

> En 1868, le Japon rétablit un régime impérial et se dote progressivement des structures d'un État moderne. Relativement préservé des épidémies comme le choléra en raison d'une longue période de fermeture, le pays doit faire face à des flambées de choléra et d'autres maladies épidémiques qui troublent l'ordre public. Dans cette seconde partie, nous abordons notamment les difficultés et les contradictions de la mise en place d'un système moderne de santé publique au Japon. Nous étudions en particulier les principaux modèles et tentons de replacer les choix qui ont été faits dans le contexte international de l'époque. Il est en effet bien établi que l'accent a été mis sur les maladies infectieuses aiguës qui troublaient l'ordre social, plutôt que sur la lutte contre des maladies plus chroniques ou sur l'amélioration des conditions de vie. Une maladie comme la tuberculose fut en effet longtemps négligée, alors qu'elle provoquait davantage de victimes que le choléra. <

Le choléra et la naissance de la santé publique dans le Japon de Meiji

2. Forces et faiblesses d'une politique de santé publique

Philippe Chemouilli



Service de Neurologie.
Hôpital Albert Chenevier,
40, rue de Mesly,
94000 Créteil, France.
philippe.chemouilli@ach.ap-hop-paris.fr

giène dans le but de faire face à l'urgence des épidémies de choléra. Il

acquiert en fait très vite un statut permanent et des pouvoirs élargis. Ce comité a, entre autres, pour mission de coordonner les quarantaines et de sanctionner les médecins contrevenant aux règlements. Il comprend initialement 13 membres, mais ce nombre est étendu à 20 en 1880, dont 11 médecins, 2 ingénieurs, 2 pharmaciens, un représentant du ministère de l'Intérieur et des représentants étrangers. L'action de ce comité central était relayée par des comités régionaux élus [1]. Cette particularité constituait un progrès notable, eu égard au caractère autoritaire du régime de Meiji. Ces comités, dont le rôle consistait à faire appliquer les règlements, avaient par ailleurs une fonction éducative importante et devaient contribuer à sensibiliser les masses au nouveau concept de *Eisei*. Pour reprendre les termes de S. Nagayo, il s'agissait de créer un filet dont les mailles s'étendraient jusqu'à la moindre localité. L'action des comités était complétée par la mise en place de sections d'hygiène locales et de coopératives hygiéniques qui collaboraient avec la police et devaient veiller à ce que personne ne dissimule l'existence d'un cas de maladie épidémique. L'idée des comités locaux s'inspire des anciennes institutions de l'époque d'Édo.

Le cadre administratif : contrôle et éducation

Si, en 1873, c'est le ministère de l'Éducation qui assume d'abord la responsabilité du bureau des affaires médicales, ce bureau passe en 1875 sous la tutelle du ministère de l'Intérieur et devient le Bureau d'Hygiène, dirigé par S. Nagayo jusqu'en 1892 [1, 2]. Les prérogatives de ce bureau étaient étendues et couvraient la réglementation de l'activité des médecins praticiens, l'encouragement des pratiques hygiéniques, le contrôle des hôpitaux et la prévention des épidémies. La lutte contre le choléra, déjà envisagée avant l'épidémie de 1877, constituait une des priorités de l'administration [1, 3, 4]. L'année 1879 est marquée par la constitution du *Chûdô Eisei Kai*, ou Comité central d'hygiène. Il s'agissait d'un organe *ad hoc*, créé initialement à titre provisoire et pourvu d'un rôle consultatif vis-à-vis du Bureau d'Hy-



Les autorités shōgunales avaient en effet imposé l'institution de groupes appelés groupes de 5 personnes (*goningumi*) chargés d'assurer une surveillance rapprochée des individus et d'exclure les personnes dont un membre de la famille était suspecté de pratiquer la religion chrétienne interdite ou de se livrer à d'autres activités illicites [5].

