

HISTOIRE DU CONCEPT DE QUARANTAINE

B. MAFART, J-L. PERRET

RESUME • Les quarantaines représentent des schémas d'organisation de la société face aux crises épidémiques. Ils sont apparus dans le contexte culturel propice de l'Occident médiéval et trois composantes fondamentales peuvent être discernées dans le concept qui les sous-tend : 1 - la personnalisation du fléau, d'inspiration religieuse, a conduit à de nombreux débordements mais a favorisé l'établissement d'un lien objectif entre la circulation des personnes et le développement des épidémies ; 2 - la structuration des pouvoirs a rendu possible un cloisonnement sanitaire institutionnel qui s'est matérialisé par la construction d'édifices spécifiques et l'adoption de règlements coercitifs mis en œuvre par des représentants autorisés ; 3 - l'appropriation scientifique a permis de dépasser le stade des mesures locales au terme d'un long processus ayant combiné une médicalisation et une internationalisation du débat. Ces trois perspectives ont fait porter à l'infecté les statuts de maudit désigné, de délinquant potentiel puis de contaminé naturel. Si le système concret des quarantaines humaines appartient maintenant au passé, les ressorts passionnels qui animent des populations exposées à une menace épidémique demeurent néanmoins vivaces comme ont pu le montrer des exemples récents. Accordant désormais une place prépondérante aux médecins, la gestion d'une éventuelle crise épidémique future aurait à tenir compte de ces facteurs.

MOTS-CLES • Quarantaine - Peste - Choléra - Fièvre jaune - Europe - Moyen-Age - Patente - Lazaret.

HISTORY OF QUARANTINE CONCEPT

ABSTRACT • Quarantine is a concept developed by society to protect against the outbreak of contagious diseases. From its original application in the favorable context of Medieval Europe, the quarantine concept has been driven by three main currents. The first involves the personification of epidemics. Although this personification had superstitious implications and led to many excesses, it did have the merit of establishing a concrete connection between travel and outbreak of disease. The second fundamental aspect of quarantining is the existence of a social organization capable of providing the necessary infrastructure for isolation. Specialized facilities are needed and laws must be made and enforced by competent officials. The last fundamental aspect of the development of the quarantine concept is the role of science. After a long process involving better medical knowledge and international negotiations, epidemic control has largely outgrown the early stage involving essentially local control measures. In accordance with the development of these three currents, infected individuals have been branded as curse bearers, possible criminals, and innocent victims of natural contamination. While forced quarantine is no longer practiced, several recent examples of heated debates illustrate that strong emotional feelings are still present in societies threatened by epidemic disease outbreak. Since the major responsibility for disease control now rests in their hands, physicians must take these factors into account for management of possible future epidemic crises.

KEY WORDS • Quarantine - Plague - Cholera - Yellow fever - Europe - Middle Ages - Patent - Lazaret.

Med. Trop. • 1998 • 58 • 145-205

Face à une menace vitale, quelle qu'en soit la nature, les sociétés se tétanisent autour de leurs valeurs essentielles et affichent de manière caricaturale la trame des pouvoirs en place tout en appliquant les mesures pratiques que leur compétence technologique autorise. Assiégé par les pestes (*pestis* = le fléau, dont le sens étymologique correspond, sans spécificité étiologique, à une maladie atteignant un grand nombre de personnes et entraînant une mortalité importante et brutale), l'Occident médiéval va, pour se protéger, inventer le système médico-administratif des quarantaines qui persistera plus de 500 ans.

- Travail du Laboratoire d'Anthropologie (B.M., Habilité à Diriger les Recherches ; Spécialiste du SSA), Université de la Méditerranée et du Service de Pathologie Infectieuse et Tropicale (J-L.P., Professeur Agrégé du SSA, Chef de Service) de l'Hôpital d'Instruction des Armées Laveran, Marseille, France.
- Correspondance : B. MAFART, HIA Laveran, 13998 Marseille-Armées, France. Fax : 04 91 61 70 03 - e-mail : Bmafart@aol.com •

L'Europe n'a pas été plus frappée par les épidémies que le Moyen-Orient ou l'Asie, cependant ces fléaux y ont rencontré une spécificité culturelle qui va autoriser une phénoménale entreprise d'organisation des sociétés à leur rencontre. En effet, une constatation va immédiatement frapper les esprits : au sein de la pire hécatombe, certains sont épargnés. Ce fait est capital car il rejoint une valeur fondatrice de la civilisation occidentale que les creusets successifs d'Athènes, de Rome puis du Christianisme sont en train de façonner : l'homme livre un combat individuel avec le Destin. Il peut donc prétendre à son propre salut et prétendre aussi s'en donner les moyens. La possibilité d'une échappatoire justifie d'ailleurs deux réactions élémentaires qui vont perdurer au long de toutes les rééditions épidémiques partout en Europe : la fuite et les prières.



