



HAL
open science

Approche historique de la lutte contre les épidémies et les pandémies par les “ pouvoirs publics ”

François Vialla

► **To cite this version:**

François Vialla. Approche historique de la lutte contre les épidémies et les pandémies par les “ pouvoirs publics ”. Médecine & Droit, 2020, 2020, pp.81 - 87. 10.1016/j.meddro.2020.04.002 . hal-03492462

HAL Id: hal-03492462

<https://hal.science/hal-03492462>

Submitted on 30 Aug 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Santé publique

Approche historique de la lutte contre les épidémies et les pandémies par les « pouvoirs publics »☆

Epidemic risk and health law (historical insights)

François Vialla

f.vialla@gmail.com; www.droitetsante.fr

Centre européen d'études et de recherche droit et santé, université de Montpellier, UMR 5815, 163,
rue Auguste-Broussonnet, 34090 Montpellier, France

☆Le présent article est issu d'une conférence prononcée en 2015, il n'a aucunement la prétention d'être exhaustif. Notre ambition est plus modeste : il s'agit de constater que les questions qui se posent aujourd'hui, et que nous pensions d'un autre âge, méritent que nous nous penchions sur les enseignements de l'histoire.

Résumé

Omniprésent dans l'histoire de l'humanité, le risque épidémique semblait nous épargner et nous l'avions remisé dans les oubliettes de la pensée médicale et du droit de la santé. Les alertes des dernières années n'ont pas été suffisantes pour réveiller les consciences et nous voilà désemparés face à un fléau inconnu. Une plongée dans l'histoire nous permet, sans autre prétention, de nous remémorer les grandes étapes de la lutte contre les épidémies.

Abstract

Omnipresent in the history of humanity, the epidemic risk seemed to spare us, we stored it in the history of medical thought and health law. The alerts of the past few years have not been enough to raise awareness, we are helpless in the face of an unknown scourge. A dive into history allows us, without further pretension, to recall the major stages in the fight against epidemics and pandemic.

Mots clés

Épidémie (lois sanitaires)

Keywords

Epidemic (sanitary laws)

*Dira lues quondam Latias uitiauerat auras
pallidaque exsanguisqualebant corpora morbo.*

*Funeribus fessi postquam mortalia cernunt
temptamenta nihil, nihil artes posse medentum,
auxilium caeleste petunt mediamque tenentes
orbis humum Delphos adeunt, oracula Phoebi,
utque salutifera miseris succurrere rebus
sorte uelit tantaeque urbis mala finiat, orant.[...]
« Quod petis hinc, propiore loco, Romane, petisses,
et pete nunc propiore loco nec Apolline uobis,
qui minuat luctus, opus est, sed Apolline nato »¹.*

Les vers d'Ovide nous rappellent que, tout au long de l'histoire de l'humanité, des maladies ont surgi de façon imprévisible mais récurrente. Assurément, les hommes s'accoutumeront longtemps, faute de solution, aux maladies endémiques. Mais plus que tout la résurgence, inattendue, de terribles fléaux, peste ², lèpre, ergotisme, syphilis [2], dysenteries, variole, etc. est redoutée, dont les impacts sur la vie sociale, économique, politique sont dramatiques et menacent l'existence même de l'individu et de la collectivité ³.

Rappelons liminairement quelques éléments terminologiques et étymologiques [5-7] : ἐνδημία ⁴, ἐπιδημία ⁵, πανδημία ⁶.

¹ *Jadis une horrible contagion avait infecté l'air du Latium et les corps exsangues, décolorés par la maladie, offraient un aspect hideux ? Lorsque découragés par le nombre des funérailles, les Romains voient que les efforts des hommes de l'art des médecins sont impuissants, ils implorent l'assistance du ciel ; ils envoient consulter à Delphes, centre du monde, l'oracle de Phébus ; ils supplient le dieu de les secourir dans leur détresse par une réponse salutaire et de mettre fin aux maux d'une si grande ville. [...] « Ce que tu viens chercher, ici Romain, tu aurais dû l'aller chercher dans un autre lieu plus rapproché. Pour diminuer le nombre de vos deuils vous avez besoin, non pas d'Apollon, mais du fils d'Apollon. Partez sous d'heureux auspices et faites venir chez vous celui que j'ai engendré » [1].*

² Voir : La tragédie de Sophocle, Œdipe roi (Οιδίπους τύραννος/Oidípous tûrannos, Œdipus rex).

³ Boccace, Il Decameron (δέκα/ἡμέρα ; 1343–1349, traduit de l'italien par G. Clerico, préface de P. Laurens p. 47 : 1^{re} journée : *Combien de vaillants hommes, que de belles dames, combien de gracieux jouvenceaux, que non seulement n'importe qui, mais Galien, Hippocrate ou Esculape auraient jugés en parfaite santé, dînèrent le matin avec leurs parents, compagnons et amis, et le soir venu soupèrent en l'autre monde avec leurs trépassés.* [3] ; Jean de La Fontaine. Les animaux malades de la peste : *Un mal qui répand la terreur,/ Mal que le Ciel en sa fureur/ Inventa pour punir les crimes de la terre,/ La Peste (puisqu'il faut l'appeler par son nom)/ Capable d'enrichir en un jour l'Achéron,/ Faisait aux animaux la guerre./ Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés [...]* [4].

⁴ *endēmía* qui en français donne « endémie ».

On parle d'endémie au sens d'une « persistance, dans une région ou une collectivité, d'une maladie infectieuse, sur un mode soit permanent, soit périodique »⁷.

L'épidémie, quant à elle, est ainsi définie : *Extension transitoire à une population, d'une maladie infectieuse à transmission interhumaine*⁸. Forgé par l'association de $\pi\tilde{\alpha}\nu$ ⁹ et de $\delta\tilde{\eta}\mu\omicron\zeta$ ¹⁰, le terme pandémie signifie : *Épidémie qui frappe de nombreux pays ou le monde entier ou qui atteint la plupart des individus d'un même pays*¹¹.

Ainsi, la pandémie serait une épidémie de grande ampleur, dont la présence est attestée sur une très large zone géographique. Pandémie serait en quelque sorte un superlatif du terme épidémie¹².