Ainsi, dès les premières années de Meiji, était mis en place un appareil administratif dont le but était de promouvoir l'hygiène. Comme l'indique la composition pluridisciplinaire des comités, tous les aspects de la vie quotidienne étaient pris en compte et, en théorie, une large place était faite aux initiatives locales, en collaboration toutefois avec la police [1].

Parallèlement, la nécessité d'un organe d'éducation et d'information indépendant de l'État se faisait sentir. Pour S. Nagayo, la notion d'hygiène n'allait pas de soi pour les masses populaires et un travail permanent d'éducation était nécessaire. Dès 1879, S. Gotō participe à la création d'une société privée d'hygiène pour la région d'Aichi [6]. Cette société, qui édite des brochures d'information au niveau régional, préfigure la Société privée d'hygiène du Japon (*Dai Nihon shiritsu Eisei Kai*), créée en 1883 à l'initiative de S. Nagayo [1, 4, 6, 7] et dont les activités s'étendaient à toutes les régions du Japon. À travers des conférences organisées jusque dans les moindres recoins du Japon et la diffusion de petites brochures, et surtout d'une revue, cette société se fit l'écho des grandes découvertes en matière d'hygiène et joua un rôle de premier plan dans la lutte contre le choléra et la tuberculose, et dans la diffusion de la vaccination antivariolique. Le comité scientifique comprenait des chercheurs, des ingénieurs et des médecins, et menait des recherches dans des domaines aussi variés que l'hygiène scolaire, la bactériologie, la chimie, la climatologie, l'hygiène de l'habitat ou la santé mentale. Ultérieurement furent créées des sections pour le droit, les statistiques, la médecine vétérinaire, l'aide aux indigents ou la vaccination. C'est également par le biais de la Société que furent introduites les techniques modernes de drainage des eaux et le tout-à-l'égout. C'est encore cette Société qui, à partir des années 1890, fit connaître les découvertes de Koch sur la tuberculose et contribua à faire progresser la prévention de cette maladie, véritable fléau social pourtant négligé par les autorités de Meiji [5].

Dès sa création, la Société d'Hygiène connut un énorme succès, passant de 2000 membres à 6000 six mois plus tard [6]. L'important taux de participation aux conférences, souvent à une heure tardive, illustre ce succès. Ces conférences étaient organisées dans un esprit didactique et revêtaient parfois un caractère ludique et

pédagogique, en recourant par exemple à des chansons [1]. La nécessité d'être en bonne santé se trouvait présentée comme un devoir moral vis-à-vis du pays et de l'empereur. Si tous les domaines faisaient l'objet de travaux, c'est surtout la prévention des maladies infectieuses qui mobilisait le plus d'efforts. Dans la pratique, cette société, bien que privée, fonctionnait comme un organe semi-officiel, et ses membres intervenaient régulièrement sur le terrain pour des actions concrètes. Malgré cet effort de formation, l'hygiène signifiait souvent pour les masses coercition et brutalités policières, comme l'illustre la description de la lutte contre le choléra.

Contradictions de la lutte contre le choléra

Les difficultés et les contradictions de la mise en place d'un système moderne de santé publique s'expriment avec acuité dans la lutte contre le choléra, qui constitue la menace la plus immédiate. Dès 1877, le ministère de l'Intérieur publie des directives concernant cette lutte, complétées en 1879, année de la création des comités d'hygiène. En 1880 est promulgué le premier règlement provisoire contre les maladies infectieuses. Il définit un cadre de prévention pour six maladies : choléra, typhus, diphtérie, dysenterie, typhoïde et variole. En 1897, la réglementation est étendue à la scarlatine et à la peste, avec la promulgation de la Loi pour la prévention des maladies infectieuses [1]. Elle vise en particulier les maladies aiguës qui perturbent l'ordre public et exclut des maladies chroniques comme la syphilis ou la tuberculose, qui pourtant font aussi des ravages, mais ne sont pas perçues comme une menace immédiate dans la mesure où elles s'expriment insidieusement [8]. Les règlements prévoyaient en théorie des mesures de quarantaine internationale, l'institution d'hôpitaux d'isolement, la déclaration des maladies, le signalement par un écriteau des foyers atteints et des mesures de salubrité générale. Dans la pratique, ces mesures étaient inégalement appliquées [8]. La politique de quarantaine faisait l'objet d'âpres discussions entre les pays occidentaux lors des conférences sanitaires internationales, et le Japon avait les mains liées par les traités inégaux¹ [1, 9]. À l'échelon régional, les comités d'hygiène et les coopératives sanitaires étaient chargés de veiller à la bonne marche des actions de prévention et de réaliser des travaux de salubrité. Ils jouissaient d'une autonomie régionale, mais, dans la pratique, ne fonctionnaient pas bien. Le manque de