Figure 1 - Statuette de Saint Roch. Le saint découvre sa cuisse gauche pour montrer un bubon.

• *La fuite* - Le principe du salut par la fuite physique, puissant facteur de propagation des épidémies en réalité, fut appliqué par tous et de tout temps. Même les rois de France durent fuir (François Ier en 1518, Henry IV en 1606) face à un mal qui décimait riches et pauvres, nobles et manants. Lors des épidémies de fièvre jaune en Espagne au début du XIX^e siècle, lorsque le choléra se répandit en France à partir de 1832, des villes entières se vidèrent de leurs habitants (cf «Le hussard sur le toit» de Giono). D'autres optaient pour une fuite intra-muros par auto-enfermement dans leurs maisons en refusant tout contact.

• *Les prières* - Lorsque au VI^e siècle la peste frappa Rome assiégée par les Lombards, le pape Grégoire ordonna une procession pour invoquer La Vierge qui restera, au cours des siècles, la principale destinataire des prières. Des saints thaumaturges furent très tôt invoqués. La peste étant considérée comme une punition que Dieu envoyait, comme des flèches, aux hommes pécheurs, on implora Saint Sébastien, célèbre pour sa résistance à ces projectiles lors de son martyre au III^e siècle. Plus tard, Saint Roch (Fig. 1), parti de Montpellier soigner les pestiférés en Italie et qui survécut à la maladie, devint l'intercesseur principal, seul saint spécifiquement attaché à la peste et traditionnellement représenté

montrant du doigt un bubon saignant sur la cuisse. Il existait de nombreux autres saints thaumaturges d'envergure régionale tels Saint Adrien, Saint Pons ou saint Marcoul. Forme collective de sollicitation teintée d'hystérie, la danse de Saint Guy apparut en 1349. Dès le XV^e siècle, plus radicalement, des mystiques prônèrent la rédemption et la guérison par la souffrance physique. Des groupes de chrétiens, les confréries de flagellants, se mortifiaient ainsi en procession tout en implorant Dieu.

Ces comportements, étrangers à l'Islam comme à la Chine ancienne, même s'ils sont illusoire, inappropriés voire «débordants», témoignent cependant d'un état d'esprit dont la dynamique va conduire à l'invention des quarantaines par l'Occident médiéval. Indépendamment d'un découpage chronologique strict, le concept de quarantaine paraît s'être élaboré à partir de trois composantes fondamentales qui sont 1) la personnalisation du fléau, 2) l'affirmation de pouvoirs institutionnels par le cloisonnement sanitaire et 3) l'appropriation scientifique.

LE TREPIED CONCEPTUEL DES QUARANTAINES

La personnalisation du fléau.

Négatif de l'état d'une possible préservation par une mise à distance physique ou, surtout, à la faveur de la clémence divine plus ou moins chèrement acquise, celui de malade fait de la victime un complice objectif du Mal. Cible forcément coupable de la punition céleste, son voisinage constitue une menace de souillure funeste autant pour l'âme que pour le corps.

L'étranger, celui qui n'a pas les mêmes mœurs, les mêmes coutumes et les mêmes croyances, se pose donc en suspect idéal. Le déroulement de chaque épidémie sera inmanquablement le théâtre de déchaînements haineux à l'égard d'individus, de communautés, voire de nations entières, déchaînements dans lesquels la maladie arrivera à n'être plus qu'un prétexte lors de règlements de compte d'obédiences diverses.

Le besoin de matérialiser la cause du mal sous la forme d'une action criminelle conduisit au mythe des «semeurs de peste» dispersant des onguents à base de graisse de morts (les «engraisseeurs») ou empoisonnant les fontaines. A Genève, entre 1530 et 1615, 80 «bouteurs de peste» furent exécutés. En 1842, à Paris, la troupe dut protéger un passant soupçonné de transporter du pain empoisonné. Des professions entières, comme les parfumeurs en Savoie et en Suisse, furent accusées. Les mendiants étaient jetés hors les murs à Paris, enfermés sur des navires mouillant au large de Toulon.