Dans un monde aux échanges lents et limités, la diffusion des épidémies s'inscrit dans un espace-temps qui la rend, sinon moins redoutable, du moins, peut-être, moins redoutée faute, notamment, d'informations. Vienne le monde à changer, viennent les échanges à croître et se multiplier, de région à région, de pays à pays, voire de continent à continent, alors l'horizon humain s'étend au-delà de ses frontières habituelles et, rançon de l'évolution, la propagation des épidémies en est facilitée et le risque d'épidémique devient pandémique. Et les peurs de s'accroître en proportion.

Ce développement des échanges est notable en temps de paix, voyages et pèlerinages¹³, rythment alors la vie commerciale et spirituelle. Mais la guerre est aussi en cause avec son cortège d'invasions, d'exodes et de déplacements de populations. Plus encore, il apparaît certain que la maladie fut, très tôt dans l'humanité, utilisée comme une « arme biologique » avant l'heure [11,12]. On rapporte, notamment que le bacille *Francisella tularensis*, connu dans la région de la ville phénicienne de Zemar, était responsable d'épizooties mortelles pour les troupeaux. Les humains étaient aussi exposés, ce bacille attaquant la peau et les tissus. Aux alentours de 1350, dans leur fuite devant les armées Arzawas, les troupes Hittites auraient abandonné des animaux atteints de ce mal, et contaminés par ce moyen les puits, points de passage indispensables pour l'envahisseur.

⁵ *epidēmia* qui en français donne « épidémie ».

⁶ *pandēmia* qui en français donne pandémie.

⁷ Voir : endémie, « Étym. gr. *endēmos* : qui reste dans son pays » [8].

⁸ Voir : épidémie, « L'épidémie s'oppose à l'anadémie dans laquelle la contamination humaine se fait à partir d'un réservoir animal de germes ». [8].

⁹ *pān* : « tous ».

¹⁰ *dēmos* : « peuple ».

¹¹ Voir : pandémie [8].

¹² Voir : C. Nordmann, La revue des deux mondes, novembre 1918, Évolution et bactériologie de la « grippe espagnole » : *Actuelle est peu dire, car, en réalité, voilà un bon semestre que cette épidémie, ou plutôt cette pandémie, — les médecins ont de ces superlatifs, — sévit sur l'Europe. Depuis quelque temps, on l'a signalée aussi aux Indes, au Japon, en Afrique du Sud et dans les deux Amériques, et il semble que notre petit globe tout entier soit envahi par cette maladie* [9].

¹³ Pèlerinages, pacifiques ou guerriers, ont été des vecteurs évidents de propagation des pandémies ; *Perigrinor* signifie « voyager à l'étranger », *Peregrinus* signifie « l'étranger » [10].

En 1346, en Crimée, sur les bords de la Mer Noire, les troupes mongoles de la Horde d'Or furent décimées par la peste au cours du siège du comptoir génois de Caffa. Ravagée l'armée tatare, sur ordre du commandant Mongol, expédia les corps de ses défunts à l'aide des machines de siège, diffusant ainsi l'épidémie dans la ville assiégée. Les rescapés génois reprirent les routes commerciales et, outre les marchandises du Levant, apportèrent le bacille sur les quais des ports de Sicile et d'Italie. Ce fut le début de la Grande Peste de 1347 qui en dix années conduisit à une chute effarante de la population européenne [5,7,12].

Mais là ne s'arrête pas l'histoire. Ainsi, un médecin italien, Cesalpino, nous révéla-t-il qu'au cours des guerres d'Italie des soldats espagnols auraient contaminé du vin avec du sang de lépreux, afin que les soldats français soient à leur tour atteints du terrible mal [11].

Rappelons, encore, qu'à l'occasion de la conquête des Indes (de l'Amérique) la variole fit des ravages bien plus « efficaces » que les armes à feu des conquistadores chez les peuples précolombiens. Plus tard encore, en 1764, à l'occasion du siège de Fort Pitt (ex-Fort-Duquesne), des nouvelles inquiétantes parvinrent à Jeffery Amherst, officier britannique. Le harcèlement de plusieurs tribus, les Delaware et les Ottawas notamment, réduisit les assiégés aux dernières extrémités et ce d'autant plus que ces derniers étaient victimes de la variole qui décimait les troupes. La correspondance entre officiers est édifiante. Jeffery Amherst écrivit au commandant de l'armée de secours : *Vous feriez bien d'essayer d'infecter les Indiens avec des couvertures, ou par toute autre méthode visant à exterminer cette race exécrationnelle* (sic) [12]. Et le colonel Henri Bouquet ¹⁴ de répondre : *J'essaierai d'infecter ces salauds* (sic) *avec les couvertures qui pourraient tomber entre mes mains en faisant attention à ne pas contracter la maladie moi-même* [11,13]. Rappelons, encore, que de 1940 à 1944, les bombardements de l'aviation japonaise répandirent la peste sur plusieurs villes chinoises, au moyen de bombes à fragmentation ou en porcelaine remplies de bacilles et en larguant tout à la fois des puces infectées et du riz destiné à attirer les rongeurs [11].

Face aux pandémies, la science médicale, longtemps plongée dans l'obscurantisme ¹⁵, s'est révélée cruellement inefficace. La notion même de maladie contagieuse peina à émerger. Au XVI^e siècle, Fasciataro ¹⁶ entrevit la « notion » dans ses travaux consacrés à la peste et la syphilis ¹⁷ [5,7,15,16].

¹⁴ Un Suisse au service de la couronne britannique.

¹⁵ *Pour Arnaud de Villeneuve, célèbre médecin de la fin du XIII^e siècle, on devient lépreux par l'usage immodéré d'aliments mélancoliques ou flegmatiques, de viande d'âne, de bœufs ou de vaches, de viandes de porc malsaines et autres semblables viandes impures, aussi par un abus de mets aillés et poivrés, un usage immodéré de vin pur [...] plus tard, le même type de prescriptions est toujours en vigueur ; ainsi Ambroise Paré, en 1560, dans son Traité de la peste, de la petite vérole et de la rougeole, écrit qu'après avoir bu du vin corrompu, des eaux putrides, mangé de méchantes viandes, on peut prendre la peste* [14].

¹⁶ Hieronymus Frascatorius : 1546 de *contagione et contagiosis morbis et cuatione*, De la contagion et des maladies infectieuses.

