autocratique au sein de la colonie, la population chinoise fut, dans les faits, généralement laissée à elle-même²⁸².

Par conséquent, la colonie se scinde en deux mondes bien distincts. Le gouvernement colonial administre toutes les affaires liées à l'économie; à la sécurité et à ce qui touche de près ou de loin la vie des habitants d'origine européenne. La plupart des aspects de la vie des habitants chinois sont quant à eux gérés par l'organisation de l'hôpital *Tung Wah* et les membres influents de son comité.

La direction du comité de *Tung Wah* s'immisce dans de nombreux domaines depuis la fondation de l'hôpital en 1872²⁸³. Elle s'occupe du renvoie de la dépouille des Chinois décédés à Hong Kong jusque dans leur village natale pour qu'ils puissent y être enterrés ; elle aide les démunis à retourner dans leur communauté d'origine ; elle finance des écoles, et fournit des médicaments et des vaccins. *Tung Wah* est donc à la fois un hôpital et une organisation de bienfaisance²⁸⁴. En plus d'aide médicale, *Tung Wah* offre un lieu où les membres de la communauté peuvent se réunir et tisser des liens amicaux et professionnels, un lieu qui permet de préserver les traditions et les coutumes chinoises à l'intérieur d'une colonie sous une autorité étrangère.

En fait, jusqu'à la crise de la peste bubonique de 1894, le comité de l'hôpital *Tung Wah* ne met pas l'accent sur le rôle médical de l'hôpital. Bien que, dès sa fondation, l'organisation ait pour vocation d'offrir des services médicaux traditionnels, l'absence de médecins chinois qualifiés à Hong Kong réduit sensiblement son champ d'action dans le domaine de la santé²⁸⁵. De fait, son rôle principal devient celui d'intermédiaire entre le gouvernement et la population chinoise. En principe, ce rôle est réservé au *Registrar General*, un fonctionnaire du gouvernement britannique de Hong Kong qui doit être présent pour répondre aux

²⁸² Wing-Sang Law, *loc. cit.*, p. 526.

²⁸³ Carol Ann Benedict, *Bubonic Plague in Nineteenth Century China*, *op. cit.* p. 137.

²⁸⁴ *Ibid.*

²⁸⁵ Elizabeth Sinn, *Power and Charity*, Hong Kong, Hong Kong University Press, 2003, p. 78.

questions, aux requêtes, aux craintes et aux plaintes de la population chinoise. Cependant, cette fonction a souvent été occupée par des fonctionnaires britanniques qui détenaient conjointement d'autres postes au sein de l'administration coloniale. De plus, comme le démontre le cas de John Gerrard, qui fut le *Registrar General* en 1878, la personne qui occupe cette fonction ne parle pas nécessairement chinois²⁸⁶. Par conséquent, le vide dans l'administration de la colonie est comblé par le comité du *Tung Wah* qui assume un rôle important en assurant la communication entre la communauté chinoise et l'administration britannique.

Aux yeux des membres influents de la communauté chinoise, se joindre au comité d'administration du *Tung Wah* présente plusieurs avantages. D'abord, l'hôpital est la première organisation de Hong Kong qui peut se vanter de représenter tous les Chinois de la colonie. À cela s'ajoute le fait que sa place particulière au sein de la communauté chinoise de Hong Kong est officiellement reconnue par les autorités britanniques²⁸⁷. C'est le *Tung Wah* que les Britanniques consultent quand il y a un problème à régler avec la population chinoise. Des visites officielles du gouverneur de Hong Kong organisées sporadiquement confirment le statut privilégié de l'organisation²⁸⁸.

Dans la conception chinoise, les personnes servant d'intermédiaire entre le peuple et le gouvernement font partie de l'élite locale. En Chine, ce rôle est habituellement réservé aux titulaires de diplômes des examens impériaux, les *shenshi* (紳士), littéralement les « lettrés notables ». Il s'agit de fonctionnaires en activité ou à la retraite, et des détenteurs de grades littéraires ou militaires permettant l'accès à la fonction publique. Les *shenshi* ne sont pas nécessairement issus des classes aisées, car les examens impériaux sont en principe ouverts à tous. À Hong Kong, ce rôle d'intermédiaire entre le peuple et le gouvernement est assumé par les membres du

²⁸⁶ *Ibid.*, p. 90.

²⁸⁷ *Ibid.*, p. 83.

²⁸⁸ *Ibid.*, p. 88.

comité de l'hôpital *Tung Wah*. La plupart d'entre eux étaient des commerçants et des entrepreneurs chinois qui contribuaient au financement des activités de l'hôpital. Cette organisation communautaire permettait donc aux riches marchands de Hong Kong d'atteindre un statut semblable à celui de l'élite lettrée en Chine au sein de la colonie. Pour conforter leur position au sein de la société hongkongaise, certains membres du comité achètent des grades ou tentent de passer les examens impériaux à Canton. D'autres, se contentent de mettre les habits de fonctionnaires mandarinaux lors du Nouvel An chinois²⁸⁹. La population chinoise se range derrière cette organisation qui la représente implicitement et se tourne vers elle dans les situations de crise. La séparation sociale entre Chinois et Britanniques est en quelque sorte cristallisée par la formation de ce centre de pouvoir alternatif.

Cette délégation des responsabilités politiques et administratives est, entre autres, le résultat du statut particulier que les Britanniques attribuent à la population locale. L'administration coloniale considère en effet les Chinois comme des invités qui doivent s'adapter aux valeurs britanniques et non pas comme des habitants autochtones du territoire hongkongais. Ainsi, le gouvernement se contente de laisser les Chinois gérer eux-mêmes leurs problèmes quotidiens à condition que cela ne contrevienne pas au fonctionnement du reste de la colonie. Cette situation trouve son reflet dans les documents coloniaux de l'époque. Par exemple, dans son rapport de 1879, le *Colonial Surgeon* consacre plusieurs pages aux efforts entrepris par l'administration britannique pour améliorer la situation sanitaire de Victoria Peak, le quartier où résident les Occidentaux. Il note qu'au cours de l'année, le gouvernement a inspecté le système de collecte des déchets et des latrines de tous les établissements pour diminuer au maximum les risques de contamination de l'eau. Le rapport ne contient pas, cependant, beaucoup d'informations sur la situation sanitaire des quartiers chinois. En fait, il n'y a qu'un seul paragraphe qui mentionne les conditions de vie de la population chinoise concluant que : « The nearest approach they get to

²⁸⁹ Elizabeth Sinn, *op. cit.*, p. 83-86.

the five fingers of the right hand of health is in Gaol »²⁹⁰. Ainsi, selon le *Colonial Surgeon*, la prison est le seul endroit où les Chinois peuvent avoir un accès à un milieu hygiénique.

En fait, le mode de vie des Européens habitant la colonie reflète l'absence d'intérêt que démontre le gouvernement colonial envers sa population chinoise. Le quartier britannique est situé sur le mont Victoria, le point le plus élevé de la ville, au nord de l'île de Hong Kong. Ainsi, bien que les Chinois et les Occidentaux résident au sein du même espace sur le plan administratif, ils demeurent séparés à la fois culturellement et géographiquement. Les Britanniques organisent leur quartier à l'image d'une petite ville anglaise où toutes les maisons sont construites dans le style anglais de l'époque. Ils ont accès à tous les services disponibles dans la métropole, et seuls les Chinois y travaillant peuvent s'y rendre. Les mesures d'hygiène que le gouvernement y instaure sont inspirées par les théories hygiénistes. Ainsi, les parties européennes de la ville restent des enclaves fermées, ce qui limite les contacts de leurs habitants avec les Chinois²⁹¹.

Cette séparation devient encore plus évidente au cours de l'épidémie de peste bubonique de 1894. Effectivement, comme le Victoria Peak et les autres rues européennes sont physiquement séparés des quartiers chinois, il y a eu très peu de cas de peste enregistrés. De plus, étant donné que les logements européens sont construits différemment de ceux des quartiers chinois, ils sont beaucoup moins infestés par les rats. Cette situation n'est pas sans rappeler celle que le docteur P. L. Simond observe à Bombay en 1898 :

Dans les habitations européennes, la propreté des appartements, l'isolement des cuisines et des logements de domestiques sont des conditions peu faites pour attirer les rongeurs; aussi les attaques d'Européens ont été exceptionnelles dans toutes les villes ; lorsque la

²⁹⁰ HKGRO, Administrative Reports, 1879, Reports of Colonial Surgeon and Other Sanitary Papers. <http://sunzi.lib.hku.hk/hkgro/view/a1879/2449.pdf>. (7 septembre 2017)

²⁹¹ John M. Carroll, *A Concise History of Hong Kong*, op. cit., p. 42-43.

peste est entrée dans leur maison, c'est presque toujours dans les dépendances qu'elle a sévi, limitée au personnel domestique.²⁹²

À Hong Kong, la situation est donc très semblable. Seulement onze Européens contractent la peste et deux en décèdent²⁹³. Cette situation permet de justifier les décisions du gouvernement colonial quant à la gestion de la crise. Selon l'administration, si les quartiers européens ne sont pas touchés, c'est parce qu'ils ont été construits en suivant une approche hygiéniste. Ainsi, l'épidémie de la peste force le gouvernement colonial à modifier sa façon d'administrer Hong Kong. Si, avant l'épidémie de 1894, il réduisait au maximum ses interventions auprès de la population chinoise, à la suite de la crise, la différence marquée du taux de propagation l'oblige à s'intéresser davantage à la vie de tous ses habitants, qu'ils soient des Occidentaux ou des Chinois.

3.1.2. Des intérêts divergents

L'absence d'attaches personnelles et familiales au territoire permet aux travailleurs chinois d'être plus revendicateurs. En effet, la majorité des Chinois qui s'établissent à Hong Kong sont des hommes, venus dans la colonie pour y travailler. Cette prépondérance des hommes dans les flux migratoires à destination de Hong Kong se maintient pendant des décennies : au milieu des années 1880, il y a trois fois plus d'hommes que de femmes parmi les Chinois de la colonie²⁹⁴. Osbert Chadwick, un ingénieur britannique, fils d'Edwin Chadwick, qui est venu à Hong Kong à deux reprises, d'abord en 1882, et ensuite en 1887, pour inspecter l'état sanitaire de la colonie, écrit dans son rapport à l'attention du gouvernement à Londres que :

²⁹² P. L. Simond, *La propagation de la peste*, loc. cit., p. 644.

²⁹³ HKGRO, Sessional Papers, 1895, n° 175, op. cit.

²⁹⁴ Osbert Chadwick, *Mr. Chadwick's Reports on the Sanitary Condition of Hong Kong; with Appendices and Plans*, Colonial office, 1882, p. 9.

few of the Chinese are permanent settlers, but only temporary residents, coming to Hong Kong to avail themselves of the facilities offered by British rule, for earning money, with which they propose to return to their own country, to end their days amongst their own people. Even the richer Chinese, who possess much house property in the Colony, do not, as a rule, settle there with their whole family²⁹⁵.

Comme les familles de la plupart des travailleurs demeurent en Chine, les nouveaux arrivants ne développent pas d'attaches profondes envers Hong Kong. Puisque leurs familles sont à l'abri de toutes représailles de la part du gouvernement colonial, ils s'organisent plus facilement pour défendre leurs intérêts et pour protester contre les injustices et les mauvais traitements. Par exemple, en 1891, les charpentiers de la colonie entrent en grève pour exiger de meilleurs salaires. Au cours de la même année, les fabricants de chaises de rotin demandent une réduction de leurs heures de travail²⁹⁶. Parfois, ils participent même à des activités à caractère politique. Ainsi, en 1884, à la suite des attaques perpétrées par la marine française sur Fuzhou et Taiwan, les *coolies*, des ouvriers journaliers non spécialisés qui chargent et déchargent la cargaison de navires dans le port de Hong Kong, refusent de toucher aux cargaisons des navires français²⁹⁷. Ils le font spontanément par solidarité envers leurs compatriotes alors qu'à Canton, ville voisine, les autorités locales interdisent officiellement à tous les Chinois de travailler pour des Français, sous peine d'exécution ou de représailles contre leurs proches²⁹⁸.

Les élites marchandes, quant à elles, tirent avantage à assumer le rôle d'intermédiaire pour calmer les *coolies*, puisque le bon déroulement de leurs affaires dépend en grande partie de leur accès à cette importante réserve de main-d'œuvre non qualifiée et abordable²⁹⁹. Pour cette raison, en cas de conflit, il est habituel que les chefs de

²⁹⁵ *Ibid.*

²⁹⁶ John M. Carroll, *A Concise History of Hong Kong*, *op. cit.*, p. 37 à 39.

²⁹⁷ *Ibid.*, p. 37.

²⁹⁸ Jung-fang Tsai, « From antiforeignism to popular Nationalism : Hong Kong between China and Britain 1839-1911 », *op. cit.*, p. 13.

²⁹⁹ Jung-fang Tsai, *Hong Kong in Chinese History : Community and social unrest in the British colony 1842-1913*, New York : Columbia University Press, 1993, p. 13.

grandes guildes marchandes (les *hong* [行]) du Sud chinois, ainsi que les membres des organisations caritatives chinoises fassent front commun auprès de l'administration coloniale afin d'obtenir quelques concessions nécessaires pour calmer les *coolies*. Ce système de gestion fondé sur la coopération tacite des Chinois les plus fortunés de Hong Kong bénéficie à l'administration britannique qui réduit ainsi ses dépenses administratives. En effet, en déléguant ses responsabilités en matière d'organisation et de gestion des *coolies* aux marchands chinois, les Britanniques n'ont plus besoin d'entretenir une bureaucratie au grand complet pour bien administrer la colonie

3.2. La situation sanitaire à Hong Kong avant la crise

Cette situation particulière de la colonie qui se trouve entre deux mondes - entre la Chine et la Grande-Bretagne-, exerce une influence importante sur le déroulement et la gestion de la crise de la peste bubonique en 1894. Toutefois, l'ampleur que l'épidémie va prendre est en partie due à la mauvaise situation sanitaire de la colonie à la veille de la crise. Celle-ci s'explique d'abord par le manque de réglementations et d'interventions du gouvernement qui marquent les premières années de la colonie. Suite au rapport d'Osbert Chadwick sur l'état sanitaire de Hong Kong, le gouvernement colonial crée le *Sanitary Board* et établit les bases de la réglementation qu'il va utiliser pour tenter de freiner la propagation de la maladie en 1894.

3.2.1. Les premières années

Jusqu'à l'arrivée de la peste bubonique à Hong Kong, l'état sanitaire de la colonie et plus particulièrement celui des quartiers chinois demeure loin des priorités de l'administration. Avant la nomination du *Colonial Surgeon*, le docteur Phillip Bernard Chenery Ayres, en 1873, aucune attention particulière n'est portée à l'état

des logements dans les quartiers populaires. Selon le docteur, l'état des immeubles servant de bordels est particulièrement problématique :

in every house the kitchen is in a filthy condition, many without chimneys, the smoke of wood and charcoal fires distributing itself all over the house and rendering the air difficult to breath, the drainage more or less deficient, and where existing, in a most deplorable condition. Greasy soot lying thick on the walls and ceilings: floors saturated with decaying animal matter, washed off the dressers and thrown out of pots and left to drain how it can, these floors being broken bricks or decaying boards: there were no proper receptacle for rubbish, which accumulated in corners or was heaped in broken baskets and only removed when it became of sufficient importance by taking up too much room and becoming inconvenient³⁰⁰.

Le rapport produit par le docteur Ayres force Arthur Kennedy, le gouverneur de la colonie de 1872 à 1877, à réagir : il mandate l'arpenteur général, M. Price, de conduire une enquête détaillée pour vérifier les faits rapportés³⁰¹. L'arpenteur général découvre que la grande majorité des maisons où vivent les Chinois ne possèdent ni de latrines ni de pots de chambre. Une alcôve avec des séparations est installée dans la cuisine et c'est cette petite pièce qui sert de toilette de fortune. À l'intérieur de cette alcôve se trouve une vieille baignoire ou un pot de céramique brisé qui sert de contenant pour les excréments ; dans certains cas ces contenants sont absents et les excréments s'accumulent par terre pendant plusieurs jours en laissant l'urine se drainer à travers le plancher³⁰².

Face à la dégradation de la situation sanitaire de Hong Kong, l'administration coloniale tente d'introduire quelques mesures de prophylaxie, mais ces démarches demeurent inefficaces. C'est notamment le cas de la *Contagious Disease Ordinance* de 1873, qui mandate du personnel pour inspecter les bordels de la colonie. L'objectif de cette loi est d'éviter que les maisons closes ne deviennent la source d'épidémies.

³⁰⁰ Ph. B. C. Ayres dans HKGRO, Sessional Papers, 1895, n° 3495, 1874 Annual Sanitary Report, inclus dans Report of the Colonial Surgeon 1894, 29 avril 1895, <http://sunzi.lib.hku.hk/hkgro/view/s1895/1458.pdf>. (12 juillet 2016).

