

[texte](#)

[article](#)

## **Limitation de mouvement, isolation et quarantaine : une perspective historique sur les débats actuels**

"Les mesures de santé publique qui limitent les libertés individuelles ne peuvent se réfléchir uniquement dans l'horizon strict du champ de la santé publique). Des facteurs indépendants de la science épidémiologique interviennent dès la conception de ces mesures, mais aussi dans leur application, leurs évolutions, et les réactions qu'elles suscitent."

Par: Jennifer L. Gunn, Professeur d'histoire de la médecine, Université du Minnesota, États-Unis /

Publié le : 08 Septembre 2014

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

## **Poursuivre la réflexion**

### **L'organisation de l'incertain dans un discours de certitude**

Les mesures de santé publique qui limitent les libertés individuelles, comme la quarantaine, l'isolement, et la limitation de mouvement, suscitent des débats considérables (Barbera et al. 2001 : 2712 ; Gostin 2006 : 1700 ; Bensimon and Upshur 2007 ; Fairchild et al. 2007 ; Craddock 2000 ; WHO 2007). De telles mesures sont-elles justifiées pendant une pandémie ? Si tel était le cas, selon quelles modalités doivent-elles être mises en œuvre et pour quelle durée ? La quarantaine se définit comme la mise à l'écart de personnes à risque d'avoir contracté une maladie contagieuse, alors que l'isolation correspond au confinement d'individus déjà atteints. Les restrictions de liberté de mouvement ont pour objectif le maintien dans, ou à l'extérieur d'une zone géographique, une région, un territoire national (Barbera et al. 2001 : 2712). L'efficacité de ces mesures dépend de plusieurs variables épidémiologiques, notamment le mode et la rapidité de transmission (Gostin 2006:1700).

Les mesures de santé publique qui limitent les libertés individuelles ne peuvent se réfléchir uniquement dans l'horizon strict du champ de la santé publique (Bensimon et Upshur 2007:S44). En effet, des facteurs indépendants de la science épidémiologique interviennent dès la conception de ces mesures, mais aussi dans leur application, leurs évolutions, et les réactions qu'elles suscitent. Il faut ainsi prendre en considération ce qui relève des aspects pratiques, comme la logistique nécessaire à une mise en quarantaine à grande échelle, ou sociétaux, comme l'exigence publique d'une réponse gouvernementale rapide, ainsi que les conflits politiques et sociaux afférents à la crise.

Les débats et les contradictions sur les stratégies de limitation de l'extension de l'épidémie du virus A(H1N1) à ses débuts constituent une excellente illustration. Au printemps 2009, les États-Unis conseillent de reporter les voyages évitables au Mexique, alors que dans le même temps l'OMS proclame que la limitation des voyages n'aurait pas d'influence sur la propagation du virus (Gostin 2009: 2377). En avril, de nombreux commerces et écoles de Mexico sont fermés, mais les transports publics continuent de fonctionner, ce qui permet aux mexicains de se déplacer d'un bout à l'autre du pays faisant ainsi potentiellement circuler le virus (Partlow and Booth 2009). Début juillet 2009, la Thaïlande ferme plus de 1000 universités d'été, peu de temps après que l'Angleterre ait abandonné la fermeture des écoles comme stratégie de santé publique (Percy 2009). Dans tous ces exemples, les autorités nationales ont certes pris ces mesures au nom de la santé publique, mais en invoquant également les aspects politique, économique et social.

Lors de telles urgences de santé publique, les aspects complémentaires à l'expertise de santé publique sont fréquemment éludés. Les pandémies sont des événements d'une complexité considérable, porteurs de grandes incertitudes. Dans ces situations, on revendique l'autorité ou la vérité au nom de l'épidémiologie (souvent en dépit des avertissements des épidémiologistes eux-mêmes, lorsqu'ils soulignent les limites et équivoques de leur discipline). Cette forme de revendication peut être si forte qu'elle finisse par prévaloir sur toute autre considération (Hinchliffe and Bingham : 1547). Pour les sociologues, une pandémie permet d'étudier le mode de gestion de l'incertitude qui consiste, pour l'autorité, à présenter les mesures de santé publique comme l'expression des certitudes (ou de l'espoir). L'organisation de l'imprévisible et de l'inconnu, s'agissant de la circulation du virus et des hommes, dans un discours empreint de certitude permet aux autorités de donner l'apparence d'une intervention active dans l'urgence, et parfois, de désigner des coupables.