¹⁷ A. Lecas souligne cependant que [...] *le premier auteur à avoir étudié le mécanisme de la contagion est Ali Ibn Khatima, à propos de l'épidémie qui toucha Almeria, en Espagne musulmane, en 1348–1349. Selon lui le*

Pour autant ses écrits restèrent sans véritable impact ¹⁸. C'est à la syphilis, en effet, que l'on doit cette notable évolution de la connaissance : *Il fallut pour qu'elle apparaisse dans la pensée médicale une nouvelle épidémie d'un mal qui de toute évidence se transmettait par un certain contact. Cette affection nouvelle, dont l'italien Nicolo Leoniceno a fait la première description clinique sous le nom de morbus gallicus, se propagea dans la seconde moitié du XV^e siècle. À Paris, où on l'appelait « le mal de Naples », la peine de mort fut décidée pour les malades qui ne quitteraient pas la capitale* [5]. *Morbus gallicus*, Mal de Naples, et aujourd'hui grippe chinoise ou de Wuhan selon l'appellation twittée par le président Trump, ... l'étranger est toujours le responsable voire le bouc, ou le baudet, émissaire ¹⁹ [4,17].

Longtemps, la lutte contre les épidémies demeura dispersée et cantonnée dans l'action des autorités municipales et provinciales. En France notamment, il fallut attendre le XVII^e siècle pour voir naître une politique d'État en matière de santé publique et de lutte contre le fléau épidémique.

1. Rôle des autorités locales dans la lutte contre les épidémies

Les moyens de lutte contre les épidémies développées par les villes ²⁰ sont demeurées longtemps d'une efficacité très relative [5,14]. Confrontés à l'inefficacité de la médecine, les édiles locaux firent faire preuve d'initiatives.

Il s'agit, tout d'abord, *de prévenir et circonscrire le mal épidémique* [15].

L'information fut alors la préoccupation première pour envisager de contrarier la propagation du mal. Elle demeurait cependant parcellaire et souvent invérifiable. Les dires des itinérants, commerçants, pèlerins etc. étaient d'une crédibilité très relative. Les échanges et correspondances entre édiles existaient mais étaient sujets à caution, tant les autorités locales étaient réticentes à reconnaître que

mal pouvait se transmettre « par les vêtements, la vaisselle et les boucles d'oreille ». Mais l'idée n'émergera en Occident avant le XVI^e siècle.

¹⁸ Plusieurs siècles plus tard, l'obstétricien Semmelweiss s'attira les foudres de ses pairs en essayant d'imposer le lavage des mains, aujourd'hui qualifié de « geste barrière ».

¹⁹ Jean de La Fontaine : *À ces mots on cria haro sur le baudet* ; E. Carpentier : *Aussi générale apparaît la question des réactions anti-juives. On peut y voir, en effet, un exemple caractérisé de ce que René Baehrel a appelé, dans le cas du choléra de 1832, la « haine de classe en temps d'épidémie ».* *En 1832, disait-il, les riches rendent les pauvres responsables de la catastrophe, les pauvres accusent les riches et le gouvernement, riches et pauvres s'en prennent aux médecins. Si les textes médiévaux ne permettent pas d'analyse aussi poussée, il n'en est pas moins indiscutable que les réactions anti-juives furent des réactions de haine de classe. Cette haine ne s'est d'ailleurs pas manifestée uniquement contre les Juifs, accusés de propager la maladie en empoisonnant les puits et les fontaines. Dans certains cas, la fureur de la majorité populaire s'en est pris à d'autres minorités : Musulmans en Espagne, groupes de pèlerins, nobles... Il n'empêche que le Juif, ennemi de la Chrétienté, devait nécessairement être la première victime de cette haine de classe.*

²⁰ Les mesures prophylactiques mises en œuvre par les réglementations d'hygiène urbaine se limiteront généralement à des fumigations, à des tentatives d'éradication des parasites, à des confinements et quarantaines et à des destructions par le feu de tout ce qui peut avoir été infecté, linge et mobilier notamment ; A. Leca : *Par ailleurs, c'est la volonté de se protéger contre la peste qui a donné naissance à la quarantaine, qui occupe une place importante, tant dans l'histoire des idées médicales que dans celle du droit et des institutions.*

l'épidémie les touchait. Rappelons que les édiles municipaux étaient aussi, bien souvent, les principaux intéressés par les échanges commerciaux.

Les autorités étaient confrontées à un dilemme lorsqu'elles ont connaissance d'une épidémie. Fallait-il rendre l'information publique ? S'il s'agissait de porter à la connaissance des concitoyens l'existence foyers épidémiques extérieurs, les réserves étaient souvent aisément vaincues. Elles étaient plus vives lorsqu'il s'agissait de faire connaître les cas suspects s'ils touchaient la ville elle-même. En charge du maintien de l'ordre et de l'avitaillement, les autorités souhaitaient éviter les phénomènes, difficilement contrôlables, tels les mouvements de panique et les risques de pénurie ²¹ [18]. Moins avouables, la circonspection était aussi liée aux intérêts commerciaux personnels des magistrats municipaux qui étaient souvent les principaux bourgeois de la ville. Ce n'est qu'à *partir du XVI^e et au début du XVII^e siècle, [que] les parlements obligent les municipalités à déclarer la peste dès que celle-ci est connue. Ces déclarations ont pour effet de mettre la ville en quarantaine. Cet interdit est levé par une déclaration de santé ou déconsignation* [15].

Avoir connaissance de l'épidémie dans les villes proches permettait aux autorités locales de prendre des mesures contraignantes afin de tenter d'éviter l'apparition du mal dans les zones qu'elles contrôlaient. Il s'agissait avant tout de faire cesser les liens avec les territoires contaminés. Les déplacements étaient limités et contrôlés, la surveillance était renforcée afin de pouvoir vérifier la provenance de tous ceux qui pouvaient être susceptibles d'apporter le fléau redouté, les étrangers, les voyageurs, les marchands mais aussi les vagabonds qui étaient, quant à eux rejetés, hors des « frontières » de la municipalité [2,14,18,19].