Les juifs payèrent un lourd tribut à ce besoin d'exorcisme social. Des milliers d'entre eux furent massacrés et leurs biens confisqués à Toulon, en Alsace et en Allemagne au moyen âge. Des pogroms furent organisés en Russie lors des épidémies de choléra du XIX^e siècle. L'étranger de passage ou l'immigré étaient toujours suspects. En 1837, un col-

porteur français fut tué en Italie pour y avoir «apporté le choléra». La peste était «du Levant» et la fièvre jaune espagnole pour les Français ; le choléra était bourbonnais pour les Siciliens, russe pour les Allemands, turc pour les Autrichiens.

Ce fantasme collectif stigmatise cependant l'attention portée aux mouvements de populations et rend l'Occident du XIV^e siècle particulièrement apte à saisir ce danger «venu de la mer» à l'occasion, exemplaire, de l'épisode des galères de Kaffa. Un soir d'octobre 1347, des galères vénitiennes fuyant Kaffa, comptoir de Mer Noire assiégé par les Tartares, se présentèrent à l'entrée du port de Messine. Après deux semaines de navigation, les morts à bord se comptaient par dizaines. Les vaisseaux furent refoulés par les autorités locales après une brève escale mais, quelques heures après leur passage, les premières victimes tombent parmi les habitants du port. La panique s'empara alors de la population qui déserta la ville, concourant à disséminer la maladie à Catane, Naples, Rome, Sienne et Florence. Aux formes pneumoniques qui semblent avoir prédominé en Sicile, s'adjoignirent au début de 1348, en Toscane, les formes buboniques et hémorragiques qui signèrent la peste pour tous. D'Italie, la maladie conquiert toute l'Europe qui perdit le tiers de sa population (environ 26 millions de morts) jusqu'à 1356, date de la fin de cette pandémie appelée la «Mort Noire».

Les voies maritimes tissent alors les réseaux de la prospérité entre des comptoirs excentrés et les cités portuaires de la Méditerranée occidentale qui les commanditent. Mises en péril dans leur substance autant que dans le flux nourricier assurant leur puissance, elles vont riposter de toute leur ingénieuse et pragmatique autorité en se donnant les moyens d'un cloisonnement sélectif qui va inaugurer les expressions concrètes des quarantaines. Dans un règlement du 27 juillet 1377, le Conseil de la République de Raguse (l'actuelle Dubrovnik) imposa à tout navire arrivant d'un lieu infecté de passer un mois dans l'île de Mercano avant de pénétrer dans le port. Quelques semaines plus tard, Venise adopta une mesure comparable et porta à quarante jours la durée d'isolement des vaisseaux suspects : la quarantaine était née.

Le cloisonnement sanitaire institutionnel.

Qu'on se place à l'échelle de cités ou d'empires, les quarantaines sont inconcevables en l'absence d'institutions fortes régissant un corps social bien structuré. Expressions sanitaires d'un pouvoir politique qui se conforte en accentuant le contrôle de la circulation des personnes et des biens, elles vont en manifester la puissance et l'autonomie. La construction d'édifices spécifiques, la mobilisation de représentants officiels chargés d'appliquer une réglementation précise seront les marques ostensibles de cette emprise.

Les instruments de la quarantaine.

• *Les édifices* - Le premier site vénitien d'isolement fut nommé «le Lazaret». Pour certains, il s'agirait de la déformation du nom de l'îlot Santa Maria di Nazaret choisi par le Sénat en 1423 pour y créer le premier lieu d'isolement offi-