¹ Traités que les puissances occidentales avaient signés avec la Chine et le Japon (entre 1853 et 1858 pour le Japon) garantissant à ces pays l'existence de ports francs, des conditions douanières avantageuses et une clause d'extraterritorialité.

moyens financiers et l'insuffisance fréquente de motivation et de compétences des employés en limitaient sévèrement l'efficacité [4, 9]. Si les pères de l'hygiène, comme S. Nagayo, insistaient sur l'importance de mesures de salubrité conjointement aux mesures de surveillance et de répression, le gouvernement de Meiji avait tendance à privilégier les quarantaines dont la sévérité allait s'accroître avec le temps. Pour certains auteurs, les autorités de Meiji auraient privilégié les dépenses militaires et les mesures policières au détriment d'une politique de fond et de travaux d'infrastructures [1, 2, 9]. Dans la pratique, l'année 1886 marque une rupture. La quasi-totalité des actions sanitaires passe alors sous l'autorité de la police investie de pouvoirs presque discrétionnaires, et les comités locaux sont progressivement abolis. Il semble que le souci du gouvernement de Meiji ait été de donner un coup d'arrêt à la montée du mouvement de lutte pour les droits civiques qui réclamait une libéralisation du régime : la rupture de 1886 marque un coup d'arrêt à une politique locale d'hygiène plutôt progressiste pour l'époque. Les véritables raisons en sont cependant encore controversées [1].

Dans la réalité, la lutte contre le choléra se résumait le plus souvent à l'isolement des malades dans les hôpitaux sanitaires. Ces hôpitaux, créés dès 1877 avec un statut provisoire, étaient situés loin des agglomérations et l'on assistait fréquemment à des émeutes de riverains opposés à leur installation. Les règlements prévoyaient, en théorie, des locaux séparés selon le degré de gravité de la maladie, et du personnel formé en nombre suffisant. Initialement, il était prévu d'admettre surtout les malades qui ne pouvaient être isolés à domicile. En réalité, l'hospitalisation sera de plus en plus systématique, les plus pauvres faisant l'objet d'une discrimination et étant souvent arrachés de force à leurs familles.

Les conditions d'hospitalisation contribuaient à entretenir l'épouvante. Les malades se trouvaient entassés dans des conditions particulièrement insalubres. Beaucoup mouraient sans même avoir vu un médecin, faute de personnel qualifié. Les soins étaient pratiquement inexistantes et ces hôpitaux avaient la réputation, en grande partie justifiée, d'être des mouiroirs. Pour les masses et une bonne partie du corps médical, la notion de contagion restait mal comprise et la brutalité des policiers qui se livraient à une véritable chasse aux malades n'était pas de nature à apaiser le climat de panique encore amplifié par les rumeurs qui circulaient [1, 3, 9]. Ainsi, en 1879, à l'occasion de la visite du général Grant, le bruit courut que les autorités américaines avaient organisé, avec la complicité des méde-