Tous ceux qui devaient se déplacer, les marchands notamment, étaient l'objet d'une particulière vigilance. Des billets de santé furent progressivement mis en place. La surveillance des points d'entrée sur le territoire fut accrue. Tel fut, notamment, le cas des ports où des patentes maritimes de santé furent exigées dès le XV^e : *Les navires, au départ de chaque escale, obtiennent de la part des magistrats municipaux des patentes dites brutes (contact direct avec un pays contaminé), touchées ou soupçonnées (départ ou escale dans un pays avec une zone contaminée) ou nettes (départ ou escale dans un pays sain). Ainsi, un navire porteur d'une patente brute est interdit d'accoster ou soumis à une quarantaine très sévère dans un lieu spécialement réservé : le « lazaret ». Il y séjourne quarante jours avant d'être autorisé à débarquer hommes et cargaisons* [15,19]. Ces mesures furent toutefois étendues en dehors des zones maritimes afin de permettre la poursuite des échanges dans l'intérieurs

²¹ J. Dumoulin : *Une des tâches prioritaires des consuls est de veiller aux stocks de nourriture, trois denrées retenant particulièrement leur attention : le blé, le vin, la viande. Cette prudence est le fruit de l'expérience : en 1580, par leur fuite, meuniers et boulangers avaient grandement participé à la famine, accrue si besoin était par le fait que « tout se vendait très cher ».*

des terres, par la remise de documents attestant que le voyageur ne provenait pas d'une ville ou d'une province infectée.

L'information est donc nécessaire à la mise en place d'un contrôle efficace de la circulation des personnes et des biens. Comme toute mesure contraignante à la « liberté d'aller et venir », le binôme information/contrôle conduisit au développement de tricheries, de falsifications des patentes et à l'émergence de marchés frauduleux qui nuisent à l'efficacité des mesures mises en place [19].

L'information acquise demeure souvent suspecte, les *fake news* ne datant pas d'aujourd'hui, et les autorités ont alors tenté d'en vérifier l'exactitude [19]. L'envoi d'un médecin dans la zone suspecte, s'il permettait d'en attester la réalité, retardait d'autant la réaction dans la lutte contre la propagation de l'éventuelle épidémie.

La connaissance de cas suspects ou avérés au sein de la communauté a aussi permis de mettre en place des mesures administratives préventives à visées prophylactiques [18].

Les autorités municipales italiennes furent pionnières en la matière, notamment à l'occasion du fléau de la peste noire. De véritables « magistratures de santé », provisoires avant de devenir permanentes, y virent le jour [15,19]. Elles furent dotées de pouvoirs et d'une autorité exceptionnels à la mesure des fléaux sanitaires, « ordre public sanitaire » [20] et « état d'urgence sanitaire »²² avant l'heure.

Soulignons que les médecins n'y avaient qu'une place marginale²³ [15,19,21]. Parallèlement, *les cités italiennes inaugurent [...] des techniques antipesteuses dans les Lazarets, compléments en quelques sorte naturels de la quarantaine. Le premier apparaît à Venise en 1423, initiative imitée à Pise en 1464, à Florence en 1479... Sont prescrites des mesures de lavage et de désinfection tandis que des bulletins de santé sont édités avec des registres des morts* [15,19]. Le Lazzaretto Vecchio est intéressant pour plusieurs raisons. Tout d'abord, ce site éponyme devint un modèle pour tous les lazarets du monde. C'est, d'autre part, un cas atypique et unique. Le site fut, en effet, utilisé pour la « gestion » des pestiférés durant des siècles sur un même lieu. Le Lazzaretto Vecchio fut utilisé par les autorités vénitiennes pour l'ensemble des épidémies de peste de sa création jusqu'au XVII^e siècle. Il servit, encore, pour d'autres infections tels la fièvre jaune, le typhus ou le choléra.

Ailleurs en Europe, l'exemple italien fut pâlement imité²⁴, *en France, Jean le Bon promulgue, il est vrai, la première ordonnance sanitaire*²⁵ *en 1352. Pourtant commence un peu partout en Europe*

²² Code de la santé publique, Art. L3131-12 et suivants, loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 — art. 2.

²³ R. Bertrand et G. Buti : *Comme dans les autres communautés, les intendants qui composent le bureau de la Santé relèvent rarement du corps médical.*

²⁴ À l'exception notable de l'Allemagne où l'exemple italien a été fidèlement appliqué [15] ; J. Dumoulin : *Dès 1523, les conseillers avaient décidé de transformer la « bastido del rey » situé près de l'Arc en lazaret pour les pestiférés, mais ils n'y étaient pas systématiquement regroupés.* [18].

²⁵ Cette ordonnance à l'origine du monopôle médical [15].

occidentale les premières interventions administratives pour lutter contre la peste avec la création de bureaux de santé, provisoires puis permanents, composés de membres élus, nommés ou volontaires, au nombre variable selon les lieux. Au début du XVII^e siècle, toutes les villes possèdent un tel organisme. Des « règlements de peste » sont également édictés dès la première moitié du XVI^e siècle en France. [...] Mais la lutte contre le fléau demeure une prérogative urbaine [5,15, 18,19,22].

Progressivement, pourtant, sous l'influence des parlements et leur action de codification des principaux règlements municipaux, le combat contre les épidémies passera au niveau provincial et régional.

L'action des administrations locales, nous l'avons dit, visait à prévenir et à limiter l'expansion du fléau par des mesures prophylactiques à l'effet discutable [19]. Lorsque l'épidémie était révélée les principales mesures consistaient à isoler les malades dans des lieux où médecins et chirurgiens et autres acteurs du soin étaient à l'œuvre, mais aussi des ministres du culte qui avaient fort à faire [19]. Des mesures de police sévères étaient prises afin de limiter tout contact des malades avec la population « saine » [18]. Les étrangers et autres mendiants étaient expulsés et les villes étaient « fermées », l'isolement des maisons infectées était prescrit [18]. Ce furent, encore des mesures d'hygiène qui furent mises en place, tant sur le plan collectif qu'individuel. Le soin de procéder au nettoyage des rues, des latrines, pesait sur les autorités, mais aussi celui de supprimer les activités publiques tels les marchés intramuros [14].

Le recensement nécessaire pour identifier les cas de maladie mais aussi pour organiser le ravitaillement, était rendu particulièrement complexe en raison de la fuite de nombre d'habitants [19]. Il fallait alors payer des soldats pour éviter les pillages et autres troubles dans une ville partiellement vidée de ses habitants.

