
Les savoirs sur la contagion : la peste et l'institution de la quarantaine

Gérard Fabre

Centre national de la recherche scientifique

Aix-en-Provence

Quand la peste resurgit dans l'Europe médiévale après une longue interruption de presque sept siècles, le monde chrétien s'affole. Les autres maladies connues, la lèpre par exemple, sont loin de provoquer les mêmes ponctions démographiques : entre 1347 et 1351, la peste emporte en moyenne une personne sur quatre, une sur deux – et parfois plus – dans certaines cités. Même s'il convient de relativiser chiffres et impressions consignés par les chroniqueurs de l'époque, l'impact socioculturel des vagues successives de peste jusqu'au début du XVIII^e siècle est indéniable. Nous voudrions ici examiner, tout particulièrement, les réponses « institutionnelles » apportées à ces épidémies.

Dépourvus de moyens efficaces sur le plan thérapeutique, les médecins ignorent de surcroît, jusqu'à la fin du XIX^e siècle, les vecteurs de la contagion – le rat et la puce. Durant la première phase où sévit la peste (1347-1351), il n'existe pas non plus de dispositif sanitaire susceptible de limiter la diffusion du bacille. Impuissant devant la menace qui plane constamment sur lui, l'Occident chrétien va vivre dès lors dans la hantise des épidémies (Delumeau, 1978). Face à ce désordre tant social que biologique, se constitue une métaphysique du mal puisant ses sources dans la tradition apocalyptique judéo-chrétienne. Fondée sur une interprétation religieuse, la réponse « institutionnelle » à la contagion se formule d'abord en termes théologiques. Mais le recours permanent à ce

modèle explicatif ne saurait suffire: s'édifie simultanément un système de connaissances pratiques dont l'institution quarantenaire est la clef de voûte. Le savoir purement médical y joue certes un rôle important, mais il ne prévaut pas dans ce contexte culturel, contrairement à ce qui se passe à l'heure actuelle.

Il est vrai que l'Ancien Testament considère la quarantaine comme une règle relevant non de la médecine mais de la religion. Ainsi l'anathème biblique contre la lèpre s'apparente à un rituel symbolique: les contacts avec les personnes atteintes de maladies de la peau sont prohibés du fait de la contagiosité supposée de leur «souillure», perçue à la fois comme physique et morale (Douglas, [1966] 1981).

Le modèle de la lèpre est donc prégnant dans la prophylaxie de la peste. Cependant s'y greffent d'autres types de savoirs – spécifiques à cette dernière maladie – sur lesquels nous insisterons tout au long de ce texte. Des points de convergence entre ces différents savoirs sont nécessaires à la mise en place de l'institution quarantenaire.

Cette dernière, comme toute institution, réfère à la fois à des schèmes d'intelligibilité et à des usages établis par des acteurs, pour reprendre les termes utilisés par André Turmel¹. La fonction de protection qui sous-tend le principe de la quarantaine obtient sa légitimité d'un travail sémantique collectif sur l'idée de contagion, travail auquel participent non seulement les théories médicales, mais bien d'autres formes de connaissance. L'observation des règles de quarantaine aboutit à une régulation des conduites face à la contagion. Le respect de ces règles dépend d'une adhésion relativement large du corps social au principe de la quarantaine, sans quoi tout l'édifice s'effondrerait.

Sans doute la coercition est-elle partie prenante du système quarantenaire: Michel Foucault a montré comment pouvait naître, des épisodes contagieux, le «rêve politique» des gouvernants, les règlements de peste préfigurant l'exercice d'un pouvoir disciplinaire sans faille (1977). La quarantaine, cependant, ne résulte pas historiquement d'une volonté préalable de contrôle social. Il n'est même pas certain qu'elle donne lieu, au lendemain des chocs épidémiques, à un projet politique cohérent. Pour les édiles d'une ville, la quarantaine pose toujours d'inextricables problèmes: de ravitaille-

1. Voir p. 2.

ment d'abord, de chômage ensuite en raison de la cessation des activités commerciales. Elle suscite enfin la révolte d'une foule souvent déchaînée et difficilement maîtrisable (Fabre, 1991). Imposer la quarantaine, c'est donc courir le risque d'une explosion sociale (Delumeau, 1978: 109). Les autorités, du reste, en sont conscientes.

Une institution n'est pas simplement le jouet d'un pouvoir, quel qu'il soit. À travers l'exemple de la quarantaine, nous voulons envisager de manière plus complexe l'institution comme un réceptacle symbolique de divers courants culturels générant une matrice sociale qui donne un sens aux conduites des acteurs. C'est ainsi que sont instituées règles et pratiques.

LA JONCTION DES REPRÉSENTATIONS SAVANTES ET PROFANES DE LA MALADIE: TRADUCTION ET TRANSPPOSITION

Alors que la plupart des doctrines médicales nient la transmission individuelle de la peste, une institution sanitaire est mise en place, surtout sur les rives européennes de la Méditerranée, vers la fin du XIV^e siècle: la quarantaine. À travers elle s'exprime la volonté des autorités de contrôler la circulation des individus et des marchandises. Or, cette volonté n'a de sens que si l'on suppose la peste individuellement transmissible. Comment expliquer ce paradoxe?

Un détour théorique est ici nécessaire avant de présenter plus en détail les querelles médicales sur la question de la contagion. L'institutionnalisation de la quarantaine n'intervient évidemment pas du jour au lendemain: un long processus de symbolisation – autrement dit une mise en langage – la sous-tend et l'accompagne. La réalisation de l'institution quarantenaire dépend en partie de cette opération langagière qui semble de prime abord simplement traduire en une « langue » accessible au plus grand nombre les différentes formes de connaissance de la peste. Cette traduction est plus complexe, en fait, qu'il n'y paraît: elle s'apparente à un processus d'appropriation par les divers groupes sociaux des représentations « savantes » du mal contagieux. Mais cela ne se produit pas instantanément: il faut du temps pour que ces idées se diffusent et se transforment du même coup. Car cette appropriation ne va pas sans déformations. Nous évoquerons à cet égard la notion de transposition. Il faut envisager les langages et les savoirs sur la contagion dans leur pluralité pour comprendre comment ils sont transposables. Ne

concevons pas cette opération comme mécaniste et unilatérale : il ne s'agit pas seulement de traduire en langage « vulgaire » les connaissances théologiques et médicales. Les relations s'établissent en réciprocité, au moins relative, si bien que les courants culturels en présence se trouvent constamment en interaction. Certes, la cohabitation se présente le plus souvent de manière conflictuelle. Mais cela n'empêche pas l'interpénétration de représentations issues de milieux sociaux et d'horizons culturels très éloignés initialement les uns des autres.

Afin de mieux souligner les capacités d'appropriation réciproque, nous pensons qu'il est préférable d'employer le terme de transposition plutôt que celui de traduction, quand bien même une traduction se révèle fréquemment infidèle. Nous voulons en cela insister sur les actions de détournement de sens auxquelles se prête l'idée de contagion.

Comment le peuple appréhende-t-il la peste, du bas Moyen Âge au siècle des Lumières ? Que signifie pour lui les querelles théologiques et les controverses médicales à ce sujet ? En tout état de cause, il est difficile, sinon impossible, de répondre à ces questions. On peut considérer que le peuple « croyait » fermement au caractère contagieux de la peste (voir Goulet et Keel, 1991 : 211 et 216). Mais cette croyance ne découle pas en ligne directe des connaissances produites par quelques médecins isolés et très minoritaires dans leur milieu à soutenir les thèses « contagionnistes » : elle relève de l'expérience directe de la peste, autrement dit d'un savoir empirique acquis à l'épreuve du mal contagieux.

Au XVIII^e siècle, lors de la peste en Provence, certains témoignages de bourgeois lettrés portent incidemment sur les réactions populaires (voir Carrière, Courdurié et Rebuffat, 1968). Le peuple, notent-ils, se montre sensible aux thèses contagionnistes sur la peste, alors très marginales dans le monde médical. Mais il ne prête guère attention aux développements savants sur ce thème qui occupent les divers courants médicaux, pas plus qu'aux divisions intestines des corporations médicales – médecins, chirurgiens, barbiers-chirurgiens et apothicaires. Tout cela ne l'intéresse pas. Ce qui compte pour lui, c'est le résultat avant tout. Or, les prescriptions des médecins et des chirurgiens se révèlent nocives la plupart du temps, ce qui éloigne encore plus les petites gens de ces corporations, consultées essentiellement – et sans trop d'illusions, du reste, en ce qui concerne la peste – par la noblesse et la bourgeoisie aisée.

Répetons-le: les partisans du « contagionnisme » au sein du corps médical ne sont pas en mesure de divulguer leurs thèses dans l'ensemble de la société. Ce n'est que bien plus tard que les principes sous-jacents à ces théories, qu'ils soient pertinents ou non en ce qui concerne la peste, seront vulgarisés. Notons là encore ce temps de décalage, ces déplacements multiples dans la diffusion et l'appropriation des savoirs.

CONTROVERSES MÉDICALES

Reprenons la question initiale: comment se présentent les clivages dans le champ médical, en quoi affectent-ils l'institution sanitaire² en temps d'épidémie? Le débat est axé sur les modes de transmission de la peste, dont le bacille – mot inconnu alors – ne sera découvert qu'en 1894 par Alexandre Yersin. Mais il englobe, à partir des schémas proposés, les dimensions étiologiques et thérapeutiques.

La thèse dominante jusqu'au XVIII^e siècle suppose que les pestiférés contaminent l'air qui les entoure, d'où l'expression d'« aérisme ». La doctrine « aériste » ne repose pas sur une négation pure et simple de la contagion, comme on le croit souvent à tort: elle récusé tout particulièrement l'attribution de la contamination au seul contact direct, par le toucher (comme le suggère cependant l'étymologie du mot contagion, lequel dérive du verbe latin *tangere*, qui signifie toucher). Les « aéristes » auront l'oreille des autorités pour des raisons multiples, qui sont loin de ressortir à la seule crédibilité présumée de cette thèse. Car si la théorie hippocratique, formulée quatre siècles avant Jésus-Christ et redécouverte en Europe au XV^e siècle, confère une assise savante à la doctrine aériste, cette dernière permet surtout aux autorités de dédramatiser les situations épidémiques en faisant valoir le principe selon lequel la peur prédisposerait à la contamination: le « levain de la frayeur » – autrement dit « ce qui suscite la peur » – serait même indispensable, prétendent certains tenants de l'aérisme, à la survenue de l'infection. On voit ainsi comment la médecine aériste a pu donner un argument décisif aux autorités politiques pour tenter de conjurer les peurs sociales exacerbées par les épidémies de peste, et dont les conséquences pouvaient menacer gravement l'ordre public (voir Fabre, 1993a).

2. L'institution sanitaire englobe une série de dispositifs dont la quarantaine.

Suivant la doctrine aériste, la contagion est due à une infection atmosphérique : c'est l'idée maîtresse d'une corruption de l'air – cause naturelle de la peste – que l'on explique alors par les influences malignes du ciel, les vapeurs empoisonnées, les miasmes remontant des étangs ou se dégageant des cadavres en décomposition. À ces pestilences, les aéristes opposent une médecine des odeurs, bonnes ou mauvaises selon les courants dont ils se réclament (Hildesheimer, 1993).

Au XIV^e siècle, Guy de Chauliac en France est l'un des médecin les plus prestigieux à soutenir le principe de la contagion par l'air. Au XVIII^e siècle encore, le docteur allemand Berthold Behrends affirme dans son *Traité de la peste* (1714) : « la substance contagieuse est contenue exclusivement dans l'air qui entoure chaque malade » (cité par Nohl, 1986).

Il est fréquent jusqu'au XVIII^e siècle de croire à la contagion tout en défendant les thèses aéristes. Aussi prenons garde de ne pas verser dans l'anachronisme en forçant les traits divergents des opinions médicales. Les rivalités entre corporations dessinent plus sûrement les clivages médicaux que les différends sur les questions de doctrine. À vrai dire, l'approche contagionniste, qu'on oppose souvent au courant aériste, n'a longtemps été qu'une version parmi beaucoup d'autres au sein de ce dernier courant, lequel est loin de représenter un corps unifié de doctrines.

Si l'approche contagionniste se dégage de l'aérisme, ce n'est que très lentement, à partir du XVI^e siècle, à l'initiative de médecins isolés et peu influents. Les différences ne se formuleront clairement – à nos yeux, tout au moins – qu'au début du XVIII^e siècle, quand la peste ravage la Provence : *Le Journal des savants*, périodique lu en France et même au-delà en Europe par une frange des élites culturelles, va publier jusqu'au milieu de ce siècle les polémiques entre les tenants des deux conceptions (voir Ehrard, 1957).

LES PRÉCURSEURS DU CONTAGIONNISME

Selon les historiens de la médecine, le précurseur des idées contagionnistes serait le médecin italien originaire de Vérone, Girolamo Fracastoro. Ne publie-t-il pas en 1546, à Venise, un ouvrage fréquemment cité de nos jours dans lequel il défend le principe du *contagium vivum* au sujet de la peste, mais aussi de la

syphilis? L'intuition majeure de Fracastoro tient dans cette phrase qu'il écrit au milieu du XVI^e siècle et qui fait de lui sans conteste un pionnier: « la contagion se fait par des particules qui ne tombent pas sous nos sens » (Fracastoro, [1546] 1950). Mais la paternité du contagionnisme n'est pas si simple à identifier. Sans doute Fracastoro a-t-il le mérite de distinguer nettement les trois cas de figure présents dans le modèle contagionniste: la contagion directe, par le toucher; la contagion indirecte, par les effets personnels ou les marchandises; la contagion à distance par l'air, enfin, conformément au credo aériste. Est-il le premier pour autant; est-il seulement possible de répondre à cette interrogation? Nous pensons qu'il s'agit en grande partie d'un faux problème ou, si l'on préfère, d'une question indécidable.

Un traité médical de 1540, rédigé par un certain Nicolas Massa, développe avant Fracastoro une théorie de la contagion; un autre médecin de cette période, Victor Bonagentibus, se situe dans la même perspective que le syphiligraphe de Vérone (voir Nohl, 1986: 88). Tous ces traités sont publiés en Italie du Nord, dont les écoles de médecine sont alors à la pointe des connaissances médicales en Europe. Cela ne signifie nullement que ces médecins soient influents: ce sont des individus isolés, qui ne suscitent aucun courant d'opinion à leur époque, ni dans les générations suivantes. Le cas de Fracastoro est à cet égard révélateur: c'est au XIX^e siècle qu'on le découvre en Europe, au moment où l'on traduit en multiples versions son poème, publié en 1530, *Syphilis sive Morbus Gallicus*. On retient alors qu'il fut le premier à nommer « syphilis » la maladie désignée auparavant sous le terme de « grosse vérole »: sa théorie de la contagion est prise en compte « dans la foulée » seulement; c'est le poète syphiligraphe qui intéresse les écrivains « fin de siècle » du XIX^e, et avec eux toute une société hantée par la syphilis et son imaginaire sulfureux (voir Lasowski, 1982: 127).

Si un autre nom peut être cité parmi les précurseurs du contagionnisme – celui du jésuite allemand Athanase Kircher, qui publie un traité sur la peste de Rome en 1658 –, c'est pour remarquer aussitôt qu'il ne fait pas école non plus. Ainsi, un médecin contagionniste provençal du XVIII^e siècle, Jean-Baptiste Bertrand, ne cite ni Kircher, ni Fracastoro, ni Massa, dans son ouvrage *Relation historique de la peste de Marseille*, publié à Cologne en 1721, ou dans son *Traité sur la peste qui règne à présent à Marseille et dans la Provence*, paru à Lyon en 1721 également. Hippocrate, en revanche, fait l'objet de plusieurs mentions élogieuses, quoiqu'il

puisse s'agir simplement, dans l'esprit de Bertrand, de respecter les traditions médicales du moment.

Au demeurant, Kircher, tout en évoquant la présence d'« animalcules invisibles » à l'origine de la contagion, ne se démarque pas franchement de la doctrine aériste : Kircher décrit les animalcules en question comme des « vers qui flottent dans l'atmosphère » (Nohl, 1986 : 88).

SAVOIRS ET MÉTAPHORES

Ces métaphores, alors courantes dans les traités médicaux, traduisent un fait majeur : des passerelles s'établissent dans les deux sens entre doctrines médicales et croyances populaires ; leurs jonctions conditionnent nécessairement l'institution d'un savoir. Ainsi l'image de l'air rempli de vers, façonnée par Kircher, répond aux représentations collectives d'un mal invisible, d'une menace omniprésente sous la forme de « vers » susceptibles de ronger l'organisme. Les vers expriment ici la substance même du mal insidieux, qui s'insinue dans le corps humain. Cette métaphore est souvent utilisée dans les traités médicaux : elle a l'avantage de concilier une perception sensible d'usage commun et une lecture rapide du modèle hippocratique – la théorie des humeurs renvoyant aux relations entre microcosme (le corps humain) et macrocosme (l'environnement).

Un autre terme revient fréquemment – jusqu'au début du XX^e siècle encore – dans la littérature médicale : celui de « miasmes », utilisé indifféremment par les aéristes et les contagionnistes. Cette notion centrale dans la médecine occidentale possède elle aussi une dimension métaphorique indéniable. Car les miasmes sont considérés d'emblée d'essence délétère : ils obéissent à une représentation triviale du mal, que la science médicale du moment fait sienne et qui repose sur la propriété supposée de l'air de véhiculer les agents infectieux. On retrouve cette métaphore dans le thème des effluves qui s'échapperaient des corps malades et des cadavres pour se répandre dans l'atmosphère. De même, l'image du « venin pestilentiel » dont usent certains médecins, « parle »-t-elle au sens commun tout en le traduisant.

Une autre métaphore a cours au XVIII^e siècle, à travers la théorie du « levain pestilentiel » de Jean Astruc, régent de la Faculté de Paris (voir Ehrard, 1957 : 49-51). L'image de la peste qui « lève »

comme une pâte de boulanger ne pouvait que faire écho à des représentations très vivaces à l'époque : la métaphore fait office de médiation entre le raisonnement populaire et le discours savant.

Deux autres médecins contagionnistes du XVIII^e siècle, les lyonnais Goisson et Michel Bertrand s'inspirent de la « théorie des vers et des insectes », élaborée à la charnière des XVII^e et XVIII^e siècles par les « microscopistes » hollandais Anthonie Van Leeuwenhoeck et Nicolas Hartsoecker, sans toutefois mentionner Kircher. L'important vient de ce qu'ils donnent une forme animale à ce que Goisson nomme, à la suite d'Hartsoecker, les « insectes invisibles », qu'il décrit, du reste, portant des ailes et des pieds. Face à l'inconnu, Goisson se réfère à un système de connaissance déjà en place, qui rassure, celle des « vers » et des « insectes ». Il accorde, ce faisant, des représentations profanes auxquelles tout un chacun peut se rattacher à sa propre vision du *contagium vivum* : il offre en somme les moyens de concevoir, si fantaisiste que le chemin puisse paraître aujourd'hui, ce que « l'imagination ne saurait atteindre », c'est-à-dire « la petitesse de ces insectes, et plus encore celle de leurs organes » (cité par Ehrard, 1957 : 51).

À-COUPS ET CONTREMARCHES DE LA CONNAISSANCE

Que retenir de cette longue présentation des savoirs sur la contagion et de leur transposition ? Tout d'abord que l'évolution des connaissances en la matière est tout sauf linéaire. Les idées nouvelles ont du mal à émerger et la prégnance du modèle hippocratique n'explique pas tout à cet égard. Déformé, malmené, adapté selon les contextes culturels, ce modèle sert plus de prétexte que de paradigme. Il n'en demeure pas moins qu'au cours de la même période, des institutions sanitaires voient le jour et fonctionnent avec une certaine efficacité, comme nous le préciserons plus loin. À l'épreuve du mal contagieux, les sociétés ont forcément recours à des formes institutionnelles. Et ce, quand bien même la production des connaissances se révèle « lente » – mais selon quels critères en jugeons-nous ? – et sujette à des tensions qui déterminent les avancées et les reculs, les récurrences et les ruptures, si malaisées soient-elles à repérer chronologiquement.

Certes il manque jusqu'à la fin du XIX^e siècle à la connaissance de la peste les mots précis pour dire le mécanisme de la contagion

et les schèmes d'intelligibilité nécessaires à sa formulation. Mais, en même temps, les croyances qui nous semblent naïves induisent des actes de connaissance : au fond, pour que ces derniers interviennent, des phases de méconnaissance sont inévitables. Mieux, connaissances et méconnaissances sont indissociables. Les deux se conjuguent, de sorte qu'il nous est difficile aujourd'hui de faire la part de la vérité entre aérisme et contagionnisme : où se situe la connaissance, où se loge la méconnaissance ? Un partage net, outre son impossibilité logique, ne conduirait qu'à des jugements arbitraires, portés *a posteriori*.

Fondées sur un naturalisme simpliste à nos yeux ou sur des élaborations compliquées, les intuitions parfois ingénieuses de certains médecins ou d'autres médiateurs culturels (dans le champ magico-religieux notamment) peuvent déboucher sur des pratiques de protection opérationnelles, même si elles ne reposent alors que sur des observations empiriques. Ainsi, par exemple, l'usage du vinaigre et de peaux de bête à odeur forte procure une action prophylactique relativement efficace contre la peste dans la mesure où il fait fuir les puces, vecteurs principaux de la contagion. Cet usage était prôné en France sous l'Ancien Régime, et fréquent, si l'on en croit les chroniqueurs (voir Biraben, 1975). La méconnaissance du processus pathogène et de son agent n'empêche nullement, comme l'illustre ce fait, qu'une parade existe, fût-elle de portée limitée.

Il en va de même, à une échelle plus vaste, de l'institution quarantenaire : l'isolement des sujets infectés procède avant tout de l'expérience des contagions passées, et non d'une maîtrise des modes de transmission.

L'institution ne naît que lorsqu'il incombe aux autorités ou à un groupe professionnel, tels les médecins, de mettre en langage savant des croyances profanes. En retour, ces langages savants requièrent, pour faire acte de connaissance, de puiser dans les us et coutumes, les modèles culturels préexistants.

Institutionnalisés ou non, les savoirs de toute nature ne sont pas produits *ex nihilo*, comme s'ils venaient s'inscrire dans une chaîne continue de connaissances, elle-même autonome et garante en cela d'un devenir en progrès. C'est pourquoi le parcours du savoir à l'institution est jalonné de médiations et de transpositions inhérentes aux contextes culturels, lesquels se définissent à la fois par des formes de domination arbitraires et par la contestation plus ou moins radicale de ces dernières.

La querelle du contagionnisme témoigne de ces scissions, largement imprévisibles, du savoir. À partir du XVIII^e siècle, nul doute qu'aéristes et contagionnistes s'opposent avec vigueur, mais l'enjeu tient-il dans la raison médicale? La césure entre les deux camps, nous l'avons vu, n'est pas aussi nette sur ce plan que les polémiques, voire les invectives, le laissent supposer. Subsiste en effet un fonds commun en résonance avec l'univers de croyances dont chaque camp est à la fois produit et écho. Des deux côtés, on se réclame d'Hippocrate et de Galien: les précurseurs de la Renaissance – cette « avant-garde médicale » que nous sommes en mesure, à notre époque, de dégager – sont ignorés au XVIII^e siècle, comme ils l'ont été, en règle générale, de leur vivant. Ce fonds commun détermine largement les pratiques de soins, les contagionnistes à cet égard n'étant guère plus novateurs que leurs adversaires.

Décidément, c'est ailleurs que passe la ligne de fracture. Et pour la dessiner, il nous faut présenter dans une perspective historique le schéma institutionnel de la quarantaine. Par ce biais, nous verrons que le paradoxe initialement posé relatif aux pratiques d'isolement n'est jamais qu'apparent.

LA QUARANTAINE: UNE INSTITUTION CONTRE LA PESTE FONDÉE SUR UNE LOGIQUE DISCIPLINAIRE

Aéristes et contagionnistes s'accordent, à quelques exceptions près, sur une logique politique qui sert les desseins des autorités en place: pour se protéger de la peste, il importe avant tout de s'isoler des individus et des milieux supposés contaminants.

Cette politique prévaut chez les aéristes car beaucoup d'entre eux pensent que le degré d'infection de l'air est plus élevé dans le voisinage immédiat des malades et des cadavres (Biraben, 1976: 167). Dès lors, ils prônent l'éloignement de ces derniers, faisant valoir que procéder ainsi prévient la contagion par l'air.

Mais ce sont les contagionnistes qui, les premiers, développent une théorie politique de l'isolement. Comme le précise Jean-Noël Biraben, « au milieu du XVI^e siècle, la théorie contagionniste aidant, on attache de plus en plus de valeur à l'isolement, et surtout à sa très stricte observation alors que la fuite désordonnée apparaît néfaste [...] il faut attendre la mise en place d'un réseau international d'informations sanitaires au XVII^e siècle, c'est-à-dire le régime des

patentes maritimes de santé et des billets ou passeports sanitaires, pour que le mal commence à reculer » (1976 : 183).

Le contagionnisme accrédite un système de défense fondé sur l'isolement : les bureaux et les capitaines de santé à l'échelle municipale ; les billets de santé qui permettent le contrôle des individus à l'échelle des provinces, puis des pays entiers ; le régime de patentes maritimes de santé, à partir du XVII^e siècle, dont l'efficacité s'accroît au fil des décennies, et qui vise à repérer les bateaux suspectés de transporter des biens ou des passagers contaminés (voir Panzac, 1986). À ce dispositif complexe fait pendant l'organisation spatiale de la quarantaine au moyen des lazarets.

Savoir à quel moment, précisément, les lazarets sont conçus dans le but d'endiguer les épidémies, n'est guère évident : inutile de chercher quel serait le premier lazaret, ce serait peine perdue. Autant qu'on puisse en juger, c'est vers la fin du XIV^e siècle, sous les coups de butoir de la peste, que certains grands ports de l'Europe méditerranéenne – le bassin de navigation le plus emprunté alors – engagent des politiques de quarantaine : ainsi en est-il de Dubrovnik en 1377 (Grmek, 1980), de Séville et de Barcelone en 1383. Quant aux cités italiennes, les plus prospères de ce temps grâce à la vitalité de leur commerce maritime, elles sont à pied d'œuvre dès le XV^e siècle pour appliquer les mesures de quarantaine : Raguse, Venise, Livourne, Gênes, d'abord ; les autres ports méditerranéens d'envergure emboîtent le pas (McNeil, [1976] 1978 : 152). Fréquemment menacée par la peste, Marseille établit en 1526, sur l'île de Pomègue, son premier lazaret maritime, qui deviendra, aux siècles suivants, l'un des dispositifs quarantentaires les plus sûrs de son temps ; du moins est-ce la réputation que la cité phocéenne entretiendra pour promouvoir ses activités économiques. Et ce, jusqu'à l'épisode de peste de 1720 à 1722 dû au non-respect flagrant des règlements de quarantaine – événement qui compromettra longtemps cette flatteuse réputation, apparemment justifiée au XVII^e siècle (Hildesheimer, 1981).

Comme on l'aura remarqué, la fondation de ces quarantaines précède nettement la parution de l'ouvrage de Fracastoro, *De la contagion et des maladies contagieuses*, en 1546. C'est un point crucial : si importantes que soient les premières thèses contagionnistes, elles ne font que confirmer la validité du modèle quarantenaire. L'institution sanitaire devance à maints égards les conséquences pratiques qui découlent des savoirs médicaux les plus pertinents sur la contagion.

La mise en place de cordons sanitaires – les « lignes » disait-on – à partir de la deuxième moitié du XVII^e siècle accentue cette logique politique. Si les autorités portuaires affinent au même moment les mesures de quarantaine, c'est qu'elles prennent conscience peu à peu de leur efficacité. Sans connaître le rôle de la puce dans la transmission de la peste, des efforts particuliers sont cependant accomplis pour prévenir toute infection liée aux tissus et aux vêtements. Il est vrai que ces efforts concernent, sans discernement, l'ensemble des marchandises. Comme l'explique Françoise Hildesheimer, pour le XVIII^e siècle en Provence, les cargaisons des navires étaient mises en contact avec les hommes d'équipage au cours des « sereines » : ce terme désigne une pratique courante qui consistait à « exposer les marchandises à bord du bâtiment » (1981 : 77). Au lazaret, c'étaient les portefaix qui jouaient le même rôle : ils subissaient ce qu'on appelait crûment les « épreuves », de manière à déterminer si les marchandises étaient contaminées ou non ; d'autre part, ils tournaient et retournaient ces dernières afin de les « purger », selon les croyances de l'époque. Le fait de tester sur les hommes l'innocuité d'une cargaison semble une pratique inconnue sur la côte du Ponant, dans le nord-ouest de la France : peut-être est-ce dû à la fréquence des épidémies de peste, bien plus élevée en Provence, là où la doctrine aériste était depuis longtemps pénétrée de l'idée de contagion interhumaine, sur la foi de l'expérience, plus que des thèses médicales défendues par certaines écoles de la péninsule italienne toute proche.

De même, il était courant de faire cohabiter dans l'enclos du lazaret un malade et un « garde » : si le second se maintenait en bonne santé, cela garantissait la guérison du premier. Même des chirurgiens ont pu, à certaines occasions, remplir cette fonction dans le but déclaré d'obtenir leur « maîtrise ».

Nous pouvons lire, à travers ce fait, comment est conçue l'institution quarantenaire, à cette époque tout au moins : circonscrire le mal en un espace particulier selon des temporalités propres à l'institution, mais aussi et conjointement assurer la survie du corps social, protéger la quasi-totalité de ses membres, fût-ce au détriment de quelques personnes, humbles pour la plupart, délibérément exposées à la peste, prêtes à sacrifier leur vie contre une somme d'argent souvent dérisoire.

L'institution est aussi cela : le cantonnement de la peste exige un tribut à payer, en vie humaine le cas échéant, comme si l'instance sanitaire avait encore à composer avec un Dieu courroucé, un

Être suprême ou une sombre Destinée. Tels se présentent, au XVIII^e siècle encore, les cadres culturels d'interprétation du mal : les procédures sanitaires inhérentes à l'institution quarantenaire s'y inscrivent, d'une manière ou d'une autre, qu'elles procèdent ou non d'un savoir strictement médical. Françoise Hildesheimer (1981 : 78) ne dit pas autre chose quand, relativisant le point de vue moral que nous pourrions émettre à ce sujet, elle nuance ainsi les choses :

il faut opposer les institutions sanitaires et ceux qui assurent leur fonctionnement d'une part, ceux qui y sont soumis, de l'autre ; les opposer, mais aussi les réunir face à la peste qui constitue le terme primordial et originel de l'équation et, omniprésente, entretient en toile de fond un climat oppressant de nervosité et de peur.

UN ÉTABLISSEMENT SANITAIRE: LE LAZARET

Le lazaret peut se définir comme un établissement à caractère permanent qui implique des procédures draconiennes d'isolement : un local et un personnel sont prévus à cet effet. Les lazarets maritimes, tels ceux de Marseille et de Toulon en France, sont implantés dans les zones portuaires particulièrement sensibles aux épidémies de peste : ils assurent la quarantaine des personnes et des marchandises atteintes ou suspectes.

Le lazaret répond d'abord au principe d'isolement : il convient d'édifier des lieux spécifiques de manière à isoler les sujets contagieux. Les 40 jours d'isolement se révèlent efficaces en matière de peste, car ils suffisent en général à poser un diagnostic ou à s'assurer d'une guérison. Reste toutefois le problème des rats et des puces qui peuvent fuir les navires et contaminer la population. De surcroît, c'est vers la fin du XV^e siècle que voit le jour l'idée de propagation de la peste par la laine et les textiles : tout en faisant l'objet de controverses dans les milieux médicaux, cette idée défendue plus tard par les contagionnistes se répand peu à peu parmi les édiles municipaux et les autorités sanitaires. À Marseille, en 1490, on interdit de vendre les vêtements et les objets ayant appartenu à un pestiféré (Hildesheimer, 1993 : 90). Mais, à défaut d'identifier le rôle des puces, on s'en prend aux fripiers juifs, qui colporteraient la contagion. Tandis que le monde musulman refuse jusqu'au début du XIX^e siècle d'appliquer les règles de quarantaine pour des raisons à la fois religieuses et culturelles, l'Europe en revanche se dote d'un réseau complexe et relativement efficace de lazarets qui institutionnalisent le principe quarantenaire (voir Panzac, 1986).

Ce réseau a très probablement joué un rôle déterminant dans la lutte contre la peste: appliquées de plus en plus strictement, les quarantaines ont permis, combinées à d'autres facteurs biologiques et sociaux, de freiner les épidémies puis de les enrayer à partir du XVIII^e siècle. De même, s'agissant du transport maritime, les règlements de quarantaine ont été respectés de manière plus scrupuleuse au fil du temps: à la scène, si présente encore dans nos esprits, des navires hissant le pavillon jaune de la quarantaine, l'inquiétude ne manquait pas de s'installer et les précautions prescrites n'étaient pas prises à la légère, malgré quelques négligences aux conséquences parfois dramatiques.

Les lazarets quant à eux se modifient lentement, se modernisent: le quadrillage des lieux se fait de plus en plus systématique, des mesures draconiennes étant proposées, surtout à partir du XIX^e siècle, par des médecins et des hygiénistes. Ainsi, au Canada, lors des six vagues successives de choléra entre 1832 et 1854, Grosse Île sera aménagée et dotée d'un dispositif de quarantaine, de manière à protéger le port de Québec, porte d'entrée de la navigation en provenance d'Europe (voir O'Gallagher, 1987). Adversaire acharné de son confrère George Douglas, surintendant de la Grosse Île de 1836 à 1864, le médecin William Marsden, dans son plan de quarantaine publié en 1866, critique sévèrement le dispositif en place, préconisant d'autres mesures, plus énergiques et systématiques, pour éviter les contacts corporels entre personnes saines et malades, assurer la propreté, la désinfection et le nettoyage des lieux contaminés (voir Leblond, 1986: 119, 154 et 155).

Outre sa fonction de protéger et de soigner, le lazaret s'organise comme un espace de contrôle « scientifique » des corps: l'hygiénisme politique, qui gagne du terrain tout au long du XIX^e siècle, confère à l'approche médicale un droit de regard sur l'institution quarantenaire, qu'elle n'avait jamais obtenu auparavant de façon aussi nette. On reconnaît à la médecine une capacité de gestion rigoureuse des établissements sanitaires, fondée sur un savoir doublement légitimé: d'abord par une « technologie » qui se veut et se révèle souvent plus efficace sur les plans tant clinique que thérapeutique; ensuite par une morale laïque qui fait la part, en toute chose et en tout être, entre le normal et le pathologique.

À l'action purement autoritaire, sinon arbitraire, qui résultait de la politique d'exclusion, de mise à l'écart de la communauté en temps de peste, fait place un dispositif qui s'énonce et se développe sous le signe du médical: l'institution se « police », pour jouer sur le

double sens du mot. Sous l'Ancien Régime en France, on parlait de « polices sanitaires » : nulle équivoque à ce sujet, prévention et répression allaient de pair. Par la suite, l'institution quarantenaire trouve du côté de la médecine une caution « scientifique » auprès du corps social. Son schéma disciplinaire change de nature.

Le jugement de Dieu, l'ordalie, les épreuves par lesquelles le temps faisait apparaître ou disparaître le mal, tout cela ne prévaut plus, au XIX^e siècle, comme modèle sémantique ; celui-ci a perdu sa prégnance et sa centralité.

L'ironie de l'histoire vient de ce que la quarantaine tombera bientôt en désuétude, tout au moins dans ses multiples applications dans le champ de la navigation maritime. Le commerce et le libre échange ont maintenant force de loi : ils ne supportent plus les entraves, quels que soient leurs motifs.

Ainsi, le port de Marseille, « fief » de la quarantaine en France, subit la pression des anti-contagionnistes, qui imposent leur point de vue à l'occasion du choléra au XIX^e siècle. Le décret du 10 août 1849 supprime l'Intendance sanitaire de Marseille ; celui du 24 décembre 1850 assouplit considérablement les quarantaines dans tous les ports français. Là encore, le savoir médical joue à la fois comme levier et alibi : l'approche « miasmatique », en se radicalisant, discrédite toute idée de contagion par contact direct ; en Grande-Bretagne, en France et en Allemagne, les médecins anti-contagionnistes ou infectionnistes, alors présentés comme réformistes, se mobilisent pour démanteler les règles de quarantaine dans le commerce maritime ; selon eux, de telles mesures ne sont que survivances d'une époque révolue de superstitions (voir McNeil, [1976] 1978 : 17).

L'institution quarantenaire est ébranlée : elle n'est plus en phase avec l'évolution culturelle des sociétés industrielles. La raison économique n'explique pas tout, car les savoirs sur la contagion se modifient eux aussi de l'intérieur, et non – il serait absurde de le penser – sous la seule influence des milieux d'affaires (voir Delaporte, 1990). Le lazaret a vécu ; l'institution qui lui a donné sens se prolonge, mais sous des formes plus souples et, surtout, sous la responsabilité quasi exclusive du corps médical.

DE LA LÉPROSERIE AU SANATORIUM: L'ÉTABLISSEMENT COMME « ANALYSEUR »³ DE L'INSTITUTION

Pour tracer l'évolution de la quarantaine, nous avons dû déborder le cadre historique de la peste en évoquant l'épisode du choléra au XIX^e siècle. C'est que l'institution sanitaire en matière de contagion doit se lire dans la longue durée, à travers les prismes culturels qui expliquent ses variations. Alors s'estompe la frontière, prétendument nette, entre savoirs médicaux et savoirs profanes de la contagion : leur interpénétration et leur cohabitation plus ou moins conflictuelle ont retenu toute notre attention.

Selon la même perspective, nous voudrions soutenir l'idée que les établissements révèlent la nature des institutions, à telle ou telle phase historique : ils constituent des « analyseurs » irremplaçables. Nous voulons signifier par là qu'une étude détaillée, de type monographique, du mode de fonctionnement et de l'organisation spatio-temporelle d'un établissement sanitaire contient à elle seule une potentialité non négligeable de compréhension de l'institution. Les travaux de Michel Foucault sur l'hôpital général – le premier établissement de ce genre s'ouvre à Paris en 1656 – sont à cet égard exemplaires (1972, 1979). Dans une autre perspective, les recherches plus récentes de Lindsay Prior concernant l'architecture hospitalière apportent une mine d'informations sur l'institution sanitaire (1988, 1992).

Pour notre part, nous voulons seulement esquisser ce qui pourrait constituer une généalogie des établissements sanitaires en période de contagion et, partant, de l'institution quarantenaire.

Tout d'abord, bien sûr, viennent les léproseries. La lèpre proprement dite – l'anathème biblique concernant sans doute d'autres maladies de la peau – apparaît au VI^e siècle de notre ère, en Égypte, en France et en Angleterre ; elle se développe au XI^e siècle au cours des croisades. Ce n'est qu'à l'occasion du III^e concile de Latran, en 1179, que sont instaurées des mesures d'isolement strictes : crécelle, crémation des habits et des effets personnels, port de tuniques identifiables, cimetières spéciaux et, ce qui nous intéresse plus directement, édification d'établissements isolés. Un réseau dense de léproseries est en place au XIII^e siècle dans le royaume de France :

3. Ce terme doit s'entendre ici au sens où René Lourau l'utilise dans *L'analyse institutionnelle* (1976).

340 sont dénombrées en 1261 sous le règne de saint Louis. Mais le rituel de séparation du monde n'a cours, semble-t-il, que dans 17 diocèses. De plus, l'enfermement des lépreux est relatif: pour discriminant qu'il soit, l'établissement laisse une certaine autonomie aux lépreux et aux lépreuses. C'est non quelque souci humanitaire – cela n'entre pas dans les préoccupations des puissants de ce temps –, mais plus vraisemblablement, le caractère peu contagieux de la lèpre, qui n'échappait pas aux contemporains même s'ils la croyaient incurable, qui