L'analyse historique des pandémies apporte un grand éventail de preuve, et un bon aperçu de ce que peut représenter l'organisation de l'incertain dans un discours de certitude. Cette étude propose une comparaison des mesures de santé publique « de restriction de mouvement » prises pendant la pandémie grippale de 1918 dans deux grandes régions rurales : le Zimbabwe colonial et le Nord-Midwest d'Amérique du Nord. L'analyse montre que la manière dont les mesures de santé publique sont imposées, ainsi que les réactions qu'elles suscitent, dépendent de plusieurs facteurs. Elle montre également comment les autorités ont concentré les espoirs et les représentations de la population autour de certitudes épidémiologiques, dans le but de faire face à l'incertitude et aux contradictions propres à la pandémie. Une pandémie est un événement singulier résultat de la convergence de plusieurs réseaux d'événements : infectieux, politiques, sociaux, économiques et écologiques. L'examen des pandémies passées ne conduit pas réellement à pouvoir prédire ce que représentera la pandémie A(H1N1) ou d'autres pandémies à l'avenir, et ne donne que peu d'indication sur les mesures pertinentes à prendre. Toutefois, ces pandémies du passé

révèlent que l'efficacité des mesures sécuritaires de santé publique est partielle (Hinchliffe and Bingham : 1548), et montrent l'utilisation pragmatique et les effets du discours de la certitude dans un tel contexte.

## **Deux zones rurales : le Zimbabwe colonial et le Nord-Midwest américain**

Le Zimbabwe colonial et le Nord-Midwest américain constituent tous les deux un exemple de développement minimal des infrastructures médicales et de santé publique.

La *British South Africa Company* (BSAC), une société contrôlée par des capitalistes anglais et sud-africains, entreprend de dominer militairement la région de la Rhodésie en 1890. La BSAC prend le contrôle des populations africaines et immigrantes grâce au gouvernement britannique, à des traités douteux et à la conquête armée (Summers 1994 : 19-20). Dès 1918, la population blanche active des colonies impliquée dans l'exploitation minière et agricole représente un sérieux rival (Summers :169 ; Andersson 2002). Cinq ans à peine après la pandémie, ces colons seront devenus autonomes. Pendant que la BSAC cherche à coordonner la lutte contre la pandémie de 1918, elle doit en même temps faire face à la compétition politico-économique des colons.

Les infrastructures de santé reflètent en partie ces tensions. Le Zimbabwe colonial dispose d'un service médical restreint, installé principalement dans les centres ville, fonctionnant selon un modèle de ségrégation qui sépare les africains des colons blancs. Dans les zones rurales, l'administration s'en remet à d'autres organisations (missionnaires et compagnies minières) pour dispenser les soins médicaux (Simmons 2009 :31-2).

La colonie n'est pas une zone rurale étendue, mais plutôt une région dans laquelle se trouvent plusieurs gros centres de populations (villes, zones minières, sites de production industrielle, fermes appartenant aux colons blancs, concentrations résidentielles des africains qui constituent la main d'œuvre), des réseaux de transports (ferroviaires ou routes dans certaines régions) (Phimister 1974 :84-6 ; Simmons :40). Les écoles, les centres fiscaux et les *Pass Offices*<sup>[2]</sup> régionaux pour les travailleurs africains, constituent également des lieux de concentration populationnelle. La colonie connaît un fort taux d'arrivées et de départs liés à l'emploi, les travailleurs venant y trouver des postes, ou les quittant.

En 1918, le Nord-Midwest américain est également largement rural. Son économie fonctionne grâce à l'exploitation minière, l'élevage, et l'agriculture familiale. Il existe plusieurs centres de populations, là où sont mis en place l'industrialisation de la production agricole et les réseaux de frets. Les routes de ces campagnes non pavées deviennent impraticables à certaines saisons. Les voies ferrées sont privilégiées, et en hiver on utilise des traîneaux tirés par des chevaux pour accéder aux grandes villes.

Les infrastructures de santé connaissent un état de très faible développement dans les régions du Nord-Midwest américain. Les soins reposent sur la gestion privée des services médicaux. Les médecins et les cliniques privées se concentrent dans les petites villes de la région. Au-delà des centres urbains il n'existe que très peu d'infrastructures de santé dans le Midwest. Un personnel à temps partiel est dédié aux maladies contagieuses ; l'état fournit les laboratoires, les services de vaccination et le matériel sanitaire. Des organisations privées viennent compléter l'apport très insuffisant des services de santé de l'état.