C'étaient encore des praticiens qu'il convenait de recruter et de stipendier afin d'assurer les soins aux indigents, notamment. Or, la plupart de ceux qui venaient au secours des malades, soignants et religieux, étaient à leur tour atteints et disparaissaient. Nombreux étaient ceux qui préféraient appliquer le principe de Galien : « part loin (vite) et revient tard ». Comme l'écrivit le chirurgien Guy de Chauliac, *Elle [la peste] fut inutile et honteuse pour les médecins d'autant qu'ils n'osaient visiter les malades de peur d'être infectés et quand ils les visitaient n'y faisaient guère et n'y gagnaient rien car tous les malades mouraient exceptés quelques-uns qui en échappèrent sur la fin avec des bubons mûrs*. Comme l'a souligné Mme Dumoulin, *la lutte contre la peste passe par le recrutement du personnel soignant. La première mesure prise par les consuls et le parlement est de faire en sorte que les médecins, chirurgiens et apothicaires ne quittent pas la ville dès les premières manifestations de contagion, comme c'est le cas en octobre 1629. Les fuyards sont priés de revenir, sous peine de mort. En 1650, les conventions passées avec la ville obligent les médecins à soigner les habitants moyennant*

300 livres par mois. Ils ne peuvent exiger aucune rémunération de la part des pauvres, les riches retirés dans leurs bastides devront leur « fournir une honnête récompense [18].

Outre l'avitaillement de la population, la charge de la sécurité, le recrutement et le paiement des « porteurs de morts » et des fossoyeurs pesaient lourdement sur les finances des municipalités [18]. Le recours à la main-d'œuvre forcée a souvent été nécessaire. La question de l'inhumation de masse était aussi une préoccupation constante des autorités [23–25].

Parfois des mesures de police exceptionnelles furent impératives afin de lutter contre les émeutes et les mouvements populaires à l'encontre des « responsables » de l'épidémie. Juifs, lépreux, étrangers, sorcières, étaient, comme souvent dans l'histoire, les boucs émissaires désignés [5].

On imagine combien ces politiques urbaines peinaient à endiguer et enrayer les épidémies. L'exemple le plus présent à l'esprit est celui de la peste de Marseille en 1720. La maladie fut introduite par l'entrée en fraude du Grand Saint-Antoine, auquel le vice-roi de Sardaigne avait refusé l'entrée dans le port de Cagliari. Le 3 avril, lors d'une escale à Tripoli, le capitaine avait embarqué quelques Turcs qu'il devait déposer à Chypre. L'un de ces passagers était mort subitement, suivi, quelques jours plus tard, par deux marins. Ce furent encore trois nouveaux matelots qui furent frappés, le navire perdit ainsi sept hommes. Mais le capitaine disposait d'une « patente nette ». À Livourne, en Toscane, ni le médecin ni le chirurgien ne découvrirent la peste. Le 25 mai 1720, Grand Saint-Antoine arriva à Marseille avec une patente « nette ». Ses cales regorgeaient de soieries destinées à la foire de Beaucaire. À raison des fortes présomptions de peste, le capitaine fit mettre l'équipage et la cargaison en quarantaine dans le port de Pomègues (îles du Frioul). Un huitième homme décéda alors ²⁶. Les onze intendants exigèrent que le cadavre soit confiné et que le navire mouille à l'isolement dans l'anse de la Grande-Prise. Pour autant le chirurgien du bureau de santé ne reconnut pas les symptômes de la peste, le marin décédé ne présentant pas de bubons. Forts de la patente nette, les intendants admirent que passagers et marchandises soient transférés aux infirmeries d'Arenc à Marseille. En outre, une partie de la cargaison fut introduite en fraude dans la ville. Assurément, les intérêts économiques primaient sur la précaution élémentaire. Informé de l'épidémie de peste au Levant et en Afrique du Nord, le bureau de santé n'en tint pas compte et se contenta du constat que le capitaine présentait une patente nette. Dès le 22 juin 1720, un premier décès fut enregistré dans Marseille. Le 27 juin 1720, le Grand Saint-Antoine fut placé en quarantaine à l'Île-de-Jarre et le 31 juillet 1720 le parlement de Provence décida d'isoler Marseille. À compter du 4 septembre, une première ligne sanitaire fut mise en place sur la rive droite de la Durance : de Bonpas à Mérindol, des cordons sanitaires furent organisés sous forme d'un mur de pierres sèches ou de fossé ! La peste gagna Apt, le 25 septembre et

²⁶ Il avait à Livourne participé au transbordement de trois marins décédés.

26 septembre 1720 le Grand Saint-Antoine fut brûlé dans l'anse de Jarron par ordre du Régent. La peste atteint Carpentras le 24 octobre 1720.

Le 22 février 1721, un arrêt du Conseil du roi interdit le commerce de marchandises avec les ports de Provence. Le 16 septembre 1721, Avignon fut officiellement en état d'épidémie et le vice-légat prononça la quarantaine, la maladie se propagea néanmoins dans le comtat venaissin. Les activités économiques et agricoles pâturent de la situation ²⁷. Une troisième barrière sanitaire mobile dut être établie entre Cavaillon et Orange et les soldats du Régent se substituèrent aux Comtadins. La construction des « murs de la peste » fut destinée à isoler les régions atteintes. Les populations marseillaises, provençales et du Gévaudan payèrent un lourd tribut à la peste. En six mois à Marseille 50 000 morts avaient été dénombrés, soit la moitié de la population. Au mois d'août, 500 décès quotidiens étaient déplorés.

La peste de Marseille démontra les limites d'une politique locale de lutte contre les épidémies. Les « conflits d'intérêts » furent démontrés, les autorités locales comptant nombre de négociants importants de la ville, le risque fut avéré d'une complicité permettant de faire primer les intérêts économiques particuliers sur les impératifs de santé publique. Cette épidémie dramatique démontra la nécessité d'établir une réelle surveillance des ports commerçant avec le Levant, mais surtout celle de passer d'une « compétence » locale « égoïste » à une compétence et une responsabilité de l'État [19,26].

2. L'immixtion de l'État dans la lutte contre les épidémies

Cette immixtion de l'État dans la lutte contre les épidémies a été relativement tardive et progressive, ce rôle étant assumé par les autorités locales, municipalité, états provinciaux, parlements ²⁸, sans oublier les diocèses [19,22]. Dans un monde où les échanges étaient limités et prenaient un temps considérable, seules les administrations locales pouvaient réagir dans le temps premier de l'épidémie. Toutes, cependant, ont rapidement été dépassées par la vitesse de la propagation des fléaux épidémiques et une coordination s'est avérée nécessaire.