ciel. Pour d'autres, il s'agit d'une allusion au Lazare de la Bible, ce lépreux assis devant la maison du mauvais riche et guéri par Jésus (Saint Luc). Passage obligé de tous les navires, les malades éventuels y étaient enfermés. Un second hôpital vénitien sera fondé en 1468 à la Vigna Murata. Tous les grands ports méditerranéens (Gènes en 1467, Marseille en 1526) se dotèrent à leur tour de lazarets isolés à l'architecture proche de celle des prisons, garantissant la séparation physique entre les sujets suspects ou malades et le personnel. La présence d'un lazaret fut un facteur conditionnant pour les échanges commerciaux. Ainsi, les points d'entrée en France furent limités aux ports équipés de ces structures sanitaires (en 1622, Marseille et Toulon pour les navires venant des pays musulmans et en 1669, Marseille exclusivement pour les navires venant du Levant). Le trafic international se réduisit donc à quelques ports agréés. Pour juguler la progression terrestre du mal, des cordons sanitaires furent dressés, matérialisés par des «murs». Il en fut ainsi du mur de la peste en Provence lors de l'épidémie de 1720 mais le modèle le plus achevé reste celui réalisé en 1770 par l'Empire Austro-Hongrois, menacé du fait de sa longue frontière avec l'Empire Ottoman.

• *Les personnels* - Le Sénat vénitien vota le 7 janvier 1486, l'élection pour un an de trois nobles avec le titre de «Provéditeurs de la Santé». Dès 1490, ils intervinrent sur tous les fronts de la lutte contre la peste en réglementant la vie de la cité : organisation des quarantaines et des lazarets où furent envoyés par la force toutes les victimes, répression des non-dénonciations de morts ou de malades, hygiène urbaine, procédures d'ensevelissement des cadavres. Ils établirent un suivi épidémiologique de la peste en Méditerranée et au-delà (Allemagne), donnèrent des consignes impératives aux commandants de navires vénitiens afin d'éviter tel port suspect et interdirent à leurs compatriotes de se rendre dans les villes en proie à une épidémie.

Plus tard, dans toutes les villes portuaires importantes, apparurent des «consuls», représentants officiels des états avec lesquelles la cité commerçait, et dont les fonctions se concentraient sur la surveillance sanitaire des équipages et des marchandises de leurs ressortissants.

Les missions de contrôle les plus radicales furent confiées aux armées dont les uniformes et les bannières affichaient l'individualité de chaque Etat. Colbert et ses régiments réussirent à contenir en 1668 une épidémie de peste venant des Pays-Bas et qui avait déjà atteint la Picardie. La militarisation de la surveillance sanitaire de la frontière austro-ottomane permit une réduction du nombre d'années de peste que connut l'Empire Austro-Hongrois de 15 entre 1716 et 1770 à 5 entre 1771 et 1845. Ces dispositifs, mêlant intérêt sanitaire et volonté de contrôle territorial, exacerbèrent les rivalités nationales aux frontières ou autorisaient une réduction des autonomies régionales comme celle du Parlement de Provence en 1720.

• *Les règlements sanitaires des quarantaines.*

* *La durée* : plusieurs explications sont proposées pour expliquer le choix initial d'un isolement couvrant quarante jours. Dans la Bible, référence obligée du monde médié-



Figure 2 - Condamnation à mort prononcée par le Parlement de Provence en 1774 pour une infraction à la législation des quarantaines. Document Archive de la Ville de Marseille.

val, des durées, d'ailleurs inégales, ne sont précisées que pour la lèpre et l'éléphantiasis (probablement la lèpre lépromateuse). Ce délai de quarante jours correspond à un symbolisme judéo-chrétien relié aux rites de purification et d'expiation. C'est aussi, et peut-être surtout, la séparation entre maladies aiguës et chroniques dans la théorie hippocratique des jours critiques.

* *Les patentes* : elles furent conçues pour adapter les mesures sanitaires à la situation médicale des ports de provenance afin de limiter l'entrave aux échanges commerciaux. La patente, premier document médico-administratif sanitaire, était un formulaire rempli dans chaque port d'escale par le consul. A l'arrivée dans un port, les commandants de navires se présentaient à un bureau, « la consigne », dont on ne s'approchait initialement que par voie de mer, pour tendre à « l'échelle », sans contact physique direct, la patente établie à l'escale précédente. Elle était « nette » s'il n'y avait pas eu de peste dans le port et ses environs ; « soupçonnée » ou « touchée » en cas de rumeur de maladie dans les villages et ports voisins ou quand ce port était en relation avec une région infectée ; « brute » lorsque le port de départ ou ses alentours étaient en proie à une épidémie, qu'il y avait eu des morts suspects à bord, que le navire avait eu en mer un contact suspect avec un autre bâtiment. La situation des passagers était examinée individuellement, certaines professions (négociants en tissus) ou nationalités (turcs, pèlerins musulmans) étant automatiquement suspects. Les biens étaient classés en « susceptibles » de transmettre la peste (textiles, laines, fourrures) ou « non-susceptibles » (droguerie, cires, denrées alimentaires, métaux). Ceci conduisit, avec des variantes locales, à la détermination d'une durée sélective de mise en quarantaine pour

chaque élément de la cargaison. La quarantaine n'est alors plus une référence de durée mais un terme générique. Les cordons sanitaires terrestres suivaient un modèle proche avec un système de billet de santé individuel pour les voyageurs.