Les parties rurales du Zimbabwe colonial et du Nord-Midwest américain présentent donc en 1918 de grandes similitudes : des services médicaux insuffisants, un réseau de transport important vers les grands centres urbains, des populations mobiles, et des points épars de concentration démographique. L'état de santé de ces populations n'est pas nécessairement meilleur que celui des populations dans les villes. Ce défaut d'infrastructures médicales

publiques nécessite (dans les deux régions) que les états misent sur des institutions privées et des associations pour que les services médicaux soient assurés. Chacune de ces régions est composée de populations d'origines ethniques multiples, aux conceptions différentes de la maladie, de sa transmission ou des soins, ce qui explique des perceptions différentes des mesures gouvernementales.

## La grippe au Zimbabwe colonial : approches contradictoires

Les premiers signes de la grippe apparaissent autour du 9 octobre 1918. Les autorités réagissent en prenant une série de mesures sans doute familières au lecteur : fermeture des écoles, des églises, des lieux de divertissement, et d'autres sites de rassemblement dans les zones urbaines ; ouverture de services d'urgence, distributions de repas, commandes de médicaments et de vaccins. L'administration demande aux *Native Commissioners*[3] de s'assurer que les africains des zones rurales ne se déplacent pas et limitent leurs « rapports avec les autres habitants indigènes » pour empêcher la propagation de la grippe[4]. Il est ensuite défendu aux Africains de se déplacer dans les zones urbaines ainsi qu'au Nyasaland (pays voisin, l'actuel Malawi) et ordonné aux compagnies minières et aux autres employeurs d'interdire aux africains employés dans des zones contaminées de revenir chez eux en demeurant sur leur site de travail. On demande aux habitants des réserves de ne pas s'approcher des zones de population dense[5]. Les autorités n'envisagent que rarement la quarantaine stricte[6]. En revanche des restrictions sont mises en place sur les déplacements par voies ferrées. Le 12 octobre, l'administration interdit les voyages en trains d'abord aux africains, puis plus tard à toutes les personnes de couleur ; mais les colons blancs continuent d'être autorisés à prendre le train. Ces derniers se voient imposer un petit nombre de restrictions de déplacement, mais les mesures dans leur ensemble visent majoritairement les africains.

L'isolation des malades est mise en œuvre autant pour les européens que pour les africains. Les hôpitaux d'urgence et lazarets de ville sont ouverts aux européens et aux africains, offrant un lieu central de soin. Les malades infectés y sont séparés des autres. Mais les taux de mortalités dans ces lazarets africains s'avèrent élevés notamment du fait d'un personnel insuffisant et de conditions précaires; ces endroits deviennent des mouvoirs plutôt que des lieux de guérison[7].

Il apparaît clairement que les justifications avancées pour ces diverses mesures sont de natures très variées. La différence de restriction entre les Africains et les blancs est le reflet d'une idéologie raciale très répandue à l'époque, conduisant à la croyance que les africains sont plus sensibles à la grippe et que leur infection est responsable d'une augmentation de virulence de la maladie[8]. Les restrictions de mobilité suivant l'appartenance raciale rendent possible le déplacement des populations blanches tout autant infectées, ce qui a probablement amoindri l'efficacité des mesures de santé publique prises par ailleurs. Les mesures de restriction des déplacements se trouvent également intriquées avec d'autres intérêts politiques et économiques qui diminuent leur efficacité. Les propriétaires de mines faisant déjà face à la pénurie de main d'œuvre, cherchent sans succès à retenir les travailleurs pour maintenir leurs exploitations en activité (Phimister 1973 :143)

Les réactions face aux mesures prises par les gouvernements sont variées, bien que comme partout ailleurs en Afrique, de nombreux Africains considèrent la grippe comme une maladie amenée par les européens ou par la guerre. Nombre d'Africains ne tiennent pas compte des recommandations d'abandonner les locaux de leurs habitations familiales pour vivre plutôt

dans des espaces ouverts[9]. Les difficultés de déplacer les membres malades de leur famille et de vivre dans des zones reculées expliquent probablement ces résistances. L'interdiction de quitter les zones minières, contraire à la logique des travailleurs africains, est également ignorée. Observant l'inefficacité de la médecine européenne contre la pandémie, souffrant de sévère pénurie alimentaire, de mauvaises conditions sanitaires, et craignant de fortes probabilités d'infection, les travailleurs fuient là où la maladie apparaît (Phiminstor 1973 :144-45 ; Heaton and Falola 2006 ; Musambachime 1993)[10].