³⁰¹ *Ibid.*

³⁰² *Ibid.*

Quelques mois plus tard, le docteur Ayres visite quelques-uns de ces bordels afin d'évaluer l'impact du travail des inspecteurs nouvellement assignés sur la situation sanitaire de ces établissements. Il constate alors que ces inspecteurs n'ont aucune formation médicale et sont donc incapables de détecter les lacunes sanitaires demandant l'attention du gouvernement. De plus, le prédécesseur du docteur Ayres, qui a supervisé la mise en œuvre de la *Contagious Disease Ordinance*, ne leur a donné aucune instruction claire sur la façon de procéder. En tant que nouveau *Colonial Surgeon*, Ayres oblige les inspecteurs à mesurer systématiquement les dimensions des logements qu'ils examinent pour s'assurer que chaque résident a suffisamment d'espace et d'air frais, tel que stipulé dans le règlement³⁰³.

Tous les quartiers populaires chinois connaissent d'importants problèmes d'insalubrité qui proviennent principalement du manque d'espace habitable. À cette époque, la plupart des bâtiments se concentrent autour du pic Victoria, sur l'île de Hong Kong. Le relief est donc plutôt accidenté et toute construction demande la réalisation d'importants travaux de terrassement. Il faut creuser le sol et la roche pour créer une surface plate, propice à la construction d'un édifice. Les terrains et les immeubles coûtent donc très chers à Hong Kong³⁰⁴. Par conséquent, le loyer des appartements est, lui aussi, très élevé. Pour optimiser l'espace et augmenter le nombre d'appartements au sein de l'immeuble, les propriétaires séparent les pièces en sous-sections à l'aide de cloisons faites de planches. Ces petites chambres longues de neuf pieds et larges de dix pieds n'occupent toutefois pas toute la hauteur jusqu'au plafond. En effet, il est non seulement habituel de mettre des cloisons verticales pour augmenter le nombre de chambres disponibles à l'intérieur du même logement, mais aussi de subdiviser les étages horizontalement en créant un deuxième plancher à la mi-hauteur. Ces nichoirs, ou *cockloft*, comme ils sont appelés à Hong Kong, sont installés à environ deux mètres de hauteur dans la majorité des habitations de la

³⁰³ *Ibid.*

³⁰⁴ Osbert Chadwick, *op. cit.*, p. 11.

classe moyenne et celles des plus démunis³⁰⁵. Chaque pièce ainsi créée peut abriter un individu, voire même une famille. Le rapport de Osbert Chadwick décrit en détail ces logements. Ainsi, dans l'une des maisons qu'il a inspectées, le *cockloft* séparé en trois pièces hébergeait cinq familles, donc seize personnes au total. Chaque pièce a été divisée en deux nichoirs par une plateforme, ce qui donnait environ 130 pieds cubiques d'espace habitable par personne³⁰⁶.

Cette disposition des pièces rend les logements hautement surpeuplés et les transforme en une source potentielle de contagion. Les fièvres typhoïdes sont particulièrement répandues³⁰⁷. De plus, les Chinois partagent ces minuscules logements avec plusieurs animaux domestiques : « I have seen the usual divisions the Chinese make in one room, each division having a bed, and underneath each bed a pigsty containing from five to seven pigs, the occupant of the house having a Government license to keep pigs and having no other place to keep them »³⁰⁸. Cette cohabitation empêche de nettoyer et de désinfecter les logements. En effet, comme les planchers sont faits de planches grossièrement alignées, il est impossible de les laver avec de l'eau sans déverser une pluie de saletés dans l'appartement directement en dessous. Par conséquent, le sol des étages supérieurs est couvert d'un mélange de boue, de rebuts et d'excréments d'animaux atteignant un pouce d'épaisseur. Le rez-de-chaussée, quant à lui, se transforme en un énorme borbier³⁰⁹.

Ces édifices représentent un investissement très rentable pour les propriétaires chinois et britanniques qui les administrent. En effet, ils peuvent louer chaque étage et même chaque pièce séparément. Cela leur permet de faire des profits qui, aux dires de l'époque, sont supérieurs aux revenus provenant de loyers des logements situés dans les quartiers aisés de la ville. En fait, chaque minuscule logement dans ces taudis

³⁰⁵ *Ibid.*, p. 11.

³⁰⁶ *Ibid.*

³⁰⁷ HKGRO, Sessional Papers, 1895, n° 3495, *op. cit.*

³⁰⁸ Ph. B. C. Ayres dans *ibid.*

³⁰⁹ Ph. B. C. Ayres dans HKGRO, Sessional Papers, 1895, n° 3495, *op. cit.*, p. 917.

rapporte entre 1,50 \$ et 2,00 \$ par mois³¹⁰. Chadwick mentionne une situation où un pompier naval devient locataire du second étage d'une maison pour 8,50 \$ par mois. Il garde une chambre pour lui et sous-loue les trois autres aux locataires, réalisant par le fait même un petit profit. L'étage en dessous est loué lui aussi à un groupe de marchands, ce qui permet au propriétaire de l'immeuble de collecter de grosses sommes d'argent³¹¹. De plus, la pénurie chronique de logements abordables à Hong Kong fait en sorte que les propriétaires ne sont pas obligés de réparer et d'améliorer l'état de leurs édifices pour trouver des locataires. Il est donc commun que les drains des étages supérieurs fuient et soient bloqués, faute de moyens efficaces pour se débarrasser des déchets domestiques³¹². Ces taudis deviennent alors un excellent investissement. Ils rapportent beaucoup tout en permettant d'épargner en frais d'entretien.

Les conditions de vie dans ces logements insalubres facilitent l'apparition et le développement de maladies contagieuses comme la peste. Les rats trouvent facilement de la nourriture ainsi que de nombreux refuges à cause de l'état général de délabrement des appartements. De plus, étant donné la piètre qualité et la forte densité d'occupation, une population de rats infectés peut transmettre la maladie à un plus grand nombre d'individus. Aussi, les tentatives des autorités sanitaires de mettre en place des règles pour améliorer l'état sanitaire de la colonie sont constamment mises en échec par les intérêts commerciaux des propriétaires d'édifices à revenus. Le marché locatif représente une partie significative de l'économie coloniale et plusieurs membres du conseil législatif possèdent des intérêts dans ce domaine. Cet état des choses ralentit grandement toutes les tentatives du *Colonial Surgeon* d'amener Hong Kong à moderniser ses infrastructures sanitaires selon le modèle britannique de l'époque.

³¹⁰ *Ibid.*

³¹¹ Osbert Chadwick, *op. cit.*, p. 12.

³¹² *Ibid.*, p. 13.

La résistance aux réformes sanitaires continue d'exister jusqu'au milieu des années 1890. En décembre 1894, plusieurs mois après la fin de l'épidémie de peste, le docteur Ho Kai, médecin réformateur chinois ayant notamment enseigné la médecine à Sun Yat-sen et membre non officiel du conseil législatif de Hong Kong, explique au conseil que « there is such a thing as too much sanitation for the public. (...) the amendments introduced into it have the undoubted effect of decreasing the value of property to a very considerable extent »³¹³. En essayant de protéger les intérêts des propriétaires, il explique que ces derniers désirent améliorer l'état sanitaire de la colonie mais craignent qu'une ingérence gouvernementale trop prononcée n'affecte leurs revenus. Pour faire valoir leur point de vue, les propriétaires des taudis menacent de quitter la colonie si les mesures sanitaires ont des effets importants sur la gestion de leurs affaires privées³¹⁴.

3.2.2. Le rapport de Chadwick et la création du *Sanitary Board*

Le rapport de 1873 du docteur Ayres ouvre la porte à l'élaboration de la législation sanitaire à Hong Kong. Après avoir lu ce rapport, le gouverneur du Hong Kong, Arthur Kennedy, ne réagit pas immédiatement et ordonne de réaliser une autre évaluation afin de confirmer la conclusion du rapport sur l'état sanitaire inquiétant de la colonie. Toutefois, même si l'arpenteur général passe six mois à inspecter de nombreux édifices et arrive à la même conclusion que le *Colonial Surgeon*, aucune démarche officielle n'est entreprise pour corriger la situation. C'est seulement en 1880 que les premières actions concrètes sont entreprises par les autorités britanniques de Hong Kong. À la suite d'un conflit entre le gouvernement et le *Surveyor General* sur l'état de santé de la population de la colonie, le conseil législatif décide de faire appel au jugement du secrétaire d'État britannique. En

³¹³ Docteur Ho Kai dans HKGRO, Hong Kong Hansard, 1894, 22 décembre 1894. <http://sunzi.lib.hku.hk/hkgro/view/h1894/3348.pdf> (3 juin 2016).

³¹⁴ *Ibid.*, p. 25.

réponse à la requête, Londres désigne Osbert Chadwick pour venir inspecter la colonie en tant que commissaire royal. Sa tâche consiste à déterminer si des réformes majeures sont nécessaires pour redresser l'état sanitaire de Hong Kong³¹⁵.

Son rapport est publié dans le *Blue Book*³¹⁶ de 1882. Osbert Chadwick met également l'insalubrité des quartiers populaires chinois en évidence et formule plusieurs recommandations pour rectifier les lacunes de la prophylaxie hongkongaise³¹⁷. Il conseille aux autorités de créer une organisation spécifique pour gérer la question sanitaire, le *Sanitary Board*, qui va désormais s'occuper de tous les problèmes liés à la santé publique. En suivant ses suggestions, Hong Kong développe également les infrastructures aquifères pour augmenter la réserve d'eau potable disponible et commence à moderniser les égouts de la ville. Toutefois, la suggestion de reprendre possession des terrains occupés par des taudis insalubres pour ensuite les détruire et bâtir de nouvelles habitations en fonction des normes en vigueur dans la métropole ne mène à aucun résultat concret³¹⁸.

On discerne dans ces suggestions une influence des théories d'hygiène publique du *Sanitary Movement* et d'Edwin Chadwick, le père d'Osbert. En améliorant l'infrastructure sanitaire de la ville et en réduisant la surpopulation des logements, ils s'imaginent pouvoir diminuer l'incidence de développements de maladies contagieuses.

En 1887, Osbert Chadwick revient à Hong Kong et fait un nouveau rapport qui constate le manque de progrès dans la gestion sanitaire de la colonie. Pour y faire suite, les autorités britanniques décident alors d'agrandir les pouvoirs du *Sanitary*

³¹⁵ HKGRO, Sessional Papers, 1895, n° 3495, *op. cit.*

³¹⁶ Les Colonial Blue Books sont des relevés annuels contenant des informations économiques, sociales et commerciales que les administrateurs des colonies britanniques devaient envoyer au gouvernement central à Londres.

³¹⁷ Osbert Chadwick, *op. cit.*, p. 1-41.

³¹⁸ HKGRO, Sessional Papers, 1895, n° 3495, *op. cit.*

Board. En cas de crise sanitaire, la *Public Health ordinance* de 1887³¹⁹ permet au *Board* de s'introduire dans le domicile des habitants et d'y intervenir directement. Par exemple, il leur est désormais possible d'inspecter les résidences privées, de désinfecter un lieu qu'ils considèrent comme insalubre et d'isoler tout patient atteint d'une maladie contagieuse. Ces pouvoirs demeurent néanmoins théoriques jusqu'à l'arrivée de la peste en 1894. Avant cette période fatidique, le *Board* ne se réunit qu'une fois par mois, ce qui réduit sensiblement son champ d'action. En parallèle, les membres du conseil législatif de Hong Kong bloquent la majorité de ses tentatives d'agir³²⁰. Les propriétaires, chinois et occidentaux, croient qu'une réduction de la densité d'occupation des logements et leur nettoyage serait une mesure trop coûteuse. Ils craignent que l'augmentation des loyers fasse fuir la main-d'œuvre abordable, ce qui aurait des conséquences néfastes sur l'économie hongkongaise. Pour cette raison, de nombreux représentants au conseil législatif adhèrent au concept de gestion par enclave. À l'image de l'administration en Inde britannique, ces membres du conseil veulent séparer la population européenne de la population locale en n'imposant les normes britanniques en matière de santé publique qu'aux enclaves occidentales. Les habitants chinois sont alors laissés à eux-mêmes. Ils sont administrés par le biais de l'élite locale, ce qui réduit les coûts de gestion du gouvernement³²¹.

L'autonomie qui est accordée à la population indigène pour gérer ses affaires courantes démontre comment les idéaux libéraux de gouvernance locale se disséminent à travers l'administration de tout l'Empire britannique. Au même titre qu'une paroisse britannique démontre une bonne gouvernance en réduisant ses dépenses en assistance sociale et en réalisant des surplus administratifs, les administrateurs de Hong Kong voient la réduction des coûts nécessaires à l'administration de la population chinoise comme une façon de démontrer leurs

³¹⁹ *Ibid.*

³²⁰ Carol Ann Benedict, *Bubonic Plague in Nineteenth Century China*, *op. cit.*, p. 139.

³²¹ *Ibid.*, p.139-140 ; Voir David Arnold, *Colonizing the Body : State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India*, Berkeley, University of California Press, 1993.

compétences au gouvernement impérial à Londres. De plus, ce système administratif semble convenir aux Chinois résidant à Hong Kong, habitués à la gouvernance inspirée par le *wuwei*.

Quand l'épidémie de peste se déclenche à Hong Kong en 1894, le *Sanitary Board* n'a pas encore modernisé le système sanitaire de la colonie. Les logements sont toujours surpeuplés, les rebuts continuent de s'accumuler et les avancées faites en santé publique en Grande-Bretagne n'ont toujours pas trouvé d'échos réels dans la colonie.

3.3. L'épidémie de peste bubonique de 1894

À l'arrivée de la peste bubonique en 1894, la colonie n'est pas prête à l'affronter. Pour cette raison, la crise atteint des proportions jusque-là inégalées et vient bouleverser tous les aspects de la vie de ses habitants. Pour mieux comprendre la portée de cet événement, il est possible de diviser son déroulement en quatre temps. D'abord, la peste apparaît à Canton, tout prêt de Hong Kong, et la colonie décide d'enquêter sur les risques que représente la maladie. Ensuite, en raison de la détection des premiers cas à Hong Kong, le *Sanitary Board* adopte plusieurs mesures d'urgences dans l'espoir d'endiguer sa propagation. Toutefois, ces mesures créent des tensions au sein de la société et la population chinoise tente de s'opposer à leur application. La crise atteint finalement son paroxysme lorsque les Chinois décident de fuir massivement la colonie.

3.3.1. La propagation de la peste de Canton à Hong Kong

Au début de 1894, les mauvaises conditions sanitaires des quartiers populaires chinois contribuent à l'éclosion d'une épidémie de peste bubonique. Depuis les vingt dernières années, la maladie se propage à travers tout le sud-ouest de la Chine en se rapprochant graduellement de Hong Kong. En mars 1894, la peste devient

épidémique à Canton, mais sa date d'arrivée exacte à Hong Kong reste toutefois incertaine. L'économie des deux villes est étroitement liée et chaque semaine, environ 11 000 passagers débarquent à Hong Kong en provenance de Canton³²². Les échanges entre les deux ports sont donc très fréquents, ce qui augmente le risque de propagation des maladies lors d'épidémies. Toutefois, ce n'est qu'à la fin du mois d'avril 1894, près de deux mois après que la peste soit devenue épidémique à Canton, qu'un inspecteur de police hongkongais amène le sujet de la maladie aux oreilles du *Sanitary Board*. Ses membres décident d'organiser une rencontre pour voir quelles mesures de préventions pourraient être adoptées³²³.

Le docteur Ayres, qui est toujours *Colonial Surgeon*, décide de rassembler des informations plus concrètes sur le sujet. Il envoie d'abord une demande au consul britannique à Canton pour avoir plus de renseignements sur la maladie et dépêche ensuite le docteur James A. Lawson, surintendant de la *Government Civil Hospital*, à Canton afin qu'il examine la situation sur place³²⁴. En répondant à sa demande, le docteur Alexander Rennie, un médecin occidental travaillant comme officier médical des douanes impériales chinoises à Canton, lui fait parvenir, le 2 mai 1894, un rapport sur la peste qui sévit dans la ville. C'est avec lui que Lawson visite ensuite un hôpital chinois à Canton pour confirmer la présence de la maladie. Le 7 mai, après avoir vu de nombreux cas, le docteur Lawson retourne à Hong Kong, car selon les rumeurs, la maladie y serait apparue pendant son absence³²⁵.

Le but de la mission de Lawson à Canton n'est pas seulement de confirmer que l'épidémie a déjà commencé sur le continent, mais aussi d'observer le déroulement de la maladie, car, comme il le mentionne dans l'un de ses rapports, la plupart des médecins occidentaux à Hong Kong n'étaient pas très familiers avec les symptômes

³²² HKGRO, Sessional Papers, 1895, n° 175, *op. cit.*

³²³ Elizabeth Sinn, *op. cit.*, p. 161.

³²⁴ *Ibid.*, p. 161.

³²⁵ U.K. Parliamentary Papers, 1894, C.7461 Hong Kong. *Correspondence relative to the outbreak of bubonic plague at Hong Kong*, « Report by James A. Lawson » 16 mai 1894, dans n° 13, Robinson to Rippon, reçu le 17 mai 1894.

et les traitements de la peste. Docteur Lawson lui-même n'a jamais eu l'occasion de soigner de patients atteints de la peste bubonique avant de se rendre à Canton. Ses connaissances proviennent de quelques rapports sur les symptômes et les étapes de contagion faits par les médecins occidentaux à Beihai et au Yunnan³²⁶. Il est donc de première importance que le personnel médical puisse reconnaître les cas de peste bubonique pour ce qu'ils sont. Muni de ses nouvelles connaissances empiriques, Lawson identifie le premier cas de la peste à Hong Kong le 8 mai, chez un patient hospitalisé en son absence³²⁷.