* *Les nationalisations des mesures* : la responsabilité de l'organisation de ces mesures fut transférée, à la fin du XVII^e siècle, des autorités locales aux états, ce qui entraîna une plus grande homogénéité et, souvent, un durcissement. En France, la loi du 3 mars 1822, votée au moment de l'épidémie de Barcelone attribuée à la fièvre jaune, donnait aux autorités sanitaires des armes coercitives terribles. Les amendes étaient lourdes : la prison, les travaux forcés, la peine de mort menaçaient ceux qui passaient outre aux consignes de quarantaine (Fig. 2).

La contestation et le doute.

Ce système sécuritaire à prétention hermétique sera toujours contourné par des fraudeurs. Des compromissions d'élus, comme durant la peste de Marseille de 1720, des débarquements clandestins d'hommes et de marchandises comme pour la peste de Toulon en 1720 ou de fausses déclarations comme celle de Napoléon au retour d'Egypte, étaient fréquents.

Sa lourdeur pénalise fortement l'économie. Déclarer un port contaminé conduisait à geler son commerce car les navires évitaient les escales suspectes, d'où la fréquence des dissimulations initiales par les autorités, même à Marseille en 1903 devant quelques cas de peste. Des « aménagements » furent envisagés très tôt mais ils conduisirent à des disparités locales arbitraires (Tableau I). La généralisation des navires à vapeur fut un élément déterminant. Il n'était plus tolérable de limiter autant la navigation marchande en bloquant dans les ports des bâtiments suspects pour une durée plus longue que celle des traversées (en 1830, Marseille-Alexandrie : 6 jours et quarantaine : 12 jours). Les pays modifièrent donc, sans concertation et selon leurs intérêts économiques propres, les modalités de quarantaine. Le gouvernement anglais la remplaça en 1841 par une brève mise en observation et l'Autriche réduisit, à la même période, la durée des quarantaines terrestres. La plupart des ports méditerranéens suivirent ce mouvement (à Trieste : patente brute pour les passagers : 28 jours en 1834, 20 jours en 1844, 14 jours en 1852). Le gouvernement français mit en « libre pratique », donc sans contrôle, les navires venant de Grèce, du Maroc et des îles ioniennes en 1846, malgré l'opposition du Bureau de Santé de Marseille, d'ailleurs supprimé en 1850. Il atténua la rigueur des sanctions en cas de manquement aux consignes sanitaires par les lois des 26 septembre 1851, 7 juin 1853 et 7 septembre 1863.

Tableau I - Nombre de jours de quarantaine selon le type de patente des passagers et des marchandises susceptibles des navires à Marseille et Venise au XVIII^e siècle.

	Patente des passagers			Patente des marchandises		
	nette	soupçonnée	brute	nette	soupçonnée	brute
Marseille	14-18	25	32-35	30-38	35-40	40-60
Venise	14	28	28	21	32	40



Figure 3 - Vue aérienne de l'hôpital-lazaret Caroline sur les îles du Frioul au large de Marseille.

Enfin, le système des quarantaines se révéla inopérant devant la modification du faciès épidémique. L'apparition du choléra au mode de transmission hydrique obligea les gouvernements à remettre en cause les mesures sanitaires quaranténaires et à les adapter aux conditions modernes. La maturité naissante des grands Etats du XIX^e siècle autorisa l'apparition des premières réunions internationales ayant cet objectif.

Les premières conférences internationales.