On observera que ce raisonnement était fondé : les taux de mortalité des mineurs (91,74 pour 1000) dépasse largement celui des Africains des réserves (25,4 pour 1000) ou des populations européennes (9,3 pour 1000)[11]. Si la fuite protège les travailleurs de l'insalubrité, elle accentue dans même temps la propagation de la grippe[12].

## **Mesures adoptées selon l'apparente incohérence et l'imprévisibilité de la transmission de la maladie**

Dans les zones rurales, la poursuite simultanée d'objectifs de surveillance, de sécurisation et de traitement de la maladie diminue également l'efficacité de plusieurs actions, du fait de contradictions[13]. Les européens y jouissent d'une relative liberté de circulation, alors que les Africains peuvent être déplacés afin de maintenir la continuité des activités économiques des colonisateurs. Les *Pass offices*, les centres fiscaux, les centres de vaccinations, ou même les réunions d'information sur la limitation des déplacements pouvaient faciliter la propagation de l'infection (Ranger 1988 :173)[14].

Alors même que les mesures prises renvoient à l'apparente incohérence et à l'imprévisibilité de la transmission de la maladie, que la population africaine refuse les injonctions qui lui sont faites, les autorités présentent leurs efforts de santé publique comme un espoir certain de réussite de la lutte. Les professionnels de santé sont parfaitement conscients de ce qu'ils ignorent et de ce qu'ils ne peuvent contrôler[15]. Le Directeur des affaires de santé de la colonie fait l'aveu de son incapacité totale à maîtriser la pandémie[16]. Pourtant certains membres de l'administration font preuve d'une remarquable assurance quant à l'efficacité des mesures préconisées. Un responsable administratif, huit jours après avoir avoué son ignorance sur la morbidité et la mortalité de la grippe, déclare qu'un « gros pourcentage des concessions familiales sera sauvé grâce aux restrictions de déplacement imposées aux indigènes et grâce à leur excellente observance des recommandations »[17]. D'autres expriment « l'espoir » d'une efficacité, et déclarent que les plus forts taux de morbidité et de mortalité chez les indigènes correspondent aux endroits où les préconisations de santé publique des colonisateurs ont été le moins respectées[18]. La morbidité et la mortalité de la grippe n'y sont pas la conséquence de la virulence de l'agent pathogène ni d'une insuffisance des mesures de sécurité de santé publique : les victimes elles-mêmes sont à blâmer du fait de leur défaillance. Les déclarations sur les incertitudes et le discours sur les certitudes servent certains objectifs politiques, en offrant une couverture aux responsables de la santé publique qui s'avèrent très critiqués pendant et après la pandémie pour ne pas avoir suffisamment limité la transmission, soulagé la souffrance des malades, ou allégé le fardeau économique des propriétaires miniers et des municipalités[19]. Ils insistent sur le fait que les mesures de confinement prises étaient les « plus efficaces »[20].

## La grippe dans le Nord-Midwest américain : la certitude du savoir épidémiologique face à l'inconnu

Ici, la pandémie apparaît à la mi-septembre 1918 ; les limitations des déplacements dans la population se mettent en place assez différemment (Jordan 1953 : 410). Des décrets d'état bannissent les regroupements publics et tentent de limiter les déplacements inutiles, mais laissent l'application de ces mesures au soin des autorités locales[21]. Comme au Zimbabwe colonial, les mesures de confinement pourraient trouver une justification sur le plan épidémiologique et atténuer la transmission. Mais leur élaboration et leur application servent également, de façon spécifique, des objectifs militaires, économiques et politiques ainsi que de satisfaction de l'opinion publique, affaiblissant ainsi leur effet potentiel.

A ce qu'il semble, les autorités ne nourrissent qu'un espoir limité que les restrictions des déplacements atténuent effectivement la progression de la grippe. Les quarantaines sont sans effet en général, avec cependant une exception notable à Fort Crook, dans le cadre de *U.S Army Balloon School*, qui doit pourtant composer avec des exigences contradictoires : d'une part lever les quarantaines à l'intérieur même du camp, pour alléger les difficultés que cela entraînait, et d'autre part protéger les cadets qui n'avaient pas rencontré le virus[22]. Les quarantaines organisées dans les villes fonctionnent mal du fait d'incohérences dans leur mise en œuvre. En effet, les limitations de déplacements en ville ne sont pas appliquées partout simultanément, mais de manière séquentielle, localisée, seulement *après* le déclenchement d'un foyer de grippe. Ces restrictions de mouvement sont du reste facilement contournables, puisque les personnes véhiculées peuvent se déplacer librement pour aller se divertir dans des villes où la quarantaine n'est pas encore été instaurée[23] ? comme à Mexico où les citoyens ont, au printemps 2009 cherché à s'enfuir de la « ville morte ». Ceci facilite probablement la diffusion de l'épidémie.