En effet, les mauvais diagnostics ne sont donc pas rares à l'époque et les patients atteints d'autres maladies, comme la malaria, sont souvent enregistrés comme les victimes de la peste bubonique. Puisqu'au début de l'épidémie, l'apparition de bubons sert d'indice principal pour détecter la maladie, il arrive aussi que d'autres problèmes de santé faisant enfler les ganglions soient diagnostiqués par erreur comme des cas de la peste. C'est le cas de lymphangites avec bubons dans la jambe, d'inflammations des glandes du cou et même parfois de simples fièvres typhoïdes³²⁸.

C'est pendant l'épidémie de Hong Kong que la découverte simultanée du bacille de la peste par les docteurs Kitasato et Yersin permet d'identifier la maladie avec certitude : en analysant les échantillons de sang pris aux malades, le personnel médical peut désormais déterminer s'il s'agit de la peste, avant même que les bubons ne se développent. Ainsi, alors qu'au mois de mai 1894 les médecins ne se basent que sur les symptômes apparents pour diagnostiquer la peste bubonique, à la fin de l'été, près de 80 % des patients sont identifiés à l'aide de tests sanguins. Cette pratique permet de reconnaître les personnes infectées beaucoup plus tôt et de les isoler plus rapidement en réduisant ainsi l'ampleur de la contagion³²⁹.

³²⁶ HKGRO, Sessional Papers, 1895, n° 175, *op. cit.*, p. 180.

³²⁷ U. K. Parliamentary Papers, C.7461, n° 13, *op. cit.*

³²⁸ HKGRO, Sessional Papers, 1895, n° 175, *op. cit.*, p. 194.

³²⁹ *Ibid.*, p. 193.

3.3.2. Les mesures mises en place pendant les premières semaines

Le 10 mai 1894, deux jours après la confirmation du premier cas, le docteur Ayres demande au docteur James Lawson de visiter l'hôpital *Tung Wah* afin de vérifier si la peste y est bien présente³³⁰. La journée même, Ayres fait parvenir un rapport au gouvernement stipulant qu'il y a 20 personnes atteintes de la peste au sein de l'établissement géré par la communauté chinoise et qu'elle proviennent toutes du quartier à proximité de l'hôpital. Ce détail encourage le gouvernement à focaliser son attention sur les quartiers populaires chinois et d'y organiser plusieurs interventions sanitaires³³¹. Après avoir été informé de la situation, le major général Barker fait paraître une proclamation stipulant que Hong Kong est maintenant un port infecté. Il prend les rênes de la colonie en l'absence temporaire du gouverneur William Robinson qui se trouvait alors en visite au Japon. Le secrétaire colonial O'Brian qui aurait dû le remplacer, est également absent pour des raisons médicales ; la responsabilité de gérer la colonie revient donc au général Baker³³².

Une réunion d'urgence du *Sanitary Board* est alors organisée. Les membres décident d'appliquer les mesures d'urgence des articles 32 à 37 du *public health ordinance n° 24* de 1887 pour prendre le contrôle de la situation le plus rapidement possible³³³. Ces règlements donnent plusieurs pouvoirs au *Sanitary Board* qui se rapprochent de ceux qu'ont les *Medical Officers of Health* lors d'épidémies de variole en Grande-Bretagne : « the Board may issue by-laws, as they shall think fit, for the prevention as far as possible, or mitigation of such epidemic (...) and from time to time may revoke,

³³⁰ U. K. Parliamentary Papers, C.7461, n° 13, *op. cit.*

³³¹ *Ibid.*

³³² U. K. Parliamentary Papers, C.7545, *Further correspondence relative to the outbreak of bubonic plague at Hong Kong*, n° 2, Robinson to Rippon, reçu le 18 juillet 1894.

³³³ HKGRO, Hong Kong Government Gazette, 1894, Proclamation n° 3, 10 mai 1894. <http://sunzi.lib.hku.hk/hkgro/view/g1894/644662.pdf> (14 juin 2017).

renew and alter any such By-Laws³³⁴ ». Ainsi, le *Sanitary Board* peut désormais disposer des cadavres plus rapidement et de façon sécuritaire, organiser des visites au porte-à-porte, offrir des médicaments aux personnes dans le besoin, loger et traiter les patients et assurer la destruction des vêtements et de la literie contaminés. Il a aussi le droit d'évacuer les habitants des logements infectés et d'accéder peu importe l'heure à tout endroit qui pourrait présenter un risque pour la santé publique de la colonie³³⁵. Au départ, ces mesures sont imposées pour une durée d'un mois, mais ensuite elles sont reconduites jusqu'à juillet 1894³³⁶.

Les mesures sanitaires d'urgence font du navire-hôpital le *Hygeia* la destination principale des malades qu'on soupçonne être atteints de la peste bubonique. Tous les patients de l'hôpital *Tung Wah* y sont transférés pour y être traités³³⁷. À l'image des navires-hôpitaux sur la Tamise utilisés par les autorités sanitaires londoniennes, le *Hygeia* servait depuis plusieurs années à isoler les cas de la variole. Pour éviter la contagion par proximité, le vaisseau est habituellement mis à l'ancre près d'une île à la périphérie de la colonie, la *Stonecutter's Island*. Le 11 mai 1894, l'hôpital flottant est rapproché des berges de l'île de Hong Kong à West Point, pour être converti en espace d'isolement des pestiférés³³⁸.

Le transfert des patients ne se fait pas sans difficulté. En effet, le comité *Tung Wah* n'est pas nécessairement prêt à laisser les Britanniques déplacer les patients, en jugeant que cela menace l'autorité du comité *Tung Wah* au sein de la population locale³³⁹. Les patients eux-mêmes ne veulent pas être transférés, car le *Hygeia* représente un milieu complètement étranger pour eux. Comme le mentionne le

³³⁴ HKGRO, Hong Kong Government Gazette, 1888, Ordinance 24 of 1887, 2 juin 1888. <http://sunzi.lib.hku.hk/hkgro/view/g1888/661417.pdf> (14 juin 2017).

³³⁵ *Ibid.*

³³⁶ HKGRO, Hong Kong Government Gazette, 1894, Government Notification n° 219, 9 juin 1894. <http://sunzi.lib.hku.hk/hkgro/view/g1894/644863.pdf> (14 juin 2017).

³³⁷ HKGRO, Hong Kong Government Gazette, 1894, Government Notification n° 175, 11 mai 1894. <http://sunzi.lib.hku.hk/hkgro/view/g1894/644665.pdf> (14 juin 2017),

³³⁸ HKGRO, Sessional Papers, 1895, n° 175, *op. cit.*, p. 203.

³³⁹ *Ibid.*

docteur Lowson, la communication entre les médecins occidentaux et les patients chinois est très difficile : « under the difficulty of not being able to speak the language of our patients, and such a condition of affairs was not only alarming to them, but greatly against our treatment throughout »³⁴⁰. L'utilisation des interprètes n'est pas toujours efficace, faute de personnel compétent ; dans la plupart des cas ils ne font que ralentir la communication entre le médecin et le patient³⁴¹. Ces problèmes linguistiques sont aussi soulignés par le docteur James Cantlie³⁴², qui attribue le caractère amorphe et désorienté des patients chinois à des difficultés de communication :

He (le patient chinois) at times understands to protrude his tongue when spoken to sharply, but next moment he seems to disregard the request, and the effect of one's words seems to be to stimulate an outlying centre, or he either points with his finger partially extended in a hesitating manner, or turns his eyes and head upwards as if looking for something in the wall behind his bed³⁴³.

La barrière de la langue explique donc en partie la réticence des patients chinois à être transféré sur le *Hygeia*.

Les autres mesures d'urgence adoptées par le *Sanitary Board* ont toutes pour but de permettre le *stamping out* de la maladie, son élimination grâce à un mélange de détection et d'isolement rapide des malades. Le *Sanitary Board* commence par émettre une injonction obligeant toute personne à signaler l'apparition des premiers symptômes de la peste aux autorités. De plus, il organise une vaste opération de visites au porte-à-porte pour trouver les patients qui auraient décidé de contrevenir à l'injonction et de cacher leurs symptômes. Tous les logements des quartiers populaires chinois sont inspectés pour identifier les endroits insalubres et repérer les malades qui ne veulent pas se déclarer auprès des autorités. À ces interventions

³⁴⁰ *Ibid.*, p. 186.

³⁴¹ *Ibid.*

³⁴² Un autre médecin britannique qui a travaillé à Hong Kong à cette époque et qui a publié une série d'essais sur la peste dans le *British Medical Journal*.

³⁴³ James Cantlie, « The Plague in Hong Kong », *The British Medical Journal*, 25 août 1894, p. 423.

s'ajoutent des mesures légales : l'administration coloniale introduit des amendes et des peines d'emprisonnement pour tous ceux qui dissimulent les malades. Ainsi, ceux qui n'avertissent pas les autorités qu'il y a un malade dans leur logement peuvent recevoir une peine d'emprisonnement de trois mois et une amende de 75 \$. C'est une somme énorme pour un travailleur non qualifié qui paie environ 2 \$ de loyer par mois³⁴⁴.

Aussi, pour faciliter la gestion de la crise, le *Sanitary Board* élit un comité permanent composé de trois membres qui ont le pouvoir de mettre en exécution tous les règlements sanitaires d'urgence³⁴⁵. Avant cela, il était difficile de réunir tous les membres du *Sanitary Board*. Ils se réunissaient une fois par mois et n'avaient pas tous la même vision sur les mesures à prendre. Grâce à la mise en place d'un comité permanent, ces représentants du *Sanitary Board* peuvent désormais agir beaucoup plus rapidement et ajuster les interventions quotidiennement.

La confirmation de l'arrivée de la peste bubonique incite donc le gouvernement à donner de nombreux pouvoirs d'urgence au *Sanitary Board* en espérant ainsi contenir la maladie et éviter le développement de l'épidémie. Toutefois, les techniques néo-quaranténaires n'ont jamais été utilisées sur l'ensemble du territoire colonial, tout particulièrement au sein de la population chinoise. La barrière de la langue, les visites des inspecteurs et l'isolement obligatoire à bord du *Hygeia* créent de nombreuses tensions entre le gouvernement et les résidents chinois de Hong Kong.

3.3.3. La réaction négative de la population chinoise

Les deux premières semaines de l'épidémie sont particulièrement mouvementées. La plupart des patients proviennent du quartier populaire de *Taipingshan* [太平山], tout près de l'hôpital *Tung Wah*. Ce quartier devient donc la cible de la majorité des

³⁴⁴ *North China Herald*, 15 juin 1894, p. 946. <http://primarysources.brillonline.com/browse/north-china-herald-online/volume-1894-issue-1402-18940615;nch18940691402> (20 juillet 2016)

³⁴⁵ HKGRO, Hong Kong Government Gazette, 11 mai 1894, *op. cit.*

mesures sanitaires, tout particulièrement de l'inspection au porte-à-porte, de la désinfection obligatoire et de l'expropriation de certains logements.

Ces activités dont le but est d'améliorer l'efficacité des mesures sanitaires officielles et de juguler l'épidémie de peste à Hong Kong ont pourtant un résultat inverse. Tout comme au début de l'élaboration d'une prophylaxie à l'échelle nationale en Grande-Bretagne, la peur des visites et de la délocalisation obligatoire pousse un grand nombre de Chinois à tenter de dissimuler leurs malades : « The Chinese do not care to have their domestic abode invaded at any time of the day or night without notice, and as there is an English saying that every man's house is his castle, so the Chinaman also thinks his house should be a castle »³⁴⁶. La population voit donc l'arrivée des inspecteurs sanitaires britanniques et la perquisition de leurs logements comme une violation de leur espace personnel et familial.

Au début, la plupart des ménages se plient aux exigences des inspecteurs une fois qu'on leur explique la raison de leurs visites³⁴⁷. Cependant, vu le caractère de plus en plus intrusif des mesures officielles, les résidents chinois de *Taipingshan* commencent à s'organiser pour résister à leur application. Les familles perçoivent les visites des inspecteurs comme une attaque à leur intimité, car les groupes d'inspecteurs formés par les autorités sanitaires sont principalement composés de marins et de soldats britanniques³⁴⁸. Tous des volontaires, ils n'ont aucune formation médicale et font souvent leurs tours du quartier dans la soirée. Par conséquent, ils ne détectent pas tous les cas de peste ou bien font des diagnostics erronés. Lors des opérations de désinfection, certains objets personnels des résidents des logements désinfectés se trouvent endommagés ou volés par les inspecteurs. De plus, selon les rumeurs qui circulent au sein de la population chinoise, ces inspecteurs tentent parfois

³⁴⁶ Docteur Ho Kai dans HKGRO, Hong Kong Hansard, 1894, 27 août 1894. <http://sunzi.lib.hku.hk/hkgro/view/h1894/3340.pdf> (18 mai 2016).

³⁴⁷ U. K. Parliamentary Papers, C.7545, *op. cit.*

³⁴⁸ *Ibid.*

de harceler sexuellement les femmes qui habitent dans les logements perquisitionnés³⁴⁹.

Ce type d'intervention ne serait pas acceptable en Chine. D'un côté, l'administration inspirée par les concepts de *ren* et de *wuwei* doit offrir du secours au peuple, mais elle ne l'impose pas. Aussi, en organisant des visites au porte-à-porte et en obligeant l'isolement des malades dans les hôpitaux de l'État, le gouvernement colonial va à l'encontre des principes de *xiao* ou de la piété filiale. Les malades sont la responsabilité des familles, et l'administration ne devrait prendre en charge que ceux qui se retrouvent abandonnés ou n'ont pas de famille. Du moins, c'est ce que la population chinoise attend des autorités lors d'une épidémie. Ainsi, la mise en place de mesures obligatoires et intrusives crée un profond malaise chez les Chinois de Hong Kong.

À la panique causée par la maladie, s'ajoute également la peur d'être soigné par les médecins occidentaux. L'isolement accentue davantage la peur de l'inconnu chez les patients chinois, car ils sont confinés à l'intérieur d'un vaisseau-hôpital dans lequel leur famille ne peut pas venir les voir. Tout visiteur dans un hôpital doit être escorté par un policier et n'a droit qu'à cinq minutes avec le patient. Il ne peut pas toucher au malade et s'il veut rester plus longtemps, il est automatiquement considéré comme un aide-soignant et doit aider le personnel médical jusqu'au rétablissement du patient³⁵⁰. Aussi, les traitements administrés par les médecins occidentaux qui sont complètement étrangers à la conception médicale chinoise ne semblent pas mieux soigner la maladie que les remèdes traditionnels. En effet, malgré tous les efforts des médecins du *Hygeia*, le taux de mortalité des patients chinois atteint 93,4 % en 1894³⁵¹. Par conséquent, beaucoup de résidents chinois de Hong Kong préfèrent fuir la colonie plutôt que d'être soignés par les Occidentaux. Un article d'un journal

³⁴⁹ Elizabeth Sinn, *op. cit.*, p. 165.

³⁵⁰ HKGRO, Sessional Papers, 1895, n° 175, *op. cit.*, p. 206.

³⁵¹ *Ibid.*, p. 200.

chinois, traduit et publié dans le *North China Herald* illustre bien cette vision populaire chinoise :

the foreign methods of dealing with the plague, which appear to us ridiculous enough. He said that when a person is stricken with the plague at Hongkong, the foreign officials take them to the floating hospital moored in the mid-stream. First, they make the patient swallow 12 oz. of brandy, mixed with some kind of liquid medicine. Then they put six pounds of ice on top of the patient's head, while the chest, hands and feet are also loaded with pounds of ice each. In this manner, not one person out of ten manages to leave that floating hospital alive. Searchers are also sent during the day time into the various dwelling-houses and if they happen to see someone in a recumbent position or taking a nap, down he is pounced upon as having been plague-stricken, and the unlucky person is forcibly taken to the floating hospital where with the remedies above mentioned his life is soon taken away. In this way, numerous persons have met an undeserved fate³⁵².

Les médecins occidentaux utilisent des bains de glace pour réduire la fièvre des patients, ce qui crée des chocs thermiques. Ce traitement va à l'encontre de tous les principes fondamentaux de la médecine traditionnelle chinoise qui stipulent que le refroidissement de l'organisme ne peut qu'empirer la situation en encourageant le développement d'un *shanghan*. L'inefficacité des techniques occidentales dans le traitement de la peste bubonique accentue donc la méfiance de la population envers les médecins coloniaux.

Cette appréhension encourage la dissémination de rumeurs sur les dangers des mesures sanitaires coloniales. Par exemple, selon une rumeur assez persistante, rapportée par le *Hong Kong Daily Press*, les inspecteurs ont amené une femme à bord du *Hygeia* qu'ils croyaient souffrir de la peste, alors qu'elle n'était qu'enceinte. Elle est prétendument décédée à cause du traitement qu'on lui a administré par erreur à bord du *Hygeia*³⁵³. Cette histoire est démentie par la suite par le *Hong Kong Telegraph* qui s'attaque au manque de recherche journalistique et au sensationnalisme

³⁵² *North China Herald*, 15 juin 1894, *op. cit.*, p. 946.