En 1834, le secrétaire du Conseil Supérieur de la Santé en France effectua, à la demande du ministre du Commerce, une enquête sur les différents régimes sanitaires en Méditerranée et suggéra la tenue d'une réunion internationale qui ne put avoir lieu qu'en 1851 à Paris. Cette assemblée, composée uniquement de diplomates, proposa un premier code sanitaire international uniformisant les modalités de quarantaine pour trois maladies : peste, choléra et fièvre jaune, mais seuls la France, le Portugal et la Sardaigne le contresignèrent. La création de conseils sanitaires à Constantinople en 1839, en Egypte en 1843, au Maroc en 1840 et à Téhéran en 1867, permit des ébauches de collaborations avec les autorités de ces pays. Cependant, une nouvelle conférence se réunit sans succès en 1859. En 1865, le Portugal et la Sardaigne dénoncèrent même le dispositif précédemment adopté.

La première tentative de règlement sanitaire international avait échoué mais la nécessité d'actualiser et d'homogénéiser les contrôles était une évidence pour tous. Initialement monopolisées par les diplomates, ces conférences accorderont une place grandissante aux médecins, intégrant progressivement un discours scientifique de plus en plus pertinent.

L'appropriation scientifique.

Si des constatations ponctuelles, aboutissant à des recettes le plus souvent inopérantes mais qui parfois frappent par une surprenante perspicacité, ont dès le début accompagné la marche des fléaux épidémiques, c'est tardivement que le débat scientifique a investi le champ des quarantaines, aboutissant néanmoins à une transformation radicale.

Les prémices.

La question de l'origine matérielle de la peste ne fut jamais négligée malgré le poids des croyances et des superstitions. En 1348, le roi de France Philippe V convoqua 49 Maîtres de l'Université de Paris pour statuer sur l'origine de la peste : ils conclurent à une conjonction défavorable de planètes entraînant un empoisonnement de l'air et la contamination mortelle de l'humanité.

La notion de peste, impalpable mais de nature néanmoins physique, était admise par les savants du Moyen âge et s'intriquait avec la vieille conception hippocratique des miasmes véhiculés par l'air. Il en découlait la nécessité d'associer aux mesures d'isolement des procédures d'élimination par différents moyens. Le lavage à grande eau, parfois vinaigrée, le séchage au soleil des denrées, étaient imposés et précisément réglementés dans les lazarets. Les fumigations des passagers et des cales de navires, pour illusoire qu'elles étaient, témoignent d'un abord proto-scientifique de la maladie.

Au XIX^e siècle, le débat se cristallisa autour de deux théories totalement incompatibles. D'une part, le contagionisme reconnaissant aux pestes un caractère transmissible direct et indirect justifiant l'existence des lazarets et des quarantaines, et d'autre part l'anti-contagionisme qui, dans une interprétation néo-hippocratique, voyait l'origine du mal dans les miasmes apportés par l'air et piégés dans l'atmosphère des lieux contaminés. On retrouve dans les plans de l'hôpital Caroline de Marseille l'influence conjointe de ces deux théories puisqu'il fut construit de façon à isoler les malades tout en faisant circuler à l'intérieur des salles offertes au vent des courants d'air purificateurs (Fig. 3).

La médicalisation du débat sanitaire.

La quatrième pandémie de choléra justifia une nouvelle conférence internationale qui se tint à Constantinople en 1866. Les délégations de tous les pays européens étaient composées, cette fois, d'un diplomate et d'un médecin. Les quarantaines et la désinfection utilisant le soufre et le chlore, furent officialisées comme moyens de prévention. En 1874, la conférence de Vienne se prononça pour la première fois dans un domaine épidémiologique en déclarant : «*le choléra est une maladie transmissible par l'homme (...) et les effets venant d'un lieu infecté. Il n'est pas prouvé que le choléra est transmis par les aliments mais il est incontestablement transmis par l'eau*», signant la défaite des non-contagionistes. Elle établit que la peste, le choléra et la fièvre jaune devaient être, sous le nom de «maladies quaranténaires», les seules affections pestilentielles justifiant l'application de mesures sanitaires permanentes. Cependant, elle se termina sur un constat d'incompatibilité entre les tenants de mesures quaranténaires coercitives (quarantaines et cordons sanitaires) et les partisans de leur remplacement par une inspection médicale.