Les déplacements deviennent incontrôlables également entre les centres urbains. Les voies ferrées continuent de fonctionner car elles s'avèrent essentielles à l'économie, à l'armée, aux besoins médicaux mais contribuent malheureusement aussi à la propagation de l'épidémie à travers le Nord-Midwest[24]. L'armée ne s'est pas efforcée d'empêcher les soldats de prendre le train inutilement, affirmant que « des centaines de milliers de civils ? tout aussi bien exposés à l'infection voyagent librement. » (Citation dans Jordan : 412).

Comme dans le Zimbabwe colonial, la compréhension de la pandémie par les autorités est réduite du fait de l'incertitude : sur la grippe elle-même, sur l'efficacité des mesures de lutte. La situation est rendue plus complexe encore du fait de l'enchevêtrement des autorités municipales, d'état et militaires dans la mise en application de ces mesures, et des intérêts privés. La fermeture des écoles provoque des échanges passionnés entre les responsables des autorités locales, des autorités d'état et les parents d'élèves qui mettent en avant la confusion ambiante s'agissant du diagnostic, de la transmission et de la prévention de la grippe.

En 1918 comme aujourd'hui, la question est de savoir si la fermeture des écoles diminue l'amplitude de l'épidémie ou la ralentit (Cauchemez et al. 2009 : 473-76). Les agences de santé publique, insistant sur le fait que la fermeture des écoles aurait un impact minimum, cherchent à maintenir la scolarisation des enfants pour suivre de près les symptômes de la grippe. Les autorités civiles locales, plus sensibles à l'opinion publique, s'inquiétaient des dépenses faites pour l'embauche d'infirmières pour l'examen des enfants tous les jours à l'école[25].

Face au caractère confus des messages publics ? sur la fermeture des églises et des bibliothèques, mais le maintien des écoles ? les parents se construisent leur propre savoir sur

l'infection, et estiment posséder de solides connaissances empiriques. Ayant du faire face à des épidémies communes de variole, fièvre jaune et polio, ils prennent, contre la grippe, les mêmes mesures d'isolation et gardent leurs enfants à la maison. Ils font toutefois pression sur les autorités dans le sens de la fermeture des écoles, convaincus qu'il s'agit de la mesure de santé la plus sûre pour protéger leurs enfants.

Les autorités publiques fédèrent les espoirs sur la base de la certitude du savoir épidémiologique face à l'inconnu, lorsque qu'en 1919, l'État du Minnesota décide que la grippe sera désormais traitée comme une maladie à déclaration obligatoire nécessitant quarantaine. Le président du Comité de Santé déclare, avec sincérité : « nous ne pensons pas que ces mesures contrôleront l'épidémie de grippe mais nous possédons des directives, et nous pouvons les faire appliquer? Je pense que l'important, dans le cas d'une épidémie, est que nous puissions simplement répondre aux personnes qui viennent nous voir et nous demandent ce que nous avons fait, que nous avons pris certaines mesures. [26]»

Les autorités de santé doivent montrer qu'elles font *quelque chose*, même si, à titre individuel, les responsables doutent que les mesures prises aient une réelle efficacité. Le projet politique apparaît évident dans ce contexte particulièrement insuffisant en termes de développement de l'offre de santé. Les professionnels de santé sont désormais, du fait de la grippe, en mesure de mieux convaincre les citoyens de la valeur de la santé publique, des bénéfices qu'ils peuvent retirer de taxes versées au profit du système de santé, ainsi que de la légitimité des experts de santé publique à remplir leur mission (Ettling 1981).