³⁵³ HKPL, Old Hong Kong Newspapers, *Hong Kong Daily Press*, 23 mai 1894. <https://mmis.hkpl.gov.hk/old-hk-collection> (15 janvier 2018).

du *Hong Kong Daily Press*. Néanmoins, cela nous montre l'ampleur de la panique créée par la peste tout en illustrant la frénésie dans laquelle la population chinoise se trouve. La rumeur est en fait basée sur le cas réel d'une femme chinoise, enceinte et atteinte de la peste, que les inspecteurs trouvent dans un appartement et qui décède de la maladie à bord du *Hygeia* quelques jours plus tard³⁵⁴. La moindre anecdote ou rumeur prend ainsi des proportions dramatiques mettant en doute les pratiques sanitaires du gouvernement.

La méfiance et la colère de la population sont renforcées par le traitement des dépouilles des victimes. Selon les règlements du *Sanitary Board*, les corps des personnes décédées de la peste doivent être enterrés dans un cimetière choisi à cet effet par les autorités à l'extérieur de la ville et traités à la chaux vive pour s'assurer qu'ils ne puissent plus être une source de contagion³⁵⁵. L'enterrement dans une fosse enrobée de chaux vive est pourtant un sort inacceptable pour la plupart des Chinois qui souhaitent que leur dépouille soit envoyée dans leur village natal pour y être inhumée, à côté de leurs ancêtres³⁵⁶. Le traitement réservé aux dépouilles des victimes de la peste forcent beaucoup de Chinois malades à quitter la colonie afin de pouvoir mourir et être enterrés dans leur contrée natale:

the Chinese, in their anxiety to avoid being interred in quicklime, endeavour by any means, if they suspect an attack of the disease, to get out of the Colony. To aid them in this design a large hospital has been started at Laichikok, close to the Customs Station on the mainland, close to Stonecutter's Island, and a considerable number go there instead of to the Government establishments³⁵⁷.

La gestion de la peste par les autorités britanniques crée donc une situation qui est culturellement inacceptable pour la population chinoise qui préfère prendre le risque

³⁵⁴ HKPL, Old Hong Kong Newspapers, *Hong Kong Telegraph*, 23 mai 1894. <https://mmis.hkpl.gov.hk/old-hk-collection> (15 janvier 2018).

³⁵⁵ HKGRO, Hong Kong Government Gazette, 11 mai 1894, *op. cit.*

³⁵⁶ Elizabeth Sinn, *op. cit.*, p. 167.

³⁵⁷ *North China Herald*, 6 juillet 1894, p. 15, <http://primarysources.brillonline.com/browse/north-china-herald-online/volume-1894-issue-1405-18940706;nch18940701405> (20 juillet 2016).

de dissimuler ses malades ou de quitter la colonie plutôt que de subir les interventions sanitaires officielles. Cette situation encourage les *coolies* et les habitants de *Taipingshan* à s'organiser, à faire la grève et à causer des émeutes. Les deux premières semaines de l'épidémie sont particulièrement mouvementées. Les travailleurs portuaires, par exemple, cessent de travailler le 23 mai pour s'opposer aux mesures sanitaires les obligeant de transporter les corps de pestiférés provenant du *Hygeia*. Pour souligner leur position, ils cessent de transporter toute forme de cargaison, ce qui paralyse le fonctionnement du port et perturbe le commerce maritime, le moteur principal de l'économie hongkongaise³⁵⁸.

En même temps, les nombreux rassemblements dans le quartier de *Taipingshan* menacent constamment de se transformer en émeutes. Le 20 mai, alors que le comité *Tung Wah* organise une réunion avec des responsables gouvernementaux pour discuter des mesures sanitaires, les entrepôts de son directeur, Lau Wei-chan, sont attaqués par une foule³⁵⁹. Lau, un membre éminent de l'élite marchande, faisait partie du comité *Tung Wah* et de celui du *Sanitary Board*. Il était donc de son devoir de protéger les intérêts et les habitudes de vie de la population chinoise. Les visites des inspecteurs, l'isolement des malades et l'enterrement des morts dans la chaux est vue par la communauté chinoise comme une preuve d'un manque d'efforts de la part du comité *Tung Wah* en général et de Lau Wei-chan en particulier, ce qui a fait de lui la cible principale des attaques. Ces débordements font suite au début des opérations d'inspection et de désinfection du quartier. Le travail de terrain est réalisé par 300 volontaires du corps d'infanterie légère de Shropshire qui appliquent les mesures décrétées par le *Sanitary Board* avec beaucoup de zèle en contribuant ainsi à la

³⁵⁸ Voir *North China Herald*, 25 mai 1894, p. 787, <http://primarysources.brillonline.com/browse/north-china-herald-online/volume-1894-issue-1399-18940525:nch18940691399> (20 juillet 2016); *The Hong Kong Telegraph*, 23 mai 1894, *op. cit.*, p. 2.

³⁵⁹ Voir HKPL, Old Hong Kong Newspapers, *Hong Kong Telegraph*, 21 mai 1894; HKPL, Old Hong Kong Newspapers, *Hong Kong Daily Press*, 21 mai 1894, <https://mmis.hkpl.gov.hk/old-hk-collection> (15 janvier 2018); Elizabeth Sinn, *op. cit.*, p. 166.

montée du mécontentement populaire³⁶⁰. Les grèves et les émeutes ne sont pas les seules formes de résistance aux mesures sanitaires britanniques. Les habitants de *Taipingshan* essaient activement d'empêcher les inspecteurs de faire leur travail : ils se barricadent à l'intérieur des logements en leur lançant des pierres³⁶¹. Les tensions incitent les agents sanitaires à demander des escortes policières pour faire leur travail. Certains d'entre eux préfèrent même porter des révolvers pour se protéger contre les attaques des résidents du quartier en colère³⁶².

Le début des visites au porte-à-porte coïncide avec l'apparition à travers la ville d'affiches décrivant les pratiques médicales occidentales. Elles accusent les médecins du *Hygeia* de découper les femmes enceintes et d'utiliser les yeux des enfants pour en faire des médicaments pour la peste qui doivent ensuite être exportés en Grande-Bretagne³⁶³. Ces affiches provoquent une nouvelle vague de panique au sein de la population chinoise de Hong Kong. Les Chinois craignent désormais non seulement la maladie, mais aussi les mesures que les autorités britanniques ont mises en place pour la combattre.

La situation devient tellement tendue que les autorités craignent que les Chinois se préparent à attaquer le *Hygeia*. Le gouverneur Robinson, revenu du Japon, décide le 24 mai 1894, de faire déplacer la canonnière de classe médina, le *Tweed*, près du navire-hôpital, directement en face de *Taipingshan*³⁶⁴. À la suggestion du docteur Lawson, il autorise également l'ouverture temporaire d'un hôpital qui va offrir des soins médicaux chinois traditionnels afin d'apaiser la population révoltée³⁶⁵. C'est ainsi que le *Glassworks Hospital* est établi à Kennedy Town dans une verrerie³⁶⁶.

³⁶⁰ Pui-Tak Lee, *loc. cit.*, p. 115.

³⁶¹ *North China Herald*, 25 mai 1894, *op. cit.*, p. 787.

³⁶² Elizabeth Sinn, *op. cit.*, p. 164.

³⁶³ U. K. Parliamentary Papers, C.7545, *Further correspondence relative to the outbreak of bubonic plague at Hong Kong*, n° 2, Robinson to Rippon, reçu le 18 juillet 1894.

³⁶⁴ HKPL, Old Hong Kong Newspapers, *The Hong Kong Telegraph*, 24 mai 1894. <https://mmis.hkpl.gov.hk/old-hk-collection> (15 janvier 2018)

³⁶⁵ HKGRO, Sessional Papers, 1895, n° 175, *op. cit.* p. 204.

³⁶⁶ Voir en annexe une illustration du *Glasswork hospital* par le Docteur James Cantlie.

Bien qu'il soit régi par le comité *Tung Wah*, il doit être inspecté deux fois par jour par un responsable médical du gouvernement britannique, le docteur Penny. Chirurgien de profession, Penny s'est porté volontaire au début de l'épidémie pour assister aux efforts de prophylaxie de l'administration coloniale³⁶⁷. Le *Glassworks Hospital*, permet à la fois de répondre à l'augmentation rapide des cas de peste dans la colonie à partir de mois de juin, mais aussi de calmer une partie des inquiétudes de la population chinoise liées à l'obligation de se présenter à l'hôpital dès l'apparition des premiers symptômes de la maladie.

Les patients d'origine chinoise qui sont jusque-là traités à bord du *Hygeia* sont déplacés à la verrerie. Ce transfert permet aux tensions de diminuer graduellement. Grâce à la méthode de la carotte (l'ouverture du nouvel hôpital) et du bâton (l'arrivée du *Tweed*), le gouvernement réussit à éviter de nouvelles émeutes. Toutefois, la peur des inspections et de l'enterrement dans la chaux persiste, ce qui motive quelques membres du comité *Tung Wah* à présenter une pétition au gouverneur. Ils demandent de mettre fin au porte-à-porte, de permettre aux malades de retourner en Chine, de s'assurer que tous les patients du *Hygeia* soient transférés au *Glassworks Hospital* et de faire en sorte que tous les futurs malades y soient envoyés automatiquement³⁶⁸. Cette pétition demande donc au gouvernement de laisser la population chinoise gérer elle-même ses propres difficultés, comme ce fut le cas depuis la création de la colonie. Cependant, le gouverneur ne voit pas la situation du même œil en leur répondant que :

Hong Kong was a British Colony and, as they had chosen to reside in it, they must submit to British laws and methods of sanitation, and further, that, as I (le gouverneur Robinson) was responsible for the safety of the community, I must positively decline to listen to their requests³⁶⁹.

Pour la première fois de l'histoire de Hong Kong, le gouvernement colonial refuse d'abandonner sa prérogative administrative à l'élite marchande chinoise et décide

³⁶⁷ *Hong Kong Daily Press*, 23 mai 1894, *op. cit.*

³⁶⁸ *Ibid.*

³⁶⁹ U. K. Parliamentary Papers, C.7545, *op. cit.*

d'imposer sa politique aux habitants chinois de la colonie, même si Robinson accepte finalement de faire quelques concessions (à partir du mois de juin, il autorise les malades à partir pour Canton)³⁷⁰.

3.3.4. La fuite de la population et des travailleurs

La population chinoise essaie de convaincre le gouvernement hongkongais de mettre fin aux mesures sanitaires, mais ses tentatives sont vouées à l'échec. La dissimulation des cas a pour conséquence de faire augmenter le nombre quotidien des inspections. Les grèves et les émeutes font augmenter la présence policière et met *Taipingshan* sous la menace des canons du *Tweed*. Les pétitions officielles de l'élite commerciale ne donnent pas de résultats³⁷¹. Il ne reste que la fuite. Les habitants d'origine chinoise savent qu'ils courent autant de risques d'attraper la maladie à Canton qu'à Hong Kong. Toutefois, s'ils meurent sur le territoire chinois, ils pourront être enterrés dans leur village, suivant la tradition locale³⁷².

Déjà au mois de mai 1894, environ 1000 personnes par jour prennent le bateau à destination de Canton ou de Macao en fuyant la colonie britannique³⁷³. Au début, la majorité des passagers sont les femmes et les enfants issus des familles chinoises fortunées de Hong Kong. Ils fuient la maladie, le porte-à-porte et les autres contraintes imposées par les autorités³⁷⁴. Ensuite, les malades commencent eux aussi à quitter la colonie. Ils craignent les mesures d'isolement et tout particulièrement les remèdes occidentaux. Ils cherchent à regagner Canton ou leur village natal pour que

³⁷⁰ HKGRO, Sessional papers, 1894, n° 151, *op. cit.*

³⁷¹ Elizabeth Sinn, *op. cit.*, p. 173.

³⁷² Carol Ann Benedict, « Bubonic plague in nineteenth-century China », *loc. cit.*, p. 140.

³⁷³ Elizabeth Sinn, *op. cit.*, p. 167.

³⁷⁴ *The Hong Kong Telegraph*, 23 mai 1894, *op. cit.*

les membres de leur famille puissent prendre soin d'eux. Ils veulent avoir la possibilité de mourir dans un contexte familial et réconfortant³⁷⁵.

Hong Kong est un port international dont la prospérité se fonde entre autres sur l'abondance de la main-d'œuvre d'origine chinoise, peu coûteuse et corvéable. L'exode massif des Chinois à la suite de l'épidémie de peste crée donc une pénurie de main-d'œuvre sans précédent. Selon Robinson, qui décrit la situation dans sa dépêche au secrétaire d'État du 20 juin 1894 :

hongs were being emptied of their clerks, chair coolies by the hundreds deserted their employers without warning, and many domestic servants applied for the amount of their wages due to enable them to go to Canton or to join their families on the mainland. No less than 300 men left the China Sugar Factory one morning and crossing over to Kowloon started to walk to Swatow (Shantou), a distance of 180 miles³⁷⁶.

La fuite généralisée des Chinois crée des difficultés économiques au sein de la colonie. Les magasins, les ateliers et les usines de Hong Kong commencent à se vider de leurs travailleurs, à tel point que certaines compagnies envisagent de faire venir de la main-d'œuvre de l'étranger pour remplacer tous ceux qui sont retournés en Chine. C'est notamment le cas de la *China Sugar Refining Co.* qui perd 300 ouvriers en quelques semaines³⁷⁷. Pour résoudre ce problème, la compagnie décide de faire venir des travailleurs du Japon, bien qu'ils soient beaucoup plus coûteux que les *coolies* chinois. En apprenant cette nouvelle, une partie de travailleurs chinois reviennent au travail, craignant d'être remplacés de façon permanente³⁷⁸.

Pour remédier à cette situation qui risque d'engendrer les pertes de revenus considérables, le gouvernement colonial promet d'augmenter le salaire journalier des

³⁷⁵ Mary P. Sutphen, « Not What, but Where : Bubonic Plague and the Reception of Germ Theories in Hong Kong and Calcutta, 1894-1897 », *Journal of History of Medicine and Allied Sciences*, Oxford University Press, vol. 52, 1997, p. 93.

³⁷⁶ HKGRO, Sessional Papers, 1894, n° 151, *op. cit.*

³⁷⁷ *Ibid.*

³⁷⁸ *North China Herald*, 6 juillet 1894, *op. cit.*, p. 15.

coolies afin qu'il atteigne un dollar par jour³⁷⁹. C'est une augmentation significative qui représente environ la moitié du loyer mensuel d'un *coolie*. Toutefois, cette annonce n'a pas réussi à endiguer la fuite des travailleurs qui continuent à quitter la colonie malgré toutes les promesses d'amélioration de leurs conditions de travail.

Tout comme les *coolies*, les travailleurs de la santé d'origine chinoise quittent la colonie pour se réfugier à Canton. Ainsi, dès les premières semaines de l'épidémie, une partie importante de l'équipage de *Hygeia* s'enfuit du navire, se lançant à l'eau et nageant jusqu'à la berge ou jusqu'à un *sampan* (petit bateau à fond plat) se trouvant à proximité³⁸⁰. Quelques semaines plus tard, au mois de mai, presque tous les préposés de l'hôpital ouvert à Kennedy Town abandonnent leur lieu de travail et quittent discrètement Hong Kong³⁸¹. Le manque de personnel médical chinois rend les efforts prophylactiques du gouvernement d'autant plus difficiles que ces travailleurs étaient souvent les seuls à savoir parler les deux langues – l'anglais et le chinois, et s'occupaient donc de la communication avec les patients. La peste crée en quelque sorte un cercle vicieux dans lequel la maladie encourage les mesures sanitaires qui en faisant peur à la population, lui font adopter un comportement facilitant la propagation de la maladie (cacher les malades et fuir), ce qui pousse les autorités sanitaires à redoubler leurs efforts contraignants.

La troisième pandémie de peste bubonique influence de manière importante la composition démographique de la colonie en provoquant un déplacement massif de la population et le dépeuplement de certains quartiers de Hong Kong. Du 10 mai jusqu'au 3 septembre 1894, date à laquelle la ville se déclare libre de la peste³⁸², les hôpitaux enregistrent près de 2500 décès parmi leurs patients. De ce groupe, 2447

³⁷⁹ *North China Herald*, 15 juin 1894, *op. cit.*, p. 945.

³⁸⁰ HKGRO, Sessional Papers, 1895, n° 175, *op. cit.*

³⁸¹ *Ibid.*

³⁸² HKGRO, Hong Kong Hansard, 1894, 3 septembre 1894, <http://sunzi.lib.hku.hk/hkgro/view/h1894/3341.pdf> (18 mai 2016).

sont d'origine chinoise³⁸³. De plus, environ 80 000 des 200 000 Chinois habitants la colonie fuient vers le continent³⁸⁴. Environ 7000 Chinois qui habitaient dans les logements déclarés insalubres par le comité permanent du *Sanitary Board* sont forcés de quitter leur lieu de résidence et se déplacer vers des abris temporaires situés dans les autres quartiers de Hong Kong³⁸⁵.

3.4. L'impact social et économique sur la colonie

L'épidémie de la peste bubonique de 1894 a des conséquences sociales et économiques importantes. Les répercussions de la crise ne se limitent pas à la fuite de plusieurs dizaines de milliers de Chinois, c'est toute la toile sociale de Hong Kong qui se voit affectée. Au ralentissement des activités commerciales, s'ajoute la destruction du quartier populaire de *Taipingshan* et le déplacement forcé de ses habitants. Les changements provoqués par l'épidémie vont contribuer à la transformation de la société coloniale hongkongaise.