cins, un trafic visant à fournir de la bile prélevée sur des malades que l'on faisait mourir en leur faisant ingurgiter de force du liquide contaminé. Plusieurs médecins auraient alors été agressés, voire tués en voulant porter secours à des malades. La lance de phénol utilisée pour la désinfection était censée, selon la rumeur, contenir en réalité des germes dans le but de se débarrasser des pauvres. On observait ainsi des émeutes comparables à celles qui eurent lieu à Paris en 1832, puis pendant la Commune ou en Russie à la même époque [10]. Les croyances religieuses gardaient leur importance et, même à l'époque Meiji, il n'était pas rare de voir des processions religieuses. L'idée que le choléra était une punition des dieux, pour avoir ouvert le pays aux étrangers ou avoir introduit en 1873 le calendrier occidental, était réactivée. Les forces de police avaient beaucoup de difficultés à empêcher l'agitation populaire et à interdire les rassemblements. S'il existe traditionnellement dans la société japonaise une certaine résignation face à la mort et à la maladie, ce sont les conséquences sociales et les symptômes particulièrement éprouvants du choléra qui étaient à l'origine de ces réactions violentes. Loin de se limiter à des manifestations de quartier, les émeutes allaient revêtir un aspect plus organisé. Dès 1877, l'on voit réapparaître des manifestations de masse comparables aux révoltes paysannes observées à l'époque d'Édo et qui avaient cessé à la fin de cette période. Elles ont été comparées à des jacqueries paysannes. Il s'agissait de mouvements de protestation contre les autorités locales ou shōgunales, par exemple en cas de famine ou de flambée des prix du riz, qui se traduisaient par des déplacements de masses protestant contre l'ordre établi et appelant à l'avènement d'une société plus juste, à une époque où la circulation des biens et des personnes était sujette à de sévères restrictions. Pour certains auteurs, ce sont les épidémies de choléra qui ont favorisé la résurgence de ces phénomènes de masse qui préfigurent les émeutes du riz observées au lendemain de la Première Guerre mondiale en 1918 [9]. De nombreux motifs pouvaient être à l'origine de ces émeutes : revendications à propos du prix du riz, interdiction de vente de certains produits alimentaires par mesure d'hygiène ou justifications religieuses, voire réactions de peur entretenues par diverses rumeurs. Les postes de police ou les demeures de riches commerçants suspectés de spéculer sur le prix du riz étaient mis à sac et plusieurs médecins furent blessés ou sauvagement assassinés. C'est l'année 1879 qui compte le plus d'événements de ce genre [7]. Ces émeutes, qui ont laissé des marques profondes dans les consciences, cessèrent après 1893, pour des raisons non élucidées.



La violence de ces manifestations illustre le décalage entre la réalité de l'hygiène sur le terrain et l'idée que s'en faisaient les pères fondateurs. En 1899, le Japon avait incontestablement atteint certains objectifs. Il était notamment le seul pays d'Asie à avoir pu éradiquer le choléra [11]. Plus que des travaux d'infrastructures, c'est la mise en œuvre d'une politique énergique, voire franchement répressive, et surtout la révision des traités inégaux qui expliquent ce résultat. Le Japon a servi de modèle à la Chine, dont les structures de santé publique mises en place au début du siècle ont été empruntées directement du Japon. Le terme *Eisei* est d'ailleurs réintroduit en chinois (prononcé *Wei Sheng*) à partir du Japon. La Chine fit appel à de nombreux experts japonais et envoya au Japon des étudiants chinois dans le domaine de l'hygiène et de la police [12]. Cependant, le système décrit avait ses limites. La difficulté principale résidait dans l'existence d'un fossé entre la volonté éducatrice des pères fondateurs et la répression sur le terrain. On a pu reprocher au gouvernement de Meiji d'avoir privilégié l'action à court terme et accordé une place exagérée à la quarantaine au détriment de mesures de salubrité générale [2]. Ainsi, les épidémies n'étaient prises en compte que dans la mesure où elles troublaient l'ordre social et qu'il s'agissait de protéger la société des sujets malades plus que de garantir un quelconque droit à la santé.