## **Communiquer clairement le message de l'incertitude**

L'isolation, la quarantaine, ainsi que la limitation des déplacements constituent des mesures de santé publique reconnues, utilisées depuis longtemps ; dans certaines circonstances, ces mesures ont effectivement limité l'extension d'épidémies. Les contextes dans lesquels ces mesures sont mises en œuvre sont à chaque fois particulières ; leur configuration, leur application, et les réactions qu'elles suscitent sont, de façon inhérente, la résultante d'un contexte historique donné. C'est pourquoi, nous ne suggérerons jamais que de telles mesures seraient amenées à échouer lors d'une pandémie en 2009, comme ce fut le cas dans le passé, ni que les autorités actuelles doivent éviter certains pièges que des erreurs du passé ont mis en évidence. Nous soulignerons plutôt que, si les contraintes épidémiologiques légitiment l'imposition de mesures de confinement, ces dernières sont toujours également la résultante contextuelle d'enjeux de priorités politique, sociétale, et économique. Ces enjeux influencent la configuration des mesures restrictives, ainsi que leur mise en place, et les négociations qui en résultent. Enfin, dans certains cas, des enjeux non liés à la santé publique peuvent altérer l'efficacité de ces mesures, voire même participer à la propagation de la maladie. Cette analyse historique indique que les pandémies sont par nature des événements de caractère profondément incertain, imprévisible, contradictoire, et soumis à des évolutions (comme nous le rappellent Hinchliffe et Bingham). Les mesures de confinement ou de restriction des mouvements envisagées pour contrôler ou ralentir la propagation ne seront probablement que partiellement efficaces, du fait de l'immense complexité et de l'imprédictibilité des interactions entre les virus, les hommes, et l'environnement.

Il est important de souligner que cette analyse met en évidence que dans le passé, les autorités politiques et de santé publique, tout en admettant le caractère profondément incertain des effets de leurs interventions, ont pu considérer dans le même temps (parfois

avec la société dans son ensemble) ces dernières comme un véritable espoir fondé sur une interprétation des données épidémiologiques comprises comme des certitudes. Cette représentation de la certitude épidémiologique est de nature à faire écran sur toute autre considération, y compris éthique.

Ces autorités, pragmatiques, poursuivaient des objectifs bien précis. Ces objectifs pouvaient être par exemple : faire endosser la faute de l'inefficacité des mesures restrictives de santé publique à des groupes sociaux particuliers ; promouvoir l'idée que les autorités étaient actives dans la protection de la santé publique et luttaienent effectivement contre un fort taux de mortalité ; appliquer des connaissances empiriques à un événement émergent ; éduquer la population sur les bénéfices à tirer des investissements pour la santé publique.

Pour ce qui concerne la pandémie de grippe A(H1N1), les certitudes que nous pouvons penser avoir sur le plan épidémiologique sont possiblement trompeuses. Beaucoup reste à apprendre sur ce nouveau virus, et ses interactions avec les réseaux sociaux, politiques, économiques et écologiques. La population générale doit pouvoir comprendre que les mesures de confinement ne pourront jamais protéger complètement de l'infection, et que le succès relatif de ces mesures (en association avec les vaccins et les antiviraux) dépend aussi de leur participation active.

Il s'avère également très important que les organisations multilatérales, les autorités nationales et locales puissent communiquer clairement le message de l'incertitude, même si cela signifie devoir renoncer à l'objectif politique que constitue la promotion d'une assurance fondée sur une lecture de certitude des productions de la science épidémiologique. La question ne réduit pas à savoir s'il faut « dire la vérité au public » (Barry 2009 : 325). Certains états, en particulier ceux avec un accès limité aux vaccins et aux antiviraux pouvant réduire la transmission de la grippe ou sa sévérité, pourront pourtant être rétifs à l'abandon de la certitude comme stratégie politique ; ils n'ont pas d'autre issue véritable à offrir à leurs citoyens. Outre un encouragement à la transparence sur les caractères non prévisibles de la pandémie ou de l'efficacité des mesures restrictives de santé publique, il reste important de garantir aux pays du Sud un accès aux ressources nécessaires pour combattre la maladie. L'OMS reconnaît ce besoin, comme du reste les industriels des produits pharmaceutiques. Mais l'engagement sur le plan des vaccins et ses traitements antiviraux reste insuffisant pour répondre aux besoins des pays pauvres. La communication transparente sur l'incertitude doit par conséquent être associée et soutenue par une aide matérielle réelle et efficace.

## Références citées

- Andersson, JA., 2002, « Administrators' Knowledge and State Control in Colonial Zimbabwe: The Invention of the Rural-Urban Divide in Buhera District », 1912-80, *Journal of African History* 43.
- Barbera, J. et al., 2001, « Large-scale quarantine following biological terrorism in the United States: Scientific examination, logistic and legal limits, and possible conséquences », *JAMA* 286,21.
- Barry, JM., 2009, « Pandemics: Avoiding the mistakes of 1918 » *Nature* 459.
- Bensimon, C. and R. Upshur, 2007, « Evidence and effectiveness in decision making for quarantine », *American Journal of Public Health*, 97, Supp. 1.
- Cauchemez, S. et al., 2009, « Closure of schools during an influenza pandemic » *The Lancet Infectious Disease* 9.
- Craddock, S., 2000, *City of Plagues: Disease, Poverty, and Deviance in San Francisco*,

University of Minnesota Press.