En effet, l'échelon local n'a qu'une vision parcellaire des maux et seul le pouvoir central peut avoir une vue d'envergure et le recul nécessaire à la coordination de la lutte. En outre, l'idée de l'intérêt général peinait à se faire une place dans une approche municipale ou régionale où dominaient des intérêts particuliers et locaux.

²⁷ Bureau de santé de Méthamis, 21 septembre 1721 : *Que ceux des habitants qui voudraient aller travailler à la vendange hors du terroir ne pouvaient aller qu'à Carpentras ou autres lieux plus proches ; qu'à leur retour ils apporteraient une attestation des personnes chez qui ils auraient travaillé et le nombre de jours qu'ils auraient travaillé chez chacun, au défaut de laquelle attestation ils ne seraient plus reçus dans le lieu.*

²⁸ Le parlement de Paris se prononça dès le 6 mars 1497 sur l'isolement nécessaire des malades atteints de syphilis.

La peste de Marseille de 1720 qui apparut dans une France qui était relativement épargnée depuis la fin du XVII^e siècle, démontra les limites et les compromissions auxquelles conduisent des politiques sanitaires laissées aux seules autorités locales. Inversement, elle permit de vérifier combien le rôle du pouvoir central pouvait se révéler efficace.

En 1720, en effet, la monarchie réagit à l'épidémie à Marseille et en Provence et s'imposa comme un acteur majeur de la lutte, *l'administration royale remet en vigueur les règlements tombés en désuétude, encourage et contrôle l'action des bureaux de santé municipaux, met la troupe au service de la lutte contre la progression de l'épidémie, et impose une vigilance qui ne se relâchera plus* [15,27].

Dès la fin du XVII^e siècle et plus encore au début du XVIII^e, le Contrôleur général des finances opéra une surveillance et un contrôle relayés dans les provinces par les intendants. Ainsi, dès avant la peste de Marseille, une épidémie fut limitée au nord-ouest du royaume²⁹ et Paris fut épargné *par la mise en place de cordons sanitaires* [15]. La lutte contre le fléau épidémique devint affaire d'État.

L'intrusion de l'État fut manifeste et grandissante sous le règne de Louis XIV et l'influence de Colbert [27]. Leur œuvre en matière sanitaire ne s'est pas limitée au demeurant à la seule question épidémique, les maladies endémiques ont aussi été au cœur des préoccupations de ces grands hommes d'État.

L'administration royale, les intendants notamment sous la « tutelle » du Contrôleur général des finances, devinrent des acteurs de santé publique à part entière [28,29]. Dans chaque intendance un médecin des épidémies fut nommé, à charge pour lui de se rendre sur les foyers présumés, de soigner et d'organiser la « prise en charge », mais aussi de rendre compte et d'informer l'intendant et, donc indirectement, le sommet de l'État [29]. De fait, le Contrôleur général des finances exerçait de véritables prérogatives en matière de santé publique, tout en disposant et coordonnant le « réseau » des intendants qui s'est mis progressivement en place dans le royaume [28]. Ceux-ci jouaient un rôle majeur qui dépassait celui des municipalités dont les pouvoirs, et les intérêts, étaient géographiquement limités, là où l'intendant prenait en considération ceux de toute une province. Ils constituaient aussi un réseau dense d'information pour le Contrôleur général des finances qui disposait dès lors d'une vue d'ensemble des risques auxquels les populations du royaume étaient confrontées [30]. Les intendants s'appuyaient sur les professionnels de santé de la zone qu'ils administraient, il s'agissait parfois d'un réseau d'hôpitaux et de praticiens des armées [29].

La compétence des intendants s'étendait aux risques épizootiques [27]. Elle était aussi mise en œuvre dans la surveillance des limites de la province placée sous leur responsabilité. Face aux insuffisances

²⁹ Il s'agit de l'épidémie de peste de 1668–1669.

de la médecine, c'est sur le terrain de la prévention que leur action se focalisait afin de limiter la propagation des épidémies en dehors des foyers où elles apparaissaient.

La surveillance des points d'entrées sur le territoire et tout particulièrement des ports, ceux commerçant avec le Levant notamment, était une préoccupation majeure [19,29].

Des bureaux de santé furent créés pour circonscrire les épidémies et en éviter la diffusion, des intendants de santé furent commis par le monarque sur proposition de l'intendant. Cet intendant de santé demeurant sous l'autorité de l'intendant.

À compter de la seconde moitié du XVIII^e siècle, dans chaque généralité un « médecin correspondant des épidémies » fut nommé, qui demeurait sous l'autorité de l'intendant.

Peu à peu un maillage du territoire apparut, où sous l'autorité de l'intendant, des subdélégués constituaient une équipe de médecins et de chirurgiens. Les autorités locales, souvent le curé de la paroisse, lorsqu'elles suspectaient un cas de maladie épidémique, informaient le subdélégué qui transmettait à l'intendant, lequel envoyait sur place le médecin de la subdélégation qui, le cas échéant, commettait un ou plusieurs chirurgiens en charge d'administrer les soins.

On le voit le système était administrativement très hiérarchisé et non sans pesanteur, il fut source d'effets pervers et de conflits d'autorité [27].

Cette appropriation par le pouvoir central de la politique de lutte contre les épidémies devait se faire, dans la France de l'Ancien Régime, dans le respect des particularismes locaux. L'État royal, dans un pays morcelé, n'imposait que progressivement une centralisation en construction. En outre, la lutte était freinée par la précarité de la situation alimentaire et sanitaire d'une population, majoritairement rurale, qui n'avait pas les moyens de recourir aux hommes de l'Art [29].

Assurément, des initiatives existaient, Pendant les vingt dernières années du « grand Règne », on commence à envoyer dans les campagnes des remèdes composés par le médecin suisse Helvetius. Son idée ? Regrouper dans de grandes boîtes, faciles à expédier en province, un arsenal très complet de 300 potions, susceptibles de faire face à toutes les éventualités ; distribuées gratuitement, elles ne sont réservées qu'aux seules paroisses victimes d'une maladie épidémique. Il revient alors à l'intendant de réclamer ces boîtes au Contrôleur général. Une fois reçues, les boîtes sont ensuite remises par les subdélégués de l'intendant « aux sœurs grises, chirurgiens et à d'autres personnes éclairées des bourgs et villages » [...]. Louis XIV accepte ce projet et en ordonne la réalisation. [...] À partir de 1770, le système est totalement au point et fonctionne partout de la même façon [15].