3.4.1. Les pertes économiques

Les répercussions économiques de la tragédie sont particulièrement importantes. À la suite de l'adoption du *Foul Bill of Health* par Hong Kong le 10 mai 1894³⁸⁶, de nombreux ports internationaux décident de restreindre l'entrée des navires provenant

³⁸³ HKGRO, Sessional Papers, 1895, n° 175, *op. cit.*,

³⁸⁴ Carol Ann Benedict, *Bubonic Plague in Nineteenth Century China*, *op. cit.*, p. 145 ; HKGRO, Hong Kong Government Gazette, 1894, Legislative Council n° 10, 8 décembre 1894, <http://sunzi.lib.hku.hk/hkgro/view/g1894/646060.pdf> (13 octobre 2015).

³⁸⁵ HKGRO, Hong Kong Government Gazette, 1894, Additional Bye-Laws, 31 mai 1894, <http://sunzi.lib.hku.hk/hkgro/view/g1894/644803.pdf> (16 juillet 2016).

³⁸⁶ Lorsqu'un port est touché par une épidémie, il doit donner un certificat à tous les navires le quittant qui avertit les autorités portuaires des autres endroits que le vaisseau peut représenter un risque de propagation. Ce certificat se nomme le *foul bill of health*. Inversement, un port libre d'épidémies fournit un *clean bill of health* ; U.K. Parliamentary Papers, 1894, C.7461 Hong Kong. *Correspondence relative to the outbreak of bubonic plague at Hong Kong*, n° 10 Robinson to Rippon, 16 juin 1894.

de la colonie³⁸⁷. Les autorités portugaises de Macao mettent rapidement en place un système quarantenaire pour empêcher à tous ceux qui fuient Hong Kong et Canton d'y débarquer et par le fait même d'y propager la peste³⁸⁸. Pour la même raison, de nombreux vaisseaux qui mouillent habituellement l'ancre à Hong Kong décident d'éviter la colonie. En contournant le territoire britannique, les navires peuvent garder un bilan de santé libre de toute infection et ainsi accoster sans grande difficulté dans les autres ports chinois. Par conséquent, en 1894, beaucoup moins de navires entrent dans le port de Hong Kong, ce qui cause la perte du transit de près de 24 000 tonnes de cargaison (comparativement à la même période en 1893). Cela représente un manque à gagner d'environ 4000 \$ en revenus directs que le département portuaire aurait pu collecter. Ce montant ne prend pas en compte les pertes subies par les propriétaires des jonques traditionnelles, engagées dans une multitude d'opérations commerciales à l'échelle locale³⁸⁹.

De nombreux marchands chinois quittent la colonie pour se rendre sur le continent en laissant leurs opérations en suspens. Ceux qui décident de rester sont incapables de vendre leur marchandise. Ils doivent contacter leurs banques pour repousser le remboursement de leurs emprunts en laissant leur stock prendre la poussière. Les propriétaires d'appartements ont les mêmes problèmes de liquidité, puisqu'avec la disparition de leurs locataires, ils ne perçoivent plus de loyers³⁹⁰. La fuite des travailleurs et la diminution des échanges commerciaux provoquent une contraction majeure de l'économie coloniale. La diminution des échanges commerciaux conduit également à la réduction des importations de tous genres, en particulier des produits agricoles. Par conséquent, le prix des principaux aliments bondit de 30 à 50 %, en augmentant ainsi de façon importante le coût de la vie à Hong Kong³⁹¹. En parallèle, la valeur du dollar hongkongais se déprécie considérablement, ce qui rend les

³⁸⁷ Pui-Tak Lee, *loc. cit.*, p. 113.

³⁸⁸ *North China Herald*, 15 juin 1895, *op. cit.*, p. 946.

³⁸⁹ HKGRO, Hong Kong Government Gazette, 8 décembre 1894, *op. cit.*

³⁹⁰ HKGRO, Sessional Papers, 1894, n° 151, *op. cit.*

³⁹¹ *Ibid.*

interventions gouvernementales encore plus coûteuses³⁹². L'augmentation des dépenses de l'administration aggravée par cette crise monétaire ainsi que la pénurie de la main-d'œuvre provoquée par la fuite de 80 000 Chinois met donc l'économie de Hong Kong en grande difficulté. Même après la fermeture des hôpitaux temporaires à la fin de l'épidémie au mois d'août et de septembre, l'économie de la colonie peine à retrouver son dynamisme³⁹³.

La crise causée par l'épidémie de peste est donc très grave, c'est une catastrophe non seulement d'un point de vue sanitaire, mais aussi économique. Dans une ville comme Hong Kong, dont la prospérité se base presque exclusivement sur le commerce international et sur l'équilibre fragile entre les activités portuaires et la disponibilité de la main-d'œuvre peu coûteuse, la gestion inefficace et tardive de l'épidémie fait rapidement tourner la situation au désastre. L'administration coloniale arrive donc à la conclusion qu'il faut changer radicalement les méthodes de gestion des épidémies et de la santé publique au sein de la colonie afin d'éviter la répétition de ce désastre. Les événements de 1894 et leurs conséquences conduisent donc les autorités coloniales britanniques de Hong Kong à se pencher sur ce problème et à lui trouver une solution concrète.

3.4.2 La destruction du quartier de *Taipingshan*

Dès la fin du mois d'août, alors que l'épidémie recule et que le nombre de nouveaux cas diminue, l'administration commence à discuter d'un plan pour éradiquer ce qu'elle croit être la source principale de la contagion : le quartier populaire de *Taipingshan* avec ses habitations insalubres et surpeuplées³⁹⁴. La suggestion de limiter le nombre d'habitants autorisés par logement présentée par Osbert Chadwick en 1882 est à nouveau considérée par le conseil législatif de Hong Kong qui finit par

³⁹² À l'époque, les autorités coloniales ont estimé le coût de cette dépréciation à près de 150 000 dollars de Hong Kong. *Ibid.*

³⁹³ HKGRO, Sessional Papers, 1895, n° 175, *op. cit.*

³⁹⁴ HKGRO, Hong Kong Hansard, 1894, 27 août 1894, *op. cit.*

établir des règles relatives aux caractéristiques d'un logement décent. Au nom de ces nouvelles règles, les inspecteurs peuvent désormais condamner l'accès à tout logement considéré comme impropre à l'habitation. Les personnes qui y demeurent sont déplacées temporairement dans des abris de fortune jusqu'à leur transfert vers un logement plus convenable. Les coûts associés à ce déplacement doivent être facturés au propriétaire du logement, qui, tout comme en Grande-Bretagne, est considéré responsable de l'état de son édifice³⁹⁵.

La majorité des propriétés touchées par cette mesure se trouvent au cœur du quartier de *Taipingshan* dans un secteur d'une dizaine d'acres où près de 50 % des cas de peste sont apparus. Ainsi, 384 demeures dont les résidents ont été atteints par la peste sont jugées « unfit for human habitation » et condamnées³⁹⁶. Le conseil législatif décide ensuite qu'il vaut mieux les détruire afin d'éliminer le vecteur à travers lequel le *Sanitary Board* pense que la maladie se propage. Le gouvernement met donc en place un programme spécial, le *Taipingshan Resumption Ordinance*, pour racheter tous les édifices jugés dangereux en stipulant que : « The houses are structurally bad, the materials are old, the lanes are too narrow, and the whole area is overpeopled, the drains are imperfect, and finally, most of the soil and materials are full of plague germs »³⁹⁷. Il est donc décidé de les détruire pour s'assurer que tout danger de retour de la peste soit éliminé.

Toutefois, ce programme fait l'objet de longs débats au sein du conseil législatif, car certains membres veulent protéger les intérêts des propriétaires terriens touchés par cette décision. Le docteur Ho Kai tente d'avertir le conseil législatif que s'il décide d'aller de l'avant avec ce projet, la population chinoise s'y opposera et les propriétaires pourraient décider de quitter la colonie :

³⁹⁵ U.K. Parliamentary Papers, C.7461, *op. cit.* « New provisions to public health ordinance of 1887 », inclus dans Robinson to Rippon, n° 27, 4 juin 1894.

³⁹⁶ HKGRO, Hong Kong Hansard, 1894, 27 août 1894, *op. cit.*

³⁹⁷ Surgeon-major James, dans *ibid.*

I think that the Chinese if you understand them can be led very easily, and if you were to do a certain thing according to their notion of the fitness of things they would obey and be led by you like so many lambs; but if you are to pass laws to interfere too much with their domestic peace, to allow their enjoyment of their properties to be interfered with, in fact to handle them roughly and with a high hand, they will resent it, not in any very quarrelsome way, not by strikes as people do in England and other European countries, but they would quietly leave the colony, and will leave us in fact, like Robinson Crusoe on the desert island, lords of all we survey³⁹⁸.

D'autres membres du conseil proposent d'organiser une commission d'enquête pour déterminer s'il est possible de nettoyer et de rendre les édifices salubres sans les détruire³⁹⁹. Mais, contrairement aux années précédentes, où le lobbying des propriétaires des immeubles à revenus a fait échouer l'adoption de projets sanitaires plus stricts, cette fois-ci le fantôme de la peste renforce la conviction du gouverneur qu'il faut résoudre ce problème le plus vite possible. Ainsi, malgré la réticence du conseil législatif, le projet de la destruction des bâtiments condamnés est adopté en décembre 1894⁴⁰⁰.

Les arrangements prévus par l'ordonnance reflètent certains aspects de la pensée sanitaire britannique de l'époque. Tous les immeubles mentionnés dans *Taipingshan Resumption Ordinance* sont détruits. Les autorités obligent aussi les propriétaires des édifices dont l'insalubrité force la relocalisation temporaire des habitants à réaliser d'importants travaux de réaménagement. Tous les planchers de terre battue et les murs des caves creusées dans le sol doivent être recouverts d'une couche imperméable à l'eau et au gaz. Il est maintenant illégal de louer un sous-sol comme logement habitable et de séparer des pièces déjà présentes dans un édifice avec des

³⁹⁸ Docteur Ho Kai dans HKGRO, Hong Kong Hansard, 1894, 22 décembre 1894, *op. cit.*

³⁹⁹ C. P. Chapters dans HKGRO, Hong Kong Hansard, 1894, 17 septembre 1894, <http://sunzi.lib.hku.hk/hkgro/view/h1894/3342.pdf> (18 mai 2016).

⁴⁰⁰ HKGRO, Sessional Papers, 1895, n° 331, Report on the progress of the public works during the first half-year 1895, 3 août 1895, <http://sunzi.lib.hku.hk/hkgro/view/s1895/1469.pdf> (12 octobre 2016).

murs de plus de huit pieds⁴⁰¹. Le *Sanitary Board* se garde le pouvoir de condamner tout immeuble ne respectant pas les nouvelles recommandations jusqu'à ce que les propriétaires fassent les modifications exigées.

Ces nouveaux règlements démontrent l'importance que les autorités continuent d'accorder aux théories environnementales de transmission des maladies. Elles considèrent que les habitations malpropres et mal aérées sont la raison principale de l'apparition et du développement des épidémies, et décident de régler la taille minimum d'un logement locatif. Ainsi, chaque locataire adulte a désormais le droit à un minimum de 21 pieds carrés d'espace habitable⁴⁰². La demande de recouvrir le sol par une matière imperméable fait écho aux théories miasmatiques de transmission de la peste qui continuent d'influencer les recherches bactériologiques et les pratiques sanitaires britanniques malgré la découverte, en 1898, du lien entre la puce du rat et la transmission du bacille de la peste par Louis Paul Simond⁴⁰³. Selon ces théories, le bacille de la peste bubonique se trouverait en grande quantité dans le sol ; en le recouvrant, les autorités s'assurent que le bacille ne peut pénétrer à l'intérieur des maisons⁴⁰⁴.

Les clauses de la *Taipingshan Resumption Ordinance* illustrent aussi l'attitude du gouvernement britannique envers les habitants chinois de Hong Kong. Alors que les Britanniques prévoient de dédommager financièrement tous les propriétaires des bâtiments démolis, les locataires chassés de leurs logements ne reçoivent aucune compensation, puisque comme l'indique W. M. Goodman, le procureur général de la colonie, lors d'une réunion du conseil législatif :

In England where there are small tenants, monthly tenants and so forth,
they are of a class of people who are easily sustainable, easily identified,

⁴⁰¹ HKGRO, Hong Kong Government Gazette, 1894, Government Notification n° 341, 15 septembre 1894, <http://sunzi.lib.hku.hk/hkgro/view/g1894/645457.pdf> (12 octobre 2016).

⁴⁰² *Ibid.*

⁴⁰³ P. L., Simond, «La propagation de la peste», *Annales de l'institut Pasteur : Journal de microbiologie*, vol. 12, n° 10, Paris, Masson et Cie, 1898.

⁴⁰⁴ HKGRO, Sessional Papers, 1895, n° 175, *op. cit.*

and no trouble whatever would be experienced in ascertaining the particular persons who comprises that class. Here the class of people is entirely different. We do not know who they are, and it would be impossible, or almost impossible, to obtain evidence of identification of the persons who have been turned out⁴⁰⁵.

Puisque la majorité des locataires sont des travailleurs chinois sans attaches permanentes à la colonie, « qui se ressemblent tous », le gouvernement colonial considère qu'il est impossible d'établir leur identité. Dès lors, il ne se considère pas tenu de les compenser financièrement. Le statut migratoire de ces travailleurs fait d'eux des habitants de seconde zone qui n'ont pas l'accès aux services publics de la colonie.

Dans le même ordre d'idées, une fois l'épidémie endiguée, le conseil législatif envisage de passer un règlement pour permettre au *Sanitary Board* de « enter and inspect, under reasonable notice to the occupiers or owners any building (...) for the purpose of ascertaining the sanitary condition, cleanliness and good order »⁴⁰⁶. Lors des premières discussions de cette mesure, le docteur Ho Kai fait remarquer que les familles chinoises respectables devront être averties par écrit au préalable pour qu'elles puissent s'assurer que leur habitation répond aux exigences officielles. Toutefois, il ne voit aucune objection à ce que les dortoirs des *coolies* soient inspectés à tout moment sans aucun avertissement⁴⁰⁷. Ho Kai et les autres membres de l'élite marchande chinoise adoptent donc la même attitude que les autorités coloniales britanniques envers ces travailleurs migrants issus des milieux populaire chinois.

Dans sa gestion de l'épidémie de peste bubonique, le gouvernement de Hong Kong démontre ainsi une attitude assez paradoxale à l'égard de la communauté chinoise. D'une part, il décide d'ignorer les appréhensions des Chinois envers les mesures sanitaires occidentales et de leur imposer les règles de la *Public Health ordinance* en allant jusqu'à utiliser les démonstrations de force pour mettre fin à la résistance et

⁴⁰⁵ HKGRO, Hong Kong Hansard, 1894, 3 septembre 1894, *op. cit.*

⁴⁰⁶ HKGRO, Hong Kong Government Gazette, 15 septembre 1894, *op. cit.*

⁴⁰⁷ Ho Kai dans HKGRO, Hong Kong Hansard, 1894, 22 décembre 1894, *op. cit.*

pour assurer la coopération des plus réticents. Il contraint les malades à se rendre aux hôpitaux dont les services respectent les normes gouvernementales et, même lorsqu'il accepte de faire des compromis, comme c'est le cas avec l'ouverture du *Glassworks Hospital*, il supervise étroitement le travail des médecins chinois. Du point de vue britannique, les habitants chinois de la colonie doivent se plier aux demandes gouvernementales, car en décidant de s'installer à Hong Kong, ils ont accepté de se soumettre à ses lois et donc à ses méthodes prophylactiques.

D'un autre côté, le gouvernement reconnaît l'importance économique de la population chinoise et accepte de faire des compromis pour s'adapter à certaines demandes de l'élite marchande consultée avant la prise de décisions. Même si le gouverneur ne prend pas toujours en compte l'avis des notables chinois, le fait qu'il les consulte souligne la place particulière qu'ils occupent dans la gestion de la colonie.

En excluant *de facto* les travailleurs migrants et les locataires des taudis des consultations liées à la santé publique, le gouvernement les empêche de développer un lien plus fort envers Hong Kong, leur ville d'accueil. Pourtant, sans cet attachement, il ne peut pas espérer que les *coolies* acceptent de se soumettre à des mesures sanitaires qui vont à l'encontre des traditions chinoises. Ainsi, en ostracisant la population la plus à risque d'adopter des comportements qui lui semblent problématiques d'un point de vue sanitaire, telles la dissimulation et la fuite, le gouvernement les encourage à les pratiquer.

3.5. L'épidémie de 1896 et la nouvelle approche de gestion de la peste

Deux ans plus tard, en 1896, la peste réapparaît dans la colonie. Cette fois-ci, la gestion de l'épidémie est beaucoup plus efficace, car la population sait ce que les autorités s'apprêtent à faire et le gouvernement connaît mieux les appréhensions des Chinois. Pour cette raison, les autorités font des concessions dès le début de la crise pour adapter ses mesures à la culture chinoise. En 1896, « there has been no general

exodus of the population such as occurred in 1894, and business has so far not suffered to any appreciable extent, except perhaps from the imposition of quarantine by the Governments of Singapore and Batavia »⁴⁰⁸.