Le délégué médical français, Adrien Proust, père de l'écrivain Marcel Proust, proposa sans être suivi, la création d'un organisme sanitaire international permanent qui ne verra le jour qu'en 1907. La France promulgua en 1876, le «règlement général de la police sanitaire maritime» qui modernisa les contrôles des navires en remplaçant une suspicion fondée sur les étapes du trajet maritime par la prise en compte de l'existence ou non de cas de peste, fièvre jaune ou choléra à bord. Les délais d'isolement furent fixés à 10 jours pour la peste, 14 jours pour le choléra, 10 jours pour la fièvre jaune et les méthodes de désinfection furent précisées.



Figure 4 - Caricature xénophobe fustigeant l'attribution à R. Koch de la Légion d'Honneur pour sa découverte du bacille du Choléra.

La découverte des agents pathogènes et des modes de transmission n'eurent qu'une influence retardée sur le système des quarantaines. La conférence de Vienne (1897) prit en compte la découverte du bacille pesteux par Yersin l'année précédente mais le rôle de la puce, démontré par Simond en 1897, ne fut retenu qu'en 1912 à Paris. La responsabilité du vibrion cholérique et le mode de transmission oro-fécal découvert par Koch en 1884 (Fig. 4) ne furent admis par tous qu'à la conférence de 1903 où la France, signe des temps, était représentée par Roux, un pastorien. Le rôle des porteurs asymptomatiques, si important sur le plan épidémiologique, ne fut pas officialisé avant 1912. La responsabilité d'un moustique dans la transmission de la fièvre jaune, démontrée par l'équipe de Reed, fut acceptée avec réticence en 1903, sur l'insistance de Roux, après les résultats spectaculaires obtenus par les désinsectisations que conduisirent les médecins américains du futur C.D.C.. Mais en 1926, on attribua encore la fièvre jaune à *Leptospira icteroides*...

La médicalisation des mesures quaranténaires.

Ces découvertes scientifiques finirent par retentir sur le système même des quarantaines. En 1903, l'appellation «lazarat» fut remplacée par celle de «station sanitaire» alors que les termes de sujets malades, suspects, contacts ou indemnes firent leur apparition. En 1907, on crée un «Office International d'Hygiène Publique», auquel 22 pays s'affi-

lièrent en deux ans. Il établira dès 1910 d'importantes recommandations techniques (lutte contre les rats, désinfection).

En 1926, la variole et le typhus exanthématique furent ajoutés aux trois maladies quaranténaires historiques. En 1928, l'Office rédigea un règlement des quarantaines pour la navigation aérienne qui entrera en vigueur en 1932. A cette époque, plusieurs conférences sur la lutte contre les rats à terre et à bord des navires (*rat proofing*) définirent des méthodes acceptées par tous les pays.

L'Organisation Mondiale de la Santé remplaça cet Office et le terme de «maladies quaranténaires» disparut au profit de «maladies régies par le règlement sanitaire international» : peste, choléra et fièvre jaune (la variole sera éliminée du globe par la vaccination) et par des «maladies sous surveillance» (typhus à poux, grippe, poliomyélite, fièvre récurrente à poux et paludisme). Ce schéma a été maintenu presque inchangé depuis lors.

Les Quarantaines terminaient là une histoire longue de 569 années de lutte coercitive contre les maladies épidémiques pestilentielles. Le système concret des quarantaines ne persiste plus que pour les animaux dans les pays anglo-saxons. Cependant, le terme de patentes subsiste encore dans les règlements sanitaires maritimes ; des bâtiments, des noms de rue et des expressions («être mis en quarantaine» «être traité comme un pestiféré»), témoignent toujours de la place majeure tenue par ce système sanitaire dans notre Histoire.

CONCLUSION

Les trois racines essentielles du concept de quarantaine confèrent chacune à l'infecté un statut particulier d'où se déduisent les mesures que la société prendra à son égard. Dans une perspective magico-religieuse, c'est un maudit désigné qu'il faut fuir sinon supprimer. Le salut passe par la purification et l'espoir réside dans les intercessions thaumaturges. Quand les institutions civiles s'affirment par des procédures de cloisonnement administratif, c'est un délinquant potentiel qui doit être au moins provisoirement interdit de séjour. Enfin, l'acquis scientifique permet d'en faire un contaminé naturel éventuellement justiciable d'un isolement médicalisé.