Quelle que soit l'ambition du pouvoir central il n'en demeure pas moins qu'il subsiste un *décalage* entre, d'une part, l'ambition affichée par l'État monarchique, légitimée par une partie du corps

médical, et, d'autre part, les résultats obtenus, [qui] conduit l'opinion naissante à exiger que le pouvoir remplisse ses promesses [31].

Dans la seconde moitié du XVIII^e siècle, sous l'influence de Turgot, *l'État prend définitivement conscience de ses devoirs en matière de santé publique et d'assistance médicale collective [15].* Un organe de contrôle des épidémies vit ainsi le jour avec la création, par Lasselme et Vic d'Azyr en 1776, par arrêt du Conseil d'État du Roi, d'une *commission de médecins pour correspondre avec les médecins de province au sujet des maladies épidémiques et épizootiques.*

La création, non sans opposition, de la Société royale de médecine en 1778 démontra une volonté de la monarchie de voir se développer une médecine moins enfermée dans ses préoccupations corporatistes [29].

Mais contrairement à d'autres pays européens, en matière sanitaire, la centralisation demeurait lente et souvent peu efficace, la logique de santé publique et de police médicale n'y trouvait que peu d'écho.

Toutefois, à la fin de l'Ancien régime, la lutte contre les épidémies et maladies contagieuses, notamment dans les campagnes, ne présente plus le caractère d'improvisation qui avait marqué les siècles précédents. Au contraire, elle constitue désormais le pivot de la politique médicale et sanitaire d'une administration pour qui les questions de santé représentent désormais une priorité. Encadrés par la Société royale de médecine et mandatés par les autorités administratives, des médecins sont envoyés sur les lieux contaminés, mobilisent les énergies, organisent les secours, recommandent des mesures d'assainissement [29].

Malgré les progrès enregistrés, le risque épidémique demeurait. Ainsi, en 1779 une épidémie de dysenterie dans l'Ouest de la France occasionna quelque 175 000 morts. À l'origine de ce fléau se trouvait probablement la concentration de troupes³⁰ regroupées dans le cadre d'un projet d'invasion de l'Angleterre [6]. Les armées abandonnaient leurs malades dans les hôpitaux des villes ou encore chez l'habitant. Assurément l'alerte et la réaction furent rapides. L'information fonctionna et parvint aux intendants, ce qui permit une intervention des médecins correspondants. En revanche, le succès de cette intervention fut des plus mesurés. La pharmacopée demeurait limitée dans son efficacité, elle était de surcroît souvent suspecte pour les populations rurales dont l'état sanitaire augmentait considérablement les conséquences de l'exposition à la maladie épidémique.

Si à la fin de l'Ancien Régime la monarchie a démontré une réelle préoccupation pour les questions de santé publique, les réformes tardivement entreprises se heurtèrent au problème crucial et majeur de la pauvreté et de l'indigence. Les cahiers de doléances démontrèrent que la population attendait

³⁰ De tout temps les armées ont payé un lourd tribut à la maladie, la maladie épidémique notamment, qui réduisait souvent considérablement le nombre de combattants.

davantage de l'État dans l'organisation d'un véritable système d'assistance. Mais la Révolution, dans sa lutte contre les corporatismes, désorganisa durablement le monde médical et rendit pour longtemps impossible la réalisation d'une œuvre de santé publique.

Le XIX^e siècle puis le XX^e siècle connurent leur lot d'épidémies mais *la lutte et la prévention contre le choléra ne peuvent être ainsi comprises et analysées sans prendre en considération la lutte contre les épidémies sous l'Ancien Régime. Partie du simple contrôle des épidémies, la santé publique acquiert à la veille de la Révolution ses lettres de noblesse qui vont quelques années plus tard la faire basculer dans l'utopie l'hygiéniste* [15]. Toutefois l'œuvre législative crût tout au long du XIX^e : loi du 3 mars 1822 relative à la police sanitaire ³¹, loi du 21 juin 1898 relative à la police rurale, puis à l'orée du XX^e siècle loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique, qui vit la création d'un « comité consultatif d'hygiène publique » et rendit obligatoire la vaccination antivariolique mais aussi la déclaration de certaines maladies [32,33].

Les quelques développements qui viennent d'être proposés au lecteur s'inscrivent dans un contexte où nous sommes confrontés à une réalité que nous pensions d'un autre âge. Ils n'ont d'autre prétention que de permettre de se rappeler que les questions aujourd'hui soulevées se sont maintes fois posées par le passé et que les enseignements de l'histoire méritent d'être appréhendés.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur n'a pas précisé ses éventuels liens d'intérêts.

Références

- [1] Ovide. Les métamorphoses. Livre XV. Paris: Les belles lettres; 2019.
- [2] Otis-Court L. De l'épidémie de syphilis en Languedoc (fin XV^e–début XVI^e siècles). In: Leca A, Violla F (eds), Le risque épidémique. Bordeaux: LEH Édition; 2011. Pp. 113–28. [Actes du colloque du Centre de droit de la santé d'Aix-Marseille et du Laboratoire droit et Santé de Montpellier nov. 2002].
- [3] Boccace. Il Decameron (1343–1349). Le Décaméron. Paris: Gallimard; 2006.
- [4] La Fontaine J de. Les animaux malades de la peste. In: Fables. Paris: Bordas ; 1973.
- [5] Leca A. Le concept d'épidémie dans l'histoire des idées. In: Leca A, Violla F (eds), Le risque épidémique. Bordeaux: LEH Édition; 2011. P. 13. [Actes du colloque du Centre de droit de la santé d'Aix-Marseille et du Laboratoire droit et Santé de Montpellier nov. 2002].