L'ampleur de l'épidémie n'est pourtant pas négligeable : 1204 personnes sont atteintes de la maladie, soit presque la moitié des victimes de 1894⁴⁰⁹. Les mesures imposées par le *Sanitary Board* sont semblables à celles mises en place lors de la première épidémie : les immeubles où habitent les Chinois sont visités par un groupe d'inspecteurs tous les dix jours, les malades ainsi trouvés sont transférés à l'hôpital de Kennedy Town et leurs proches sont ensuite isolés⁴¹⁰. Les maisons des personnes infectées sont fermées temporairement et gardées par la police jusqu'à ce qu'elles soient entièrement nettoyées à la chaux. Les personnes en isolement préventive sont transférés sur de grandes jonques pour une période de dix jours, car l'épidémie de 1894 a démontré que la peste prend un maximum de neuf jours à incuber⁴¹¹. Le gouvernement continue donc à utiliser des techniques de gestion d'épidémies inspirées par ce qui est fait en Grande-Bretagne à cette époque. Pourtant, cette fois-ci les Chinois ne s'enfuient pas de la colonie.

En fait, au début des opérations, la population montre la même réticence à rapporter les cas de peste aux autorités qu'en 1894, préférant les dissimuler lors des visites des inspecteurs. Pour prévenir la fuite des travailleurs et pour réduire le nombre de dissimulations, le gouvernement décide alors de permettre aux Chinois de ramener leurs malades et leurs morts à Canton⁴¹². Ce faisant, ils enlèvent la pression qui crée le plus de problèmes. En permettant aux malades et aux dépouilles de quitter la colonie, le *Sanitary Board* permet aux Chinois de contourner le règlement sur l'enterrement obligatoire des cadavres dans la chaux au sein des cimetières désignés

⁴⁰⁸ United Kingdom Colonial Reports – Miscellaneous, 1896, n° 6, Hong Kong : Bubonic Plague, Sir William Robinson to Mr. Chamberlain, p. 5, <https://archive.org/details/b22331207>, (7 juin 2016).

⁴⁰⁹ Carol Ann Benedict, « Bubonic plague in nineteenth-century China », *loc. cit.*, p. 136.

⁴¹⁰ United Kingdom Colonial Reports, 1896, n° 6, *op. cit.*, p. 5.

⁴¹¹ *Ibid.*

⁴¹² *Ibid.*

par les autorités. En permettant aux résidents chinois de Hong Kong d'éviter les mesures sanitaires imposées officiellement, l'intervention du gouvernement britannique ressemble à la politique pratiquée par les autorités en Chine. Le gouvernement offre ses services, mais le choix ultime d'y avoir recours demeure entre les mains des habitants, puisqu'ils peuvent quitter la colonie s'ils tombent malades. C'est donc en donnant la possibilité à ses habitants de partir que le gouvernement de Hong Kong les empêche de fuir. Les membres de la communauté chinoise craignent moins les interventions puisqu'ils savent qu'ils peuvent s'y soustraire. La colonie évite alors un nouvel exode de la population.

L'épidémie de peste de 1896 montre que l'adaptation de la politique sanitaire à l'environnement culturel dans lequel on tente de l'implanter est de première importance pour encourager son efficacité. En 1894, c'est justement parce que le gouvernement ne veut faire aucune concession dans la mise en place de ses mesures que les Chinois décident de quitter Hong Kong. Durant les débats du conseil législatif, l'inflexibilité du gouverneur envers les demandes de l'élite chinoise⁴¹³, son entêtement à imposer les perspectives britanniques et le refus systématique du gouvernement de contempler toutes les suggestions d'adaptation rend l'intervention sanitaire encore plus difficile. L'épidémie de 1896 démontre qu'il est beaucoup plus facile d'intervenir efficacement auprès de la population chinoise en s'efforçant d'abord de réduire ses inquiétudes. En permettant à la population de retourner en Chine, l'administration coloniale redonne aux habitants l'impression qu'ils contrôlent leur vie privée. De ce fait, les Chinois craignent moins les mesures prophylactiques britanniques et se plient aux exigences des autorités sanitaires. À première vue, le fait d'autoriser aux malades de quitter la colonie pour se rendre à Canton semble déplacer le problème en le refoulant vers la Chine continentale. Toutefois, assez peu de

⁴¹³ Voir la réaction du gouverneur aux pétitions des membres du comité *Tung Wah*, dans HKPL, Old Hong Kong Newspapers, *Hong Kong Daily Press*, 23 mai 1894 et les débats sur le *Taipingshan Resumption Ordinance*, dans HKGRO, Hong Kong Hansard, 1894, 3 septembre, 17 septembre et 22 décembre 1894, *op. cit.*

Chinois choisissent finalement de partir. La plupart acceptent de se soumettre à des mesures imposées officiellement et ne protestent pas contre l'isolement des patients, la désinfection de leurs logements et les visites des inspecteurs. Ainsi, en 1896, le gouvernement de Hong Kong adapte l'approche sanitaire britannique à un environnement chinois et parvient à maîtriser la crise de manière beaucoup plus efficace.

Il serait donc possible d'affirmer que les épidémies de peste bubonique à Hong Kong de 1894 et 1896 permettent aux autorités britanniques de développer la compétence interculturelle de ses intervenants de la santé publique et de les rendre plus aptes à gérer des crises sanitaires à l'intérieur du milieu social unique qu'est Hong Kong.

CONCLUSION

L'objectif de ce travail fut de démontrer l'importance de la compétence interculturelle des intervenants en santé lors de crises sanitaires dans un nouveau milieu culturel. En analysant le déroulement de l'épidémie de peste bubonique à Hong Kong en 1894, nous avons tenté de voir comment le manque d'adaptation des mesures sanitaires britanniques au contexte culturel chinois aurait accentué la propagation de la maladie. En imposant des procédures occidentales à la population chinoise, le gouvernement britannique pousse les habitants de Hong Kong à adopter des comportements qui contribuent au développement de l'épidémie. Les conséquences de cette crise sont complexes et multiples.

Au XIX^e siècle, la pensée médicale britannique voit la contagion comme un phénomène environnemental. À la suite des recherches de plusieurs médecins, les autorités sanitaires britanniques associent le développement des épidémies à des milieux sales et encombrés dont le manque d'aération encourage l'apparition de miasmes dangereux. Cette perspective environnementale de la contagion encourage une intervention préventive dans les endroits qui représentent un risque à la santé publique. Il s'agit du début d'un système de prophylaxie moderne en Grande-Bretagne. Les paroisses britanniques se lancent alors dans un vaste projet de modernisation des infrastructures sanitaires. En créant de meilleures canalisations et en encourageant l'assainissement des logements, les autorités locales espèrent limiter la prolifération des maladies sur leur territoire.

À l'image de la Grande-Bretagne, les médecins de la colonie britannique de Hong Kong tentent de pousser le gouvernement à améliorer les infrastructures sanitaires. Influencé par les théories de transmission environnementale, le *Colonial Surgeon*, le docteur Ayres, essaie dès 1874 de convaincre l'administration d'adopter des mesures sanitaires pour moderniser et assainir les logements des quartiers populaires chinois. Il remarque que les résidences chinoises sont sales, remplies de

vermine, mal drainées et mal ventilées. On y retrouve souvent des enclos à cochons sous les lits, couvrant le sol de déchets de toutes sortes. Par conséquent, il suppose que ces habitations encouragent le développement de maladies contagieuses comme la fièvre typhoïde⁴¹⁴.

En Grande-Bretagne, les théories environnementales de la contagion poussent les autorités paroissiales à moderniser leurs infrastructures dès le milieu du XIX^e siècle. Or, les autorités coloniales de Hong Kong ne suivent pas immédiatement l'exemple de la métropole. Dans les années 1880, l'inspecteur impérial Osbert Chadwick constate ainsi l'état lamentable des quartiers chinois de la colonie: « Both the design and construction of existing dwellings is defective—the Building Ordinance requires complete revision. The amended law must be enforced with more rigour and intelligence than at present, particularly as to alleys, lanes, and open spaces »⁴¹⁵. Si les conditions au sein des enclaves où habitent les Britanniques ressemblent à celles de la Grande-Bretagne, il en va autrement pour les pâtés de maisons occupés par les travailleurs chinois. La norme dans les immeubles situés dans les faubourgs occidentaux veut qu'une chambre soit grande et bien aérée, et qu'elle possède une salle de bain. Les logements des quartiers populaires chinois sont, quant à eux, densément peuplés, avec des appartements séparés à l'aide de cloisons et de faux planchers pour en augmenter le nombre de pièces qui peuvent être louées⁴¹⁶.

Les Chinois qui résident dans la colonie s'opposent généralement à l'application des normes sanitaires plus strictes. D'une part, pour assurer une meilleure aération et donner un accès à une canalisation adéquate, il faudrait moderniser les immeubles à logements, ce qui conduirait les propriétaires à augmenter les loyers. Or, comme le font remarquer le docteur Ho Kai et le marchand d'opium Emmanuel Raphael Belilios lors des réunions du conseil législatif, de telles augmentations seraient un

⁴¹⁴ HKGRO, Sessional Papers, 1895, n° 3495, *op. cit.*

⁴¹⁵ Osbert Chadwick, *op. cit.*, p. 4.

⁴¹⁶ *Ibid.*, p.11.

fardeau pour la majorité de travailleurs chinois au statut incertain, les *coolies*. Les travailleurs qui arrivent du continent ne pourraient plus se permettre de s'établir dans la colonie et ceux qui y sont déjà présents seraient forcés de la quitter, ce qui aurait un effet néfaste sur l'économie⁴¹⁷.

D'autre part, les Chinois ne voient pas la maladie comme une conséquence de l'insalubrité des logements. Effectivement, dans la tradition médicale chinoise, les maladies à caractère épidémique s'expliquent par un déséquilibre au sein des *qi* du corps causé par une température hors des normes saisonnières ou par un *qi* extérieur malsain⁴¹⁸. Dans l'imaginaire populaire, l'épidémie est aussi un châtement divin envoyé par la bureaucratie céleste pour punir l'humanité de ses fautes⁴¹⁹. Ainsi, les habitants des quartiers populaires chinois de Hong Kong ne croient pas nécessairement qu'une meilleure hygiène et qu'un assainissement du milieu puissent jouer un rôle dans la propagation d'une maladie.

En Grande-Bretagne, à partir des années 1870, le docteur James Simpson formule le concept du *Stamp out*. Cette méthode nécessite l'isolement des personnes atteintes d'une maladie contagieuse, suivie de l'assainissement du logement où elles se trouvent. Le *Stamp out* permet de freiner la propagation des maladies en contrôlant le vecteur principal de leur transmission, l'être humain. Contrairement aux techniques quaranténaires pratiquées en Europe depuis plusieurs siècles, cette méthode a pour avantage d'isoler seulement les personnes qui représentent un danger réel pour les autres. Effectivement, à l'époque élisabéthaine, un logement atteint de peste bubonique était entièrement barricadé, tous ses habitants, sains ou malades, y étaient emprisonnés jusqu'à la disparition de la maladie. Cette pratique est abandonnée au XVIII^e siècle, car elle se révèle peu efficace et augmente le risque que courent les personnes saines d'être infectées par les malades. Or, le *Stamp out* réduit le nombre

⁴¹⁷ HKGRO, Hong Kong Hansard, 1894, 22 décembre 1894, *op. cit.*.

⁴¹⁸ Florence Bretelle-Establet, *loc. cit.*, p. 41-42.

⁴¹⁹ *Ibid.*, p. 27-30.

de victimes en isolant uniquement les personnes atteintes d'une maladie contagieuse. Le nettoyage systématique des logements infectés permet d'éliminer une autre source potentielle de propagation. Finalement, les personnes qui ont eu des contacts avec les malades deviennent la cible d'une surveillance temporaire, pour s'assurer qu'elles ne développent pas de symptômes et ne deviennent pas la source d'une nouvelle flambée. En suivant cette technique, les *Medical Officers of Health* des paroisses britanniques réussissent à endiguer très efficacement la plupart des maladies contagieuses.

Lorsque la peste arrive à Hong Kong en 1894, le gouvernement colonial réalise qu'il ne peut plus garder une attitude de laissez-faire à l'égard de la santé publique. Tout au long de l'épidémie, le gouvernement hongkongais n'arrive pas à gérer efficacement cette crise sanitaire ; ces difficultés proviennent en grande partie de l'attitude que les autorités coloniales adoptent vis-à-vis de la population chinoise. Les médecins d'origine britannique et les autorités sanitaires mettent en place des mesures inspirées par l'approche néo-quarantenaire et la méthode du *Stamp out*. En priorisant l'inspection des populations qu'ils considèrent à risque, en généralisant le nettoyage et la désinfection des logements insalubres et en isolant les malades, les autorités sanitaires tentent d'appliquer les mesures qui se sont montrées efficaces en Grande-Bretagne pour endiguer la propagation de maladies contagieuses.

Cette démarche se révèle cependant problématique parce qu'elle ne prend pas en compte le contexte culturel et social du sud de la Chine. Comme nous l'avons vu au deuxième chapitre, la relation de dépendance mutuelle fondée sur la bienveillance (*ren*) est à la base des interactions entre le gouvernement chinois et sa population. Il est du devoir des autorités d'offrir des secours à la population pour alléger ses souffrances. Toutefois, comme le veut le principe de la non-intervention (*wuwei*), elles n'imposent pas ces secours de manière contraignante à la population. Les fonctionnaires restent donc hors de l'environnement personnel et familial de ceux qu'ils administrent. Puisque les épidémies sont perçues comme des signes que le Ciel envoie pour exprimer son mécontentement, elles sont traitées plutôt comme des crises

politiques que sanitaires. Les Chinois sont donc habitués à une forme plus passive d'intervention gouvernementale en situation de crise.

Puisque l'approche interventionniste du gouvernement hongkongais n'apporte pas les résultats escomptés et que la propagation de la maladie s'accélère, les Chinois refusent de se soumettre aux exigences britanniques liées à la mise en place des mesures quaranténaires et de remplacer leurs remèdes traditionnels par des traitements occidentaux. Ils perçoivent les méthodes appliquées par le gouvernement britannique comme embarrassantes et injustes. Traditionnellement, le malade est la responsabilité de la famille, c'est elle qui en prend soin, le pleure à son décès et s'assure ensuite qu'il soit enterré décentement.

Les politiques d'inspection et d'isolement amène les interventions à l'intérieur même du domicile familial. Les autorités sanitaires isolent les malades sans demander leur avis et ne permettent pas aux membres de leur famille de les visiter à l'hôpital. Ils empêchent ainsi les familles de réaliser leur devoir filial, tel que prescrit par la morale confucéenne. Comme les règlements exigent que les cadavres soient enterrés recouverts de chaux au milieu de cimetières de pestiférés et que la majorité des cas traités dans les hôpitaux sont mortels, il est impossible pour les familles d'offrir des obsèques décentes à leurs proches qui ont été pris en charge par le système sanitaire britannique. Ils ne peuvent pas non plus retourner dans leur village natal pour y mourir, car le gouvernement l'interdit. Les malades sont donc terrifiés à l'idée d'être envoyés dans les hôpitaux hongkongais. Les mesures britanniques menacent l'équilibre social au sein de la communauté chinoise de la colonie.

La réaction de la population s'explique aisément lorsqu'on prend en compte la peur engendrée par l'aspect étranger de la médecine occidentale. Les malades chinois se cachent pour éviter « les dangers de la médecine occidentale ». Ils s'enfuient de la colonie pour s'assurer que s'ils décèdent, ce sera dans leur terre natale, entourés de leur famille. Quand le *Sanitary Board* décide enfin d'obtempérer et de laisser les

Chinois ouvrir leur propre hôpital à Kennedy Town, le mal est déjà fait. Des rumeurs effrayantes circulent, de nombreux travailleurs abandonnent leur emploi et l'exode se poursuit.

Lorsque la peste revisite la colonie deux ans plus tard, le gouvernement modifie légèrement ses méthodes. Cette fois-ci, il permet aux Chinois de refuser le traitement officiellement imposé en quittant la colonie. Toutefois, la plupart des Chinois décident de rester à Hong Kong. Ainsi, lors de l'épidémie de 1896, il n'y a pas d'exode massif de travailleurs vers le continent et par conséquent, l'économie de la colonie reste stable. C'est donc l'aspect obligatoire des interventions du *Sanitary Board* qui pose le plus de désagréments à la population chinoise. L'intrusion du gouvernement dans la sphère privée de la population va à l'encontre des conventions qui régissent la relation d'obéissance et de respect qui lie les autorités chinoises à la population qu'elles administrent. Par souci de bienfaisance, le gouvernement donne l'accès à des services, mais, dans une idée de non-intervention, il ne les impose pas. Il laisse aux Chinois le soin de décider s'ils veulent y avoir recours. Dès lors, en offrant à la population chinoise la possibilité de fuir la colonie et les mesures sanitaires, le gouvernement hongkongais rétablit une relation de confiance avec la population. Il leur donne en quelque sorte le choix d'avoir recours aux services. En leur redonnant ce pouvoir, le gouvernement les encourage à se conformer aux règles qui leur sont étrangères, puisqu'il les applique d'une façon qui leur est connue. Ainsi, quand la deuxième épidémie de peste a frappé la colonie de Hong Kong, les autorités ont su, contrairement à 1894, faire preuve de compétence interculturelle en adaptant leur programme de prophylaxie à la culture locale.