- Fairchild, A., R. Bayer and J. Colgrove, eds. ; 2007 ; *Searching Eyes: Privacy, the State, and Disease Surveillance in America* ; University of California Press.
- Gostin, L., 2006, « Public health strategies for pandemic influenza: Ethics and the law », *JAMA* 295,14.
- Gostin, L., 2009, « Influenza A(H1N1) and pandemic preparedness under the rule of international law, *JAMA* 301, 22.
- Heaton, M. and T. Falola., 2006, « Global explanations versus local interpretations: The historiography of the influenza pandemic of 1918-19 in Africa », *History in Africa* 33.
- Hinchliffe, S. and N. Bingham ; 2008, « Securing life: the emerging practices of biosecurity », *Environment and Planning A* 40.
- Jordan, PD., 1953, *The People's Health: A History of Public Health in Minnesota to 1948*, Minnesota Historical Society.
- Musambachime, M., 1993, « The influenza epidemic of 1918-1919 in Northern Rhodesia », *Zambian Journal of History* 6.
- Partlow, J and W Booth. 2009. Heat, closures, flu spur some to flee Mexico City. *Washington Post*, accessed online at <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2009/04/30/AR200904...>
- Percy, K. 2009, « Thailand takes drastic swine flu measures ; *ABC News* accessed online at [www.abc.net.au/news/stories/2009/07/09/2621801.htm?section=justin](http://www.abc.net.au/news/stories/2009/07/09/2621801.htm?section=justin).
- Phimister, IR., 1973, « The 'Spanish' influenza pandemic of 1918 and its impact on the Southern Rhodesian mining industry », *The Central African Journal of Medicine* 19,7.
- Phimister, IR., 1974, « Rhodes, Rhodesia, and the Rand » *Journal of Southern African Studies*, 1,1.
- Ranger, T., 1988, « The influenza pandemic in Southern Rhodesia: A crisis of comprehension », in *Imperial Medicine and Indigenous Societies*, ed. D. Arnold. Manchester University Press.
- Simmons, D., 2009, « Religion and medicine at the crossroads: A re-examination of Southern Rhodesian influenza epidemic of 1918 », *Journal of Southern African Studies* 35.
- Summers, LC., 1994, *From civilization to segregation: Social ideals and social control in Southern Rhodesia, 1890-1934*, Ohio University Press.
- World Health Organization, 2007 ; *Ethical considerations in developing a public health response to pandemic influenza*, WHO Press.

[1] Traduction, Marc Guerrier.

[2] Les *Pass Offices* sont des bureaux de l'administration qui délivrent des autorisations de travail mais aussi de circulation dans le pays.

[3] Personnel blanc de l'administration coloniale.

[4] « Influenza Epidemiology Memorandum by Chief Native Commissioner on Chamber of Mines », (23 Dec. 1918), p.1, ZNA A8/3/8/vol. 1.

[5] S.E. Buckley, Balla-Batonga Mission of the Primitive Methodist Church, to Native Commissioner Belingwe (5 Dec. 1918), p. 3, ZNA A3/12/30/3-5; Native Commissioner's Office, « Spanish Influenza », (22 Nov. 1918), ZNA A3/T2/30/1.

[6] J. Morton, Rhodesia Chamber of Mines to His Honour the Administrator (23 Dec. 1918), ZNA T2/29/29/1-2.

[7] Robert Gordon to Mayor of Salisbury, (2 Nov. 1918), and W.W. Jenkins, « Salisbury Lazaret