Ces difficultés ne sont cependant pas l'apanage du Japon et les gouvernements occidentaux manœuvrèrent aussi le bâton et la carotte pour imposer la vaccination ou les quarantaines [10, 13]. La particularité du Japon réside peut-être dans le fait que l'État de Meiji, lancé dans un processus de modernisation accéléré, et préoccupé par le souci de rivaliser avec les pays occidentaux toujours perçus comme une menace, a plus largement privilégié une politique autoritaire à court terme. L'État de Bismarck reposait aussi sur un appareil centralisé et autoritaire, mais avait mis en place un système d'assurance maladie. Cette idée reprise par S. Gotô en 1887 n'avait pas été menée à terme [1].

Un tel biais se retrouve également dans l'exemple des maladies chroniques. Ainsi, les premières mesures de prévention de la syphilis ont été prises en 1862 pour protéger les marins anglais et russes dans les ports de Yokohama et de Nagasaki de la contamination par les prostituées [1]. Ces mesures visaient les prostituées régulièrement inscrites, alors qu'aucun contrôle n'était exercé sur les hommes atteints pourtant impliqués dans la transmission de la maladie. Le gouvernement de Meiji institua le contrôle des prostituées en 1871 et ordonna leur examen périodique en 1877, mais ne tint pas de statistiques régulières avant 1900. La syphilis conti-

nait de faire des ravages et constituait une cause majeure d'inaptitude dans l'armée. Au début du xx^{e} siècle, moins de 10% des conscrits étaient aptes au service militaire, en raison de la syphilis, de la tuberculose, d'une malnutrition chronique ou de maladies digestives [9].

La tuberculose qui, entre 1884 et 1899, avait causé plus de décès que l'ensemble des maladies infectieuses aiguës réunies, fut longtemps négligée dans la mesure où elle ne menaçait pas l'ordre public [14]. Il faudra attendre le début du xx^{e} siècle et les années 1930, lorsque le Japon s'engagera dans des opérations militaires en Chine, pour voir apparaître une politique de prévention d'une maladie qui grevait la santé des conscrits [5]. La lèpre fut aussi négligée jusqu'en 1899, date à laquelle la révision des traités inégaux eut pour conséquence la libre circulation des étrangers. Le spectacle des lépreux vagabondant donnant une mauvaise image du Japon aux occidentaux, une politique d'isolement des lépreux, pourtant peu nombreux, fut mise en place et trouva son point culminant à partir de 1938, lorsque des quarantaines systématiques furent instituées [15].

Conclusions

Comme dans les pays occidentaux, la mise en place d'un système de santé publique au Japon connut hésitations et vicissitudes et fit appel à divers modèles. Dans la pratique, les théories des pères fondateurs de l'hygiène, qui avaient une haute idée de leur mission, se heurtèrent à des difficultés d'organisation, aux choix parfois discordants des autorités et à l'incompréhension des masses populaires. Tous furent confrontés, à des degrés divers, à la tension entre la santé considérée comme un droit, et la santé perçue comme un besoin vital pour le bien de l'État, ce débat étant d'ailleurs loin d'être absent en Occident. Une particularité du Japon de Meiji réside peut-être dans le fait que la modernisation des structures étatiques et médicales s'est effectuée sur quelques décennies et dans un climat de compétition avec les pays occidentaux. Il serait cependant abusif de penser que la politique d'hygiène publique s'est limitée à des mesures guidées par des intérêts militaires ou économiques. Le succès d'initiatives privées ou semi-publiques comme la création de la Société d'Hygiène illustre le contraire. Cependant, un véritable système de santé publique et de sécurité sociale n'a vu le jour qu'à partir de 1938, lorsque le Japon s'est engagé dans des opérations militaires en Chine, puis dans la Seconde Guerre mondiale. ♦