Encore aujourd'hui, des épidémies semblables à celle qui a frappé Hong Kong en 1894 viennent mettre à l'épreuve les systèmes de santé des différentes parties du globe. De 2014 à 2016, l'Afrique de l'Ouest affronte une crise humanitaire qui

dépasse les frontières nationales : l'épidémie de fièvre hémorragique Ebola⁴²⁰. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la Guinée, le Libéria et le Sierra Léone rapportent 29 000 cas dont 11 000 s'avèrent mortels au cours de l'épidémie⁴²¹. L'Ebola est un phénomène récent. La maladie est d'abord découverte en 1976, alors que les deux premières flambées de la fièvre hémorragique se produisent dans de petits villages isolés du Soudan du Sud et de la République démocratique du Congo⁴²². La virulence de la maladie empêche toutefois la transformation des flambées d'Ebola en épidémies majeures, puisque les individus contaminés n'ont pas le temps de la transmettre. À partir de mars 2014, l'apparition d'une souche moins violente permet sa propagation à travers l'Afrique de l'Ouest.

La sévérité de la crise en Afrique de l'Ouest pousse l'OMS à mandater une équipe d'experts indépendants pour évaluer les efforts internationaux de combat contre la maladie afin de voir s'il eut été possible de réagir plus efficacement à la crise. Le groupe d'experts note de nombreuses lacunes dans la collaboration avec les communautés locales durant les premiers mois. Effectivement, ils notent qu'au début de la crise, l'OMS ne réalise pas d'analyse sociale et politique de la région pour compléter les évaluations épidémiologiques, ce qui a pour effet de favoriser la propagation de la maladie dans certaines communautés⁴²³. Puisque les pays touchés sortent de périodes agitées politiquement, leur système de santé est très vulnérable et n'a pas la capacité d'affronter une crise de cette taille. Aussi, la population de certains de ces pays, comme la Guinée, se méfie des activités du gouvernement qu'elle croit

⁴²⁰ C'est une maladie très aigüe qui se transmet par contact direct avec les fluides corporels d'un malade.

⁴²¹ OMS, « Ebola Virus Disease Situation Report », *Technical Documents*, 10 juin 2016, p. 1, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208883/1/ebolasisrep_10Jun2016_eng.pdf?ua=1 (7 novembre 2016).

⁴²² OMS, « Maladie à virus Ebola », *Aide-mémoire*, n° 103, Janvier 2013, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/fr/> (7 novembre 2016).

⁴²³ OMS, *Rapport du Groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola*, Organisation mondiale de la santé, juillet 2015, p. 20-21, <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-panel-report-fr.pdf?ua=1> (7 novembre 2016).

corrompu. Par conséquent, les communautés ne se joignent pas aux efforts des intervenants sanitaires et ne sont pas toutes prêtes à fournir l'information nécessaire pour permettre d'agir efficacement dès qu'un cas est découvert. De plus, la population croit qu'il est inutile de combattre la maladie parce que l'information circulée par l'OMS fait croire aux différentes communautés qu'il est impossible d'y survivre.

Comme les experts le font remarquer, durant les premiers mois, aucun travail d'éducation des communautés, ni d'adaptation aux coutumes locales n'est entrepris. Dans cette région, la tradition veut que les familles touchent aux corps de leurs proches après leur décès. Toutefois, puisque la fièvre hémorragique Ebola peut être transmise par contact cutané, cette pratique augmente significativement le risque de contagion. Il est donc nécessaire pour les communautés d'adapter leurs pratiques culturelles ancestrales pour mettre fin à l'épidémie. Cependant, les autorités médicales doivent d'abord collaborer avec les communautés locales⁴²⁴. Le rapport des experts insiste sur « l'absolue nécessité de collaborer avec la communauté en cas d'urgence de santé publique »⁴²⁵.

Il apparaît donc nécessaire selon le rapport de l'Organisation mondiale de la santé de trouver un moyen pour assurer que le milieu d'intervention soit pris en compte lors de crises de santé publique. Est-il alors possible d'affirmer que la raison pour laquelle la flambée d'Ebola prend de telles ampleurs se résume au fait que les organismes médicaux qui y interviennent imposent une méthode qu'ils jugent efficace en tenant pour acquis que sa mise en pratique n'est pas influencée par les facteurs culturels locaux ? L'OMS ne continue-t-elle pas de faire les mêmes erreurs commises par les autorités sanitaires britanniques de Hong Kong en 1894 ?

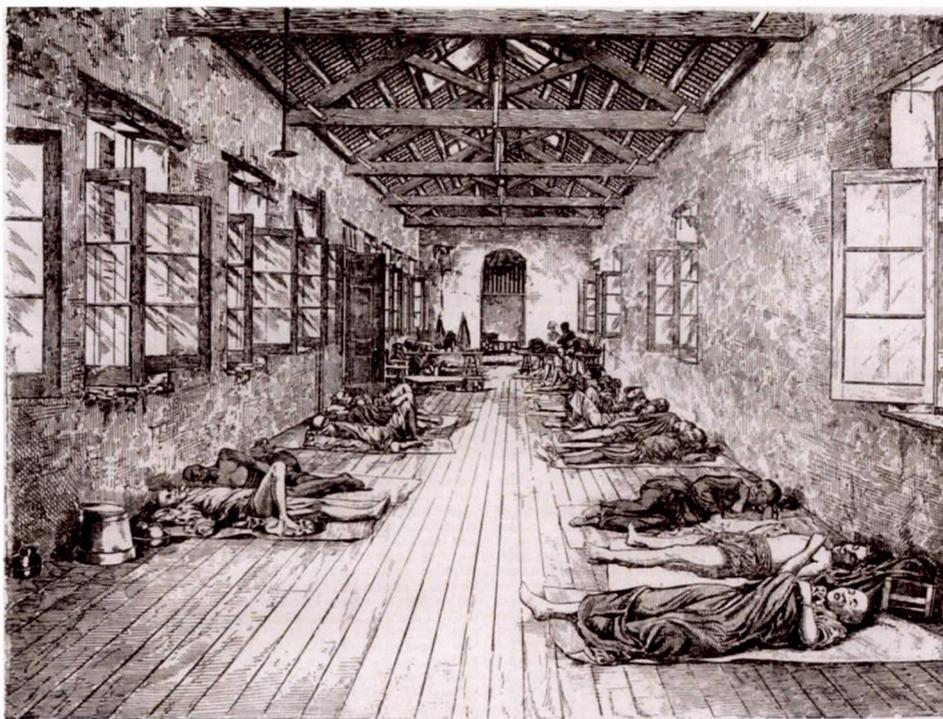
⁴²⁴ OMS, *Rapport du Groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola*, *op. cit.*, p. 21.

⁴²⁵ *Ibid.*

Certains des résultats du groupe d'experts chargé d'étudier l'action de l'Organisation mondiale de la santé durant l'épidémie de fièvre hémorragique Ebola montrent qu'il est nécessaire d'augmenter la coopération avec les communautés locales pour améliorer la mise en place des mesures d'urgence. Le niveau de compétence interculturelle des intervenants en santé publique demeure un enjeu actuel. Comme l'ont montré les épidémies de peste hongkongaise de la fin du XIX^e siècle, il est impératif que des intervenants sanitaires qui tentent de mettre fin à une flambée épidémique sachent adapter leur fonctionnement pour prendre en compte les réalités culturelles locales. À Hong Kong, il aura été nécessaire de permettre aux Chinois de quitter la colonie pour les convaincre de rester. En Afrique de l'Ouest, il est nécessaire d'organiser un plan d'éducation des communautés et d'assurer leur coopération aux efforts de prophylaxie. Il n'est donc pas possible d'intervenir en santé publique pour mettre fin à une épidémie sans prendre le milieu culturel local en considération.

ANNEXE 1 :

Gravure présentant un hôpital chinois de pestiférés à Hong Kong



Source : James Cantlie, « The Plague in Hong Kong », *The British Medical Journal*, 25 août 1894, p. 425.

ANNEXE 2 :

Carte du port de Hong Kong en 1915 présentant la ville de Victoria



Source : The Imperial Japanese Government Railways, « China », *An Official Guide to Eastern Asia*, vol. 4, Tokyo, 1915.

ANNEXE 3 :

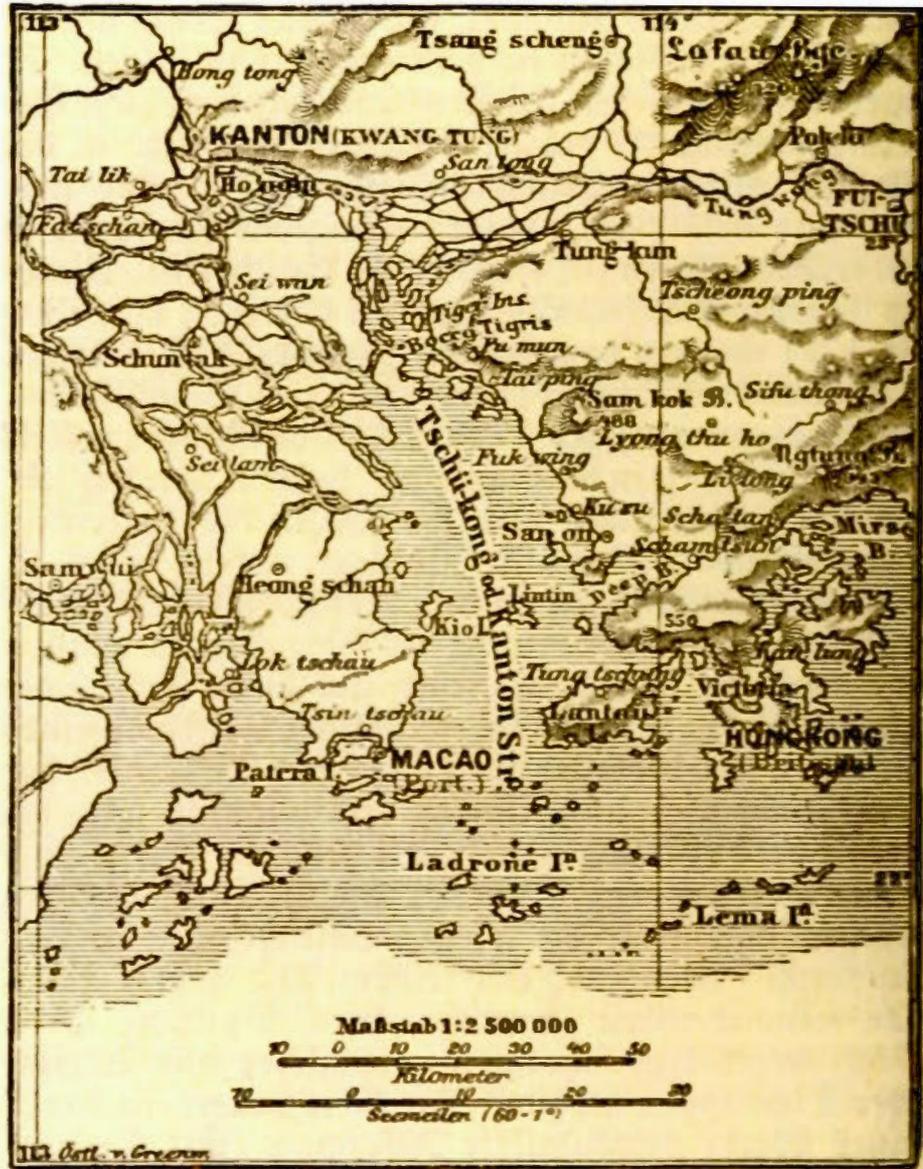
Carte de l'empire Chinois en 1910



Source : Adolphus William Ward, G.W. Prothero, Stanley Mordaunt Leathes, et E.A. Benians (dir.), « The Chinese Empire », *Cambridge Modern History Atlas*, Londres, Cambridge University Press, 1912.

ANNEXE 4 :

Carte du delta de la rivière des Perles de 1890 présentant Canton, Hong Kong et Macao



Source : Herman Julius Meyers, *Meyers Konversations-Lexikon, eine Encyclopädie des allgemeinen Wissens*, Viennes, Verlag des Bibliographischen Instituts, 1890, p. 474.

BIBLIOGRAPHIE

1. Sources

BLANTYRE SIMPSON, Eve, « Sir James Y. Simpson », *Famous Scots Series*, Édimbourg, Oliphant Anderson, 1896.

CANTLIE, James, « The Plague in Hong Kong », *The British Medical Journal*, 25 août 1894, p. 423-427.

CHADWICK, Edwin, *Report On The Sanitary Condition Of The Labouring Population And On The Means Of Its Improvement*, Londres, Stationery Office, 1842, 204 p.

CHADWICK, Osbert, *Mr. Chadwick's Reports on the Sanitary Condition of Hong Kong; with Appendices and Plans*, Londres, Colonial office, 1882, 128 p.

CHALMERS, A. K., « The Progress of Sanitation in Great Britain », *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 1905, p. 71-87.

Conférence Sanitaire Internationale de Venise, 16 février–19 mars 1897: Procès-Verbaux, Rome, Forzanie et Cie, 1897, 518 p.

DUDGEON, John, « A Modern Chinese Anatomist », *The China Medical Missionary Journal*, vol. 8, n° 1, mars 1894, p. 1-13.

DUDGEON, John, *Disease of China: Their Causes, Conditions, and Prevalence, Contrasted with those of Europe*, Glagow, Dunn & Wright, 1877, p. 9, <https://archive.org/stream/diseasesofchinat00dudg#page/n3/mode/2up> (18 septembre 2015).

GORDON, Charles A., *An epitome of the reports of the medical officers to the Chinese Imperial Maritime Customs Service, from 1871 to 1882*, Londres, Baillière, Tindal & Cox, 1884, 464 p., <https://archive.org/details/cu31924023644234>. (8 janvier 2018)

Half-Yearly Medical Reports, 1889-1896, Special Series n° 2, n° 37-51, Chine, Imperial Maritime Customs [*Haiguan zong shuiwu si shu*, 海关总税务司署], Shanghai, Statistical Department of the Inspectorate General of Customs, 1891-1897, p. 42, <https://books.google.ca/books?id=ra9NAAAAMAAJ> (1^{er} octobre 2015).

Hong Kong Government Reports Online, *Hong Kong Government Gazette*, 1873-1896, <http://sunzi.lib.hku.hk/hkgro/browse.jsp> (13 octobre 2015).

Hong Kong Government Reports Online, *Hong Kong Hansard*, 1894-1896, <http://sunzi.lib.hku.hk/hkgro/browse.jsp> (3 juin 2016).

Hong Kong Government Reports Online, *Sessional Papers*, 1894-1896, <http://sunzi.lib.hku.hk/hkgro/browse.jsp> (15 septembre 2015).

Hong Kong Public Library, Old Hong Kong Newspapers, *Hong Kong Daily Press*, 1894-1895, <https://mmis.hkpl.gov.hk/old-hk-collection> (15 janvier 2018).

Hong Kong Public Library, Old Hong Kong Newspapers, *Hong Kong Telegraph*, 1894-1895, <https://mmis.hkpl.gov.hk/old-hk-collection> (15 janvier 2018).

HuangDi NeiJing SuWen [黄帝内经素问], trad. de Paul U. Unschuld, de Hermann Tessenow et de Jinsheng Zheng, Berkeley, University of California Press, 2011, 536 p.

HUGO, Victor, *Les Misérables*, Paris, Folio Classique, 1995 [1862], vol. 2, 960 p.

KERR, J. G., « The Bubonic Plague », *The China Medical Missionary Journal*, vol. 8, n° 4, décembre 1894, p. 178-180.

LANKESTER, Edwin, « Notes on recent Sanitary Legislation in the Metropolis », dans George W. Hastings (dir.), *Transactions of the National Association for the Promotion of Social Science 1860*, London, Victoria Press, 1861, p. 666-675.

LAODAN, *Laozi*, trad. de Arthur Waley, Chen Guying et Fu Huisheng, Changsha, Hunan's People Publishing House, 1999, 293 p.

MEYERS, Herman Julius, *Meyers Konversations-Lexikon, eine Encyclopädie des allgemeinen Wissens*, Viennes, Verlag des Bibliographischen Instituts, 1890, 1028 p.

NILES, Mary, « Plague in Canton », *The China Medical Missionary Journal*, vol. 8, n° 2, juin 1894, p. 116-120.

North China Herald, 15 juin 1894, p. 946, <http://primarysources.brillonline.com/browse/north-china-herald-online/volume-1894-issue-1402-18940615;nch18940691402> (20 juillet 2016).

PORTENGEN, J. A., « Une théorie chinoise sur l'étiologie et la thérapie de la peste », *Archives internationales pour l'histoire de la médecine et pour la géographie médicale*, Amsterdam, Janus, 1896-1897, p. 461-468.

Procès-verbaux de la Conférence sanitaire internationale ouverte à Paris le 27 juillet 1851, Paris, Imprimerie Nationale, 1852, 390 p.

ROCHER, Émile, *La province du Yunnan*, vol. 1 et 2, Paris, Ernest Leroux, 1879, 1052 p.

ROUFFIANDIS, M., « Notes sur l'épidémie de peste de Fou-tchéou : avril à octobre 1902 », *Annales d'hygiène et de médecine coloniale*, n° 7, 1904, p. 394-442.

ROUFFIANDIS, M., « Théories chinoises sur la peste », *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, n° 6, 1903, p. 342-347.

SIMOND, P. L., « La propagation de la peste », *Annales de l'institut Pasteur : Journal de microbiologie*, vol. 12, n° 10, Paris, Masson et Cie, 1898, p. 629-704.