Matérialisée, la quarantaine est donc toujours un processus de ségrégation. Au cours du temps, sa cible paraît glisser de l'âme vers le corps, puis du corps vers le germe. De nos jours, ce sont bien en effet les produits de prélèvement qui font l'objet d'un cloisonnement biologique draconien dans leur transport ou pour leur traitement dans des laboratoires sécurisés. En fait, les trois ressorts essentiels du concept restent simultanément vivaces. Nés dans l'espace culturel particulier de l'Europe médiévale, ils procèdent d'une réaction de la collectivité face aux épidémies qui prend une valeur universelle avec la mondialisation stéréotypée des modes de vie.

Ainsi en témoignent les phénomènes observés lors de la peste indienne de 1994 ou des bouffées récentes d'Ebola en Afrique.

L'explosion de terreur que peut déclencher l'apparition brutale d'une épidémie constitue un péril majeur pour toutes les sociétés organisées. En 1883, le Dr de Pietra-Santa mettait en garde les gouvernants contre la «barbarie» de certaines mesures quaranténaires qui risquaient en définitive de majorer la panique des populations. Aujourd'hui, si les quarantaines ont disparu au profit du règlement sanitaire international, nous savons que les capacités d'émergence et de réémergence des agents infectieux nous exposent théoriquement à des rééditions voire à des inédits épidémiques. Or, les médecins seraient dorénavant les acteurs essentiels de la gestion de ces hypothétiques crises. Dans ce domaine, sur une planète où les germes et l'information circulent de plus en plus vite, ils ne doivent pas ignorer les résonances fantastiques que pourraient encore réveiller leur discours scientifique.

REFERENCES

- GRMEK M.D. et Coll. - Histoire de la pensée médicale en Occident. Tome 1 : Antiquité et Moyen Age. Tome 2 : de la Renaissance aux Lumières, Seuil édit, Paris, 1996, 382 et 376 p.
- BIRABEN J.N. - Les hommes et la peste en France et dans les pays méditerranéens, 2 tomes, Paris, 1975-1976.
- PANZAC D. - Quarantaines et lazarets. L'Europe et la peste d'Orient (XVII^e-XX^e siècles). Edisud ed., Aix-en-Provence, 1986, 219 p.
- CROUZET-PAYAN E. - Espaces urbains, pouvoir et société à Venise à la fin du moyen âge. Thèse de doctorat d'Etat, Université de Paris I, Panthéon-Sorbonne, 1992, 2 tomes, 1094 p.
- BLANC F., BLANC F.P., BLANC B. - Histoire des maladies exotiques. In «ALBIN MICHEL, LAFFONT, TCHOU - Histoire de la Médecine, de la Pharmacie, de l'Art dentaire et de l'Art vétérinaire». Société Française d'Editions Professionnelles, Médicale et Scientifiques ed., Paris, 1980, Tome 7, pp 217-255.
- ROUX P.M. - Coup d'œil sur la fièvre jaune et sur diverses mesures sanitaires auxquelles elle a donné lieu, à Marseille, pendant les mois de septembre et octobre 1821. Guion ed., Marseille, 1822, 36 p.
- MAFART B., MORILLON M. - Les épidémies à Marseille au XIX^e siècle. *Bull. Mem. Soc. Anthropol. Paris*, (à paraître).
- AMAUDRIC G. - La lutte contre les épidémies à Marseille, recherche historique sur le rôle et la mission des médecins au sein du système sanitaire. Thèse Doctorat d'Etat en Médecine, Marseille, 1988, n°63, 131 p.
- BEER H., DOROLLE P., HOWARD-JONES N. - Histoire des Institutions Médicales Internationales. In «ALBIN MICHEL, LAFFONT, TCHOU - Histoire de la Médecine, de la Pharmacie, de l'Art dentaire et de l'Art vétérinaire». Société Française d'Editions Professionnelles, Médicale et Scientifiques ed., Paris, 1980, Tome 7, pp 327-341.
- ANONYME - Conférence sanitaire internationale de Vienne, 1874.
- ANONYME - Conférence sanitaire internationale de Dresde, 1893.
- PROUST A. - La défense de l'Europe contre la peste. Masson ed, Paris 1897, 449 p.
- BROSSOLET J., MOLLARET H.H. - Pourquoi la peste ? Le rat, la puce et le bubon. Gallimard ed, Paris 1994, 160p.
- DELAPORTE F. - Le savoir de la maladie. Essai sur le choléra de 1832 à Paris. PUF ed, Paris, 195p.