SUMMARY

The cholera epidemics and the development of public health in Meiji Japan

2. Strength and weakness of public health politics

We present here the beginnings of public health politics in Meiji Japan (1868-1912). Due to a two century isolation of Japan, public health concepts developed in the West from the end of the 18th century were foreign in premodern Japan. Due to its isolation, Japan was also relatively preserved from some acute infectious diseases such as cholera. In this paper, we investigate the role of cholera epidemics in the emergence of public health concepts in the peculiar context of Meiji Japan. We show that chronic diseases such as tuberculosis and leprosy were neglected for a long time and that the Meiji government set priority on acute infectious diseases that were considered as long as they disturbed public order. Nevertheless, some physicians and government officials considered issues of welfare and poverty. We also review some emerging concepts of social medicine. We try to show that in Japan as well as in western nations public health politics were not exempt of contradictions and paradoxes and a permanent tension existed between coercitive policies and conceptions of welfare and rights to health. ♦

RÉFÉRENCES

1. Ono Y. *Seiketsu no Kindai (L'ère moderne de la propreté)*. Tôkyô : Sanseidô Co, 1997.

2. Kawakami T. *Gendai Nihon Iryô Shi (Histoire du système de soins japonais)*. Tôkyô : Keiso-ShoBô Publishing Co, 1990.
3. Yamamoto S. *Nihon korera Shi (Histoire du choléra au Japon)*. Tôkyô : Daigaku Shuppan Kai, 1982.
4. Nagayo S. *Shokô shi shi (Autobiographie)*. Tôkyô : Heibonsha Publishers, 1980.
5. Johnston W. *The modern epidemics. A history of tuberculosis in Japan*. Harvard : Harvard University Press, 1995 : 450 p.
6. Takizawa T. *Kenkôbunka Ron (Le discours sur la culture de la santé)*. Tôkyô : Taishûkan Publishing Co, 1998.
7. *Nihon kindai shisô kei (Documents d'histoire de la pensée japonaise moderne), Sabetsu no Shosô (différents aspects de la discrimination)*, vol. 22. Tôkyô : Iwanami Shoten, 1990.
8. Gotô S. *Vergleichende Darstellung der medizinischen Polizei und medizinial Verwaltung in Japan und anderen Staaten*. Munich, 1891 (microfilm).
9. Tatsukawa S. *Byôki no shakai shi (Histoire sociale des maladies)*. Tôkyô : NHK Bukksu, 1997.
10. Porter D. *Health, civilization and state. A history of public health from ancient to modern times*. London-New York : Routledge, 1999 : 376 p.
11. Pollitzer R. *Le choléra*. Monographies OMS. Genève : OMS, 1960.
12. Bourdelais P. *Les hygiénistes, enjeux, modèles et pratiques (xviii^e-xx^e siècles)*. Paris : Belin, 2001 : 540 p.
13. Porter R. *The greatest benefit to mankind : a medical history of humanity from antiquity to the present*. London : Fontana Press, 1999.
14. Fukuda M. *A cultural history of tuberculosis. Images of the disease in modern Japan*. Nagoya : Nagoya University Press, 1995.
15. Fujino Y. *Reki Shi no Naka no Raisha (Les lépreux à travers l'histoire)*. Tôkyô : Yumiru Shuppan, 1996.

TIRÉS À PART
P. Chemouilli



ISBN : 2-84254-089-1 204 pages

Bon de commande

À retourner à EDK, 10, Villa d'Orléans - 75014 PARIS
Tél. : 01 53 91 06 06 - Fax : 01 53 91 06 07 - E-mail : edk@edk.fr

NOM : Prénom :

Adresse : Adresse e-mail :

Code postal : Ville : Tél. :

Pays :

Fonction :

Je souhaite recevoir l'ouvrage :

Chroniques d'une séquence annoncée: Prix public 16 € + 3 € de port = 19 € TTC

Par chèque, à l'ordre de EDK

Par carte bancaire : Visa Eurocard/Mastercard American Express

Carte n° | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Signature :

Date d'expiration : | | | | | | | |