SIMOND, P. L., « Notes d'histoire naturelle et médicale recueillies à Long-Tchéou pendant les années 1892, 1893 et 1894 : mœurs et coutumes médicales », *Archives de médecine navale et coloniale*, n° 64, 1895, p. 24-48.

SIMPSON, James Y., *A Proposal to stamp out Small-pox and other Contagious disease*, Édimbourg, Adam and Charles Black, 1871, 574 p.

SIMPSON, W. J., *A Treatise On Plague Dealing With The Historical, Epidemiological, Clinical, Therapeutic And Preventive Aspects Of The Disease*, Cambridge, Cambridge university press, 1905, 514 p.

SNOW, John, « Dr. Snow's Report », *Report on the Cholera Outbreak in the Parish of St. James, Westminster, during the Autumn of 1854*, Londres, Churchill, juillet 1855, 175 p.

« Poor Law Commissioners and the Vaccination Act », *The Lancet*, vol. 1, n° 1812, 8 mai 1858, p. 461.

The Imperial Japanese Government Railways, « China », *An Official Guide to Eastern Asia*, vol. 4, Tokyo, 1915

« The Small-pox epidemic », *The Lancet*, vol. 1, n° 2478, 25 février 1871, p. 284-285.

United Kingdom Colonial Reports – Miscellaneous, 1896, n° 6, Hong Kong: Bubonic Plague, Sir William Robinson to Mr. Chamberlain, p. 5, <https://archive.org/details/b22331207> (7 juin 2016).

United Kingdom Parliamentary Papers, 1894, C.7461 Hong Kong. *Correspondence relative to the outbreak of bubonic plague at Hong Kong.*

United Kingdom Parliamentary Papers, C.7545, *Further correspondence relative to the outbreak of bubonic plague at Hong Kong.*

WARD, Adolphus William, G.W. PROTHERO, Stanley Mordaunt LEATHES, et E.A. BENIANS (dir.), « The Chinese Empire », Cambridge Modern History Atlas, Londres, Cambridge University Press, 1912.

2. Monographies

ARNOLD, David, *Colonizing the Body: State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India*, Berkeley University of California Press, 1993, 354 p.

ARNOLD, David, *Imperial Medicine and Indigenous Societies*, Manchester, Manchester University Press, 1989, 258 p.

BALDWIN, Peter, *Contagion and the state in Europe, 1830-1930*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999, 581 p.

BENEDICT, Carol Ann, *Bubonic Plague in Nineteenth-Century China*, Stanford, Stanford University Press, 1996, 280 p.

BENJAMIN, Paul D., *Health, Culture and Community*, New York, Russel Sage Foundation, 1955, 493 p.

BOURDELAIS, Patrice (dir.), *Les hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques*, Paris, Éditions Belin, 2001, 540 p.

BRETELLE-ESTABLET, Florence, *La santé en Chine du Sud : 1898-1928*, Paris, CNRS, 2002, 239 p.

CAO, Shuji et LI Yushang, *Shuyi: Zhanzheng yu heping: Zhongguo de huanjing yu shehui bianqian (1230-1960 nian)* [鼠疫: 战争与和平: 中国的环境与社会变迁 (1230-1960 年)] (Peste: guerre et paix: changements environnementaux et sociaux en Chine de 1230 à 1960), Jinan, Shandong huabao chubanshe, 2006, 471 p.

CARROLL, John M., *A Concise History of Hong Kong*, Plymouth, Rowman & Littlefield, 2007, 288 p.

CARROLL, John M., *Edge of Empires: Chinese Elites and British Colonials in Hong Kong*, Cambridge, Harvard university Press, 2005, 274 p.

CHAO, Yuan-ling, *Medicine and society in late imperial China: a study of physicians in Suzhou, 1600-1850*, New York, Peter Lang, 2009, 206 p.

CORDIER, Henri, *Les Douanes impériales maritimes chinoises*, Paris, comité de l'Asie française, 1902, 20 p., <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k9444004/f5.image>. (8 janvier 2018)

DARWIN, John, *The Empire Project: The Rise and Fall of the British World-System 1830-1970*, Cambridge, Cambridge University Press, 2009, 800 p.

ENGLANDER, David, *Poverty and Poor Law Reform in Nineteenth-Century Britain, 1834-1914: From Chadwick to Booth*, Londres, Routledge, 2013, 153 p.

FRAZER, W. M., *A History of English Public Health 1834-1939*, Londres, Baillière Tindal, 1950, 789 p.

HALL, E. T. *The silent language*, New York, Anchor Books, 1959, 224 p.

HARDY, Anne, *The epidemic streets: infectious disease and the rise of preventive medicine, 1856-1900*, Oxford, Oxford University Press, 1993, 325 p.

HINDERICH, Ted (dir.), *The Oxford Companion to Philosophy*, Oxford, Oxford University Press, 1995, 1076 p.

HUTCHINGS, Graham, *Modern China: A Guide to a Century of Change*, Cambridge, Harvard University Press, 2001, 530 p.

HAMILTON, Sheilah E., *Watching Over Hong Kong*, Hong Kong, Hong Kong University Press, 2008, 232 p.

INGHAM, Michael, *Hong Kong: A Cultural History*, New York, Oxford University Press, 2007, 256 p.

Institute of Medicine (US), *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*, Washington, National Academies Press, 2003, 764 p.

JONES, Carol, Jon VAGG, *Criminal Justice in Hong Kong*, New York, Routledge, 2007, 672 p.

LAVERY, Brian, *Nelson's Navy, Revised and Updated: The Ships, Men, and Organization, 1793-1815*, Londres, Naval institute Press, 1989, 352 p.

LAW, Wing-sang, *Collaborative Colonial Power*, Hong Kong, Hong Kong University Press, 2009, 262 p.

MACLEOD, Roy M., Milton LEWIS, *Disease, medicine and empire: perspectives on Western medicine and the experience of European expansion*, Londres, Routledge, 1988, 339 p.

MOULIN, Anne-Marie. *L'Aventure de la vaccination*, Paris, Fayard, 1996, 498 p.

NIEMI, Marjaana, *Public Health and Municipal Policy Making Britain and Sweden, 1900–1940*, Aldershot, Ashgate, 2007, 242 p.

PERNHAM, Margery, *Lugard: Years of Authority 1898-1945*, Londres, Collins, 1960, 748 p.

PLATT, Stephen, *Autumn in the Heavenly Kingdom: China, the West and the Epic Story of the Taiping Civil War*, New York, Knopf, 2012, 512 p.

SINN, Elizabeth, *Power and Charity: A Chinese Merchant Elite in Colonial Hong Kong*, Hong Kong, Hong Kong University Press, 2003, 340 p.

SPENCE, Jonathan D., *The Search for Modern China*, New York, Norton, 1991, 880 p.

TRENTMANN, Frank, *Free Trade Nation: Commerce, Consumption and Civil Society in Modern Britain*, Oxford, Oxford University Press, 2008, 464 p.

TSAI, Jung-fang, *Hong Kong in Chinese History: Community and social unrest in the British colony 1842-1913*, New York, Columbia University Press, 1993, 375 p.

TSANG, Steve, *A Modern History of Hong Kong*, Londres, I.B. Tauris, 2004, 352 p.

XIAN, Weixun, *Shuyi liuxingshi* [鼠疫流行史] (Histoire des épidémies de peste), Guangzhou, Guangdongsheng weisheng ting chubanshe, 1988, 268 p.

WELSH, Frank, *A History of Hong Kong*, Glasgow, Harper Collins, 1993, 624 p.

WONG, Kam C., *Policing in Hong Kong*, Surrey, Ashgate, 2012, 351 p.

ZHENGOU, W., X. PEIPING et C. PING, *History and Development of Traditional Chinese Medicine*, Beijing, IOS Press, 1999, 287 p.

ZUFFEREY, Nicolas, *Introduction à la pensée chinoise*, Paris, Marabout, 2008, 193 p.

3. Articles et chapitres d'ouvrages collectifs

ANDERSON, Warwick, « Immunities of Empire: Race, Disease, and the New Tropical Medicine, 1900-1920 », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 70, n° 1, 1996, p. 94-118.

BARTEL-RADIC, Anne, « La compétence interculturelle : État de l'art et perspectives », *Management International*, vol. 13, n° 4, 2010, p. 11-26.

BENEDICT, Carol Ann, « Bubonic plague in nineteenth-century China », *Modern China*, Sage Publication, vol. 14, n° 2, 1988, p. 107-155.

BENEDICT, Carol Ann, « Policing the sick: Plague and the origins of state medicine in late imperial China », *Late Imperial China*, 1993, vol. 14, n° 2, p. 60-77.

BERRIDGE, V., et Loughlin, K., « Public Health History », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 57, n° 3, 2003, p. 161-232.

BRETELLE-ESTABLET, Florence, « Les épidémies en Chine à la croisée des savoirs et des imaginaires: le Grand Sud au XVIIIe et XIXe siècles », *Extrême-Orient Extrême-Occident*, n° 37, 2014, p. 21-60.

CAPRARA, Andrea, « Cultural interpretations of Contagion », *Tropical Medicine and International Health*, vol. 3, n° 12, 1998, p. 996-1001.

ECHENBERG, Myron J., « Pestis Redux : The Initial Years of the Third Bubonic Plague Pandemic, 1894-1901 », *Journal of World History*, Vol. 13, n° 2, 2002, p. 429-449

EYLER, John M., « The changing assessments of John Snow's and William Farr's cholera studies », *Sozial- und Präventivmedizin*, vol. 46, n° 4, 2001, p. 225-232.

EZENKWELE, U. et G. ROODSARI, « Cultural Competencies in Emergency Medicine: Caring for Muslim-American Patients from the Middle East », *Journal of Emergency Medicine*, vol. 45, n° 2, 2013, p. 168-174.

FANG Hanqi, yibabasi nian Xianggang renmin de fan di douzheng [一八八四年香港人民的反帝鬥争] (La lutte anti-impérialiste des Hongkongais), *Jindaishi ziliao* [近代史资料] (Les matériaux de l'histoire moderne), vol. 57, n° 6, 1957, p. 20-30.

FETER, Bruce, « Review: Imperial Medicine and Indigenous Societies by David Arnold », *Bulletin of the School of Oriental and African Studies*, vol. 52, n° 3, p. 618-619.

FRASER, Stuart M. F., « Leicester and Smallpox: The Leicester Method », *Medical History*, vol. 24, n° 03, 1980, p. 315-332.

FRITH, John, « The History of Plague », *Journal of Military and Veteran Health*, vol. 20, n° 2, 2012, p. 11-16.

HARDY, Anne, « Smallpox in London: factors in the decline of the disease in the nineteenth century », *Medical History*, vol. 27, 1983, p. 111-138.

HENNOCK, E. P., « Vaccination policy against smallpox, 1835-1914: a comparison of England with Prussia and Imperial Germany », *Social History of Medicine*, vol. 11, n° 1, 1998, p. 49-71.

HURREN, Elizabeth T., « Poor Law versus Public Health: Diphtheria, Sanitary Reform, and the 'Crusade' against Outdoor Relief, 1870-1900 », *Social History of Medicine*, vol. 18, n° 3, 2005, p. 399-418.

GALLAGHER, John, Robinson, Ronald « The Imperialism of Free Trade », *The Economic History Review*, vol. 6, n° 1, 1953, p. 1-15.

GORSKY, Martin, « Public Health Past and Present: Local leadership in public health: the role of the medical officer of health in Britain, 1872-1974 », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 61, n° 6, 2007, p. 468-472.

GROSSER, Pierre, « Comment écrire l'histoire des relations internationales aujourd'hui ? Quelques réflexions à partir de l'Empire britannique », *Histoire@Politique*, vol. 1, n° 10, 2010, p. 1-40.

JENSON, Jane, « Getting to Sewers and Sanitation: Doing Public Health within Nineteenth-Century Britain's Citizenship Regimes », *Politics & Society*, vol. 36, n° 4, décembre 2008, p. 532-566.

KESSLER, Remi A., Wendy C. COATES et Arjun CHANMUGAN, « Twelve Years Since Importance of Cross-Cultural Competency Recognized: Where Are We Now? », *Western Journal of Emergency Medicine*, vol. 18, n° 2, février 2017, p. 223-228.

LAW, Wing-sang, « Hong Kong undercover: an approach to 'collaborative colonialism' » *Inter-Asia Cultural Studies*, vol. 9, n° 4, 2008, p. 522-542.

LEE, Pui-Tak, « Colonialism versus Nationalism: The Plague of Hong Kong in 1894 », *The Journal of Northeast Asian History*, vol. 10, n° 1, 2013, p. 97-128.

LESTER, Alan, « Imperial circuits and networks: geographies of the British Empire », *History Compass*, vol. 4, n° 1, 2006, p. 124-141.

LOEWE, Michael, « “Confucian” Values and Practices in Han China », *T'oung Pao*, vol. 98, 2012, p. 1-30.

MA, X., « Research on achievement on pulsology in Yi bian (Medical bank stone) by He Mengyao », *Zhonghua yishi zazhi* [中华医史杂志] (Le journal chinois de l'Histoire médicale), vol. 31, n° 4, 2001, p. 224-226.

MENG Q. Y., « Analysis of Wang Shuhe's academic contribution and epistemology », *Zhonghua yishi zazhi* [中华医史杂志] (Le journal chinois de l'Histoire médicale), vol. 40, n° 6, novembre 2010, p. 323-327.

MOONEY, G., « 'A tissue of the most flagrant anomalies' smallpox vaccination and the centralisation of sanitary administration in nineteenth century London », *Medical History*, vol. 41, n° 3, 1997, p. 261-290.

MORTIMER, P. P., « Ridding London of Smallpox: The Aerial Transmission Debate and the Evolution of a Precautionary Approach », *Epidemiology and Infection*, vol. 136, n° 10, octobre 2008, p. 1297-1305.

« Nobel Lectures », *Physiology and Medicine 1901-1921*, Amsterdam, Elsevier Publishing Compagny, 1967.

OBRINGER, Frédéric, « Wu Youxing et les Épidémies Pestilentielle : Une figure d'expert médical à la fin des Ming », *Revue de synthèse*, vol. 131, n° 3, 2010, p. 343-372.

Organisation mondiale de la Santé, « Ebola Virus Disease Situation Report », *Technical Documents*, 10 juin 2016, p. 1. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208883/1/ebolasitrep_10Jun2016_eng.pdf?ua=1. (7 novembre 2016)

Organisation mondiale de la Santé, « Maladie à virus Ebola », *Aide-mémoire*, n° 103, Janvier 2013. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/fr/>. (7 novembre 2016)

Organisation mondiale de la Santé, *Rapport du Groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola*, Organisation mondiale de la santé,

juillet 2015, p. 20-21. <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-panel-report-fr.pdf?ua=1>. (7 novembre 2016)

PADELA, A. et I. PUNEKAR, « Emergency Medical Practice: Advancing Cultural Competence and Reducing Health Care Disparities », *Academy of Emergency Medicine*, vol. 16, n° 1, 2009, p. 69-75.

POON, Shuk-Wah, « Cholera, public health, and the politics of water in Republican Guangzhou », *Modern Asian Studies*, vol. 47, n° 2, 2013, p. 436-466.

QUIGLEY, William P., « Five Hundred Years of English Poor Laws, 1349-1834: Regulating the Working and Nonworking Poor », *Akron Law Review*, n° 30, 1997.

RICE, Geoffrey W., « Review: Disease, medicine and empire: perspectives on Western medicine and the experience of European expansion », *Medical History*, vol. 34, n° 1, 1990, p. 117-118.

Royal Asiatic Society Hong Kong Branch, « The Colony of Hong Kong », *Journal of the Royal Asiatic Society Hong Kong Branch*, vol. 11, 1971, p. 172-193.

SHERIDAN, L., « Treating the World Without Leaving Your ED: Opportunities to Deliver Culturally Competent Care », *Academy of Emergency Medicine*, vol. 13, n° 8, p. 896-903.

SOMMERFELD, Johannes, « Editorial: Medical anthropology and infectious disease control », *Tropical Medicine and International Health*, vol. 3, n° 12, 1998, p. 993-995.

SUTPHEN, Mary P., « Not What, but Where: Bubonic Plague and the Reception of Germ Theories in Hong Kong and Calcutta, 1894-1897 », *Journal of History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 52, n° 1, 1997, p. 81-113.

SUTPHEN, Mary P., « Rumoured Power: Hong Kong, 1894 and Cape Town, 1901 », dans Andrew Cunningham et Bridie Andrews (dir.), *Western Medicine As Contested Knowledge*, Manchester, Manchester University Press, 1997, p. 241-261.

SZRETER, Simon, « The Importance of Social Intervention in Britain's Mortality Decline C.1850-1914: a Re-interpretation of the role of Public Health », *Social History of Medicine*, n° 1, 1988, p. 1-37.

TSAI, Jung-fang, « From antiforeshism to popular Nationalism: Hong Kong between China and Britain 1839-1911 », dans Ming K. Chan (dir.), *Precarious Balance: Hong Kong Between China and Britain 1842-1992*, New York, M. E. Sharpe, 1994, 272 p

WOODS, Robert, « Mortality and Sanitary Conditions in the “Best governed city in the world”- Birmingham, 1870-1910 », *Journal of Historical Geography*, vol. 4, n° 1, 1978, p. 35-56.