- ? Spanish Influenza Epidemic », (6 Nov. 1918), ZNA A3/T2/30/1; A.M. Fleming, « Report on the Outbreak of Epidemic Influenza in Southern Rhodesia », (1 May 1919), p. 19-20, ZNA A8/4/5-7.
- [8] Public Health Dept., « Memorandum for the Prevention of Epidemic Influenza », (n.d.), p.4, ZNA A8/4/5-7.
- [9] S.E. Buckley, Balla-Batonga Mission of the Primitive Methodist Church to Native Commissioner Belingwe (5 Dec. 1918), p. 3, ZNA A3/12/30/3-5; Native Commissioner's Office, « Spanish Influenza », (22 Nov. 1918), ZNA A3/T2/30/1.
- [10] H.N. Meade, « Review of Compound Inspectors' Reports for October, 1918 », (10 Dec. 1918), ZNA A8/3/8/vol.1.
- [11] A.M. Fleming, « Report on the outbreak of epidemic influenza in Southern Rhodesia in 1918 », (1 May 1919), pp.4-6, ZNA A8/4/5-7.
- [12] J.W. Posselt (3 Dec. 1918), Sgd. With. Skold, Church of the Swedish Mission to Native Commissioner Belingwe (3 Dec.1918), ZNA A3/T2/30/1. Phiminsten, 147.
- [13] Public Health Department, « Memorandum for the Prevention of Epidemic Influenza », p.1, ZNA A8/4/5-7.
- [14] « Spanish Influenza Epidemic » (n.d.), J.S. Harris, « Report on Vera Epidemic in the Lomagundi District », (n.d.), S.G. Buckley, « Report on the Spanish Influenza Epidemic in the Zambesi Valley », (14 Jan. 1919), p. 1, and A. Campbell to Superintendent of Natives (15 Dec. 1918), ZNA File A3/T2/30/1.
- [15] T.C. Zunckel, « Spanish Influenza », (22 Nov. 1918), J.S. Harris, « Report on Vera epidemic in the Lomagundi District », (n.d.), N. Jnodu Plessis to the Native Commissioner Belingwe, (4 Dec. 1918), Native Commissioner's Office Gutu to the Superintendent of Natives (13 Nov. 1918), and Native Commissioner Gokwe, « Spanish Influenza », (4 Dec. 1918), ZNA A3/T2/30/1.
- [16] G.S. Murray (31 Dec. 1918), ZNA A3/T2/30/1; AM Fleming, « Report on the outbreak of epidemic influenza in Southern Rhodesia in 1918 », (19 May 1919) ZNA A8/4/5-7.
- [17] T.C. Zunckel, (30 Nov. 1918), ZNA A3/T2/30/1.
- [18] S.G. Buckley to the Native Commissioner Gokwe (5 Dec. 1918), Archie A. Campbell to the Superintendent of Natives, Bulawayo, (24 Nov. 1918), H.S. Keigwin, « Spanish Influenza, Lomagundi,? (17 Dec. 1918), ZNA A3/T2/30/1.
- [19] J.D. Morton, Secretary, Rhodesia Chamber of Mines to His Honour the Administrator, (23 Dec 1918), and F.D. Morton to Secretary, Dept. of Administrator, (18 Nov. 1918), ZNA File T2/29/29/1-2.
- [20] Herbert J. Taylor, « Influenza Epidemic ? Memorandum by Chief Native Commissioner on Chamber of Mines' Letter of 23<sup>rd</sup> Dec. 1918 », (n.d.), ZNA File T2/29/29/1-2.
- [21] H.M. Bracken to Commission of Public Safety [hereafter CPS] (15 Oct. 1918), Minnesota Commission of Public Safety [MCPS], Main Files Box 103.L.8.1(B), Minnesota Historical Society and State Archives [hereafter MHSSA]. R.A. McDougall to CPS (25 Oct. 1918), MCPS, Box 103.L.8.1B., f773(1), MHSSA.
- [22] Post Surgeon [John L. Travis] to Commanding Officer, Ft. Omaha, « Lifting Quarantine. RG18 Records of the Army Air Forces, U.S. Army Balloon School, Fort Crook, NE B.1 Correspondence, Sept. 1918-Jan. 1919, f. Correspondence, 301-400, Oct. ?Nov. 1918. National Archives and Records Administration Central Plains, Kansas City, MO.
- [23] « Eveleth Under Influenza Ban » *Daily Virginian* (28 Oct. 1918).
- [24] Operations Vice-President Daily Diary (20 Oct. 1918), G NRCorporate Records, 1854-1970, MHSSA.
- [25] Dana Lord [Silver Lake, MN] to CPS, (18 Nov. 1918), Records of the Minnesota CPS, Box 103.L.8.1B, f. 773 (1), MCPS, MHSSA; « Influenza takes Man and Child », (28 Oct. 1918)

and «City Council Recommends Immediate School Closing », (29 Oct. 1918)*Daily Virginian*.

[26] « Minutes of the Minnesota State Board of Health, 1919 », pp. 195, 198, Minnesota Department of Health, MHSSA.

- [Page precedente](#)
- [Page 1/5](#)
- [Page suivante](#)

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Sommaire