³¹ B Hillemand : *Ces textes tendaient à préserver le territoire de l'invasion des « maladies pestilentielles ». Non cités, étaient cependant visés sans équivoque la peste, le choléra, la fièvre jaune.*

- [6] Hildesheimer VF. Les usages politiques du vocabulaire de santé au XVII^e siècle ou la peste selon Richelieu. *Rev Sociol Sante* 2005;(22):11–24.
- [7] Ruffié J, Sournia JC. Les épidémies dans l’histoire de l’homme. De la peste au sida, 2^e édition. Paris: Flammarion; 1995.
- [8] Anon. Dictionnaire de l’Académie nationale de médecine. Paris: Académie nationale de médecine; nd. Disponible en ligne à l’adresse : <http://dictionnaire.academie-medecine.fr>
- [9] Nordmann C. Évolution et bactériologie de la grippe. *Rev Deux Mondes* 1918;(novembre):457–68. Disponible en ligne à l’adresse: <https://www.revuedesdeuxmondes.fr/article-revue/volution-et-bacteriologie-de-la-grippe/> et également <https://www.revuedesdeuxmondes.fr/evolution-et-bacteriologie-de-la-grippe-espagnole> [Les trésors de la revue, 16 mars 2020]
- [10] Anon. Dictionnaire Gaffiot. 1934, p. 1145.
- [11] Debord T, Binder P, Salomon J, Roué R. Les armes biologiques. *Med Mal Infect* 1997;27:548–51. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0399-077X\(97\)80116-3](https://doi.org/10.1016/S0399-077X(97)80116-3)
- [12] Lepick O. La menace biologique. *Rev Sociol Sante* 2005;(22):179.
- [13] Piot JC. Trois exemples de guerre biologique qui ne datent pas d’hier. In : Déjà vu. L’actualité d’aujourd’hui, les histoires d’hier. Blog France TVInfo. Paris: France Télévisions; 2013. Disponible en ligne à l’adresse : <https://blog.francetvinfo.fr/deja-vu/2013/05/28/trois-exemples-de-guerre-biologique-qui-ne-datent-pas-dhier.html>
- [14] Lesné-Ferret M. La prévention des épidémies et le droit coutumier méridional au Moyen-Âge. In: Leca A, et Vialla F (eds), *Le risque épidémique*. Bordeaux: LEH Édition; 2011. Pp. 47–63. [Actes du colloque du Centre de droit de la santé d’Aix-Marseille et du Laboratoire droit et Santé de Montpellier nov. 2002].
- [15] Leca A, Lunel A, Sanchez S. *Histoire du droit de la santé*. Bordeaux: LEH Édition; 2014.
- [16] Ehrard J. Opinions médicales en France au XVIII^e siècle : la peste et l’idée de contagion. *Ann Econ Soc Civilis* 1957;12(1):46–59. DOI : <https://doi.org/10.3406/ahess.1957.2597>
- [17] Carpentier É. Autour de la peste noire : famines et épidémies dans l’histoire du XIV^e siècle. *Ann Econ Soc Civilis* 1962;17(6):1062–92. DOI: <https://doi.org/10.3406/ahess.1962.420916>
- [18] Dumoulin J. Le coût de la santé à Aix-En-Provence du XVI^e au XVIII^e siècle. In : Leca A, Vialla F (eds), *Le risque épidémique*. Bordeaux: LEH Édition; 2011. Pp. 72–106. [Actes du colloque du Centre de droit de la santé d’Aix-Marseille et du Laboratoire droit et Santé de Montpellier nov. 2002].

- [19] Bertrand R, Buti G. Le risque de peste dans la culture et la vie de la France d'Ancien Régime. In: Leca A, Vialla F (eds), *Le risque épidémique*. Bordeaux: LEH Édition; 2011. Pp. 107–112. [Actes du colloque du Centre de droit de la santé d'Aix-Marseille et du Laboratoire droit et Santé de Montpellier nov. 2002].
- [20] Renard S. *L'Ordre public sanitaire*. Rennes: université Rennes I; 2008. Disponible en ligne à l'adresse : <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01525379> . [thèse droit public]
- [21] Faure O. *Histoire sociale de la médecine*. Paris: Anthropos-Economica; 1994. P. 282.
- [22] Biraben JN. *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens* (2 tomes). Paris, La Haye: Mouton; 1975–1976. P. 103.
- [23] Rigeade C, Signoli M. Les sépultures de catastrophe : une gestion originale des cadavres en temps de crise démographiques. *Rev Sociol Sante* 2005;(22):117–131.
- [24] Castex D, Drancourt M. D'un gisement funéraire à la détection d'une crise épidémique, identité biologique et patrimoine génétique. *Rev Sociol Sante* 2005;(22):190–209.
- [25] Blanchard P, Georges P, Luberne A. Le cimetière des pauvres à Bourges (Cher, France) : une zone spécifique pour les épisodes de surmortalité ? *Rev Sociol Sante* 2005;(22):201–7.
- [26] Carrière C, Courdurié M, Rebuffat F. *Marseille ville morte, la peste de 1720*. Marseille: édition M. Garçon; 1968.
- [27] Durand B. Médecins et militaires contre l'épizootie au XVIII^e siècle en Languedoc. In: Leca A, Vialla F (eds), *Le risque épidémique*. Bordeaux: LEH Édition; 2011. P. 129. [Actes du colloque du Centre de droit de la santé d'Aix-Marseille et du Laboratoire droit et Santé de Montpellier nov. 2002].
- [28] Gutton JP. Aux origines d'un ministère de l'assistance et de la santé dans la France de l'Ancien Régime. In: Harouel JL (ed.), *Histoire de du droit social : mélanges en hommage à Jean Imbert*. Paris: Presses universitaires de France; 1989. Pp. 287–93.
- [29] Even P. Discours médical et lutte contre les épidémies au XVIII^e siècle entre Loire et Gironde, l'exemple de la généralité de la Rochelle. *Rev Sociol Sante* 2005;(22):25.
- [30] Chaumet PO. L'engagement du pouvoir royal contre les risques épidémiques sous l'Ancien Régime (XVII^e–XVIII^e siècles). *Droit Med Buccodentaire* 2011;1:189–94.
<https://doi.org/10.1051/dmbd/2012006>
- [31] Gutton JP. Réformes, projets et réalités, la fin de l'Ancien Régime. In: Imbert J (ed.), *Histoire des hôpitaux en France*. Toulouse: Privat; 1982. Pp. 221–70.

[32] Hillemand B. La police sanitaire maritime française au XIX^e siècle. *Hist Sci Med* 2012;46(2):95–110.

<https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx2012x046x002/HSMx2012x046x002x0095.pdf>

[33] Carol A. Risque épidémique et déclaration des maladies contagieuses : les hésitations des médecins. In: Leca A, Violla F (eds), *Le risque épidémique*. Bordeaux: LEH Édition; 2011. Pp. 151–60. [Actes du colloque du Centre de droit de la santé d’Aix-Marseille et du Laboratoire droit et Santé de Montpellier nov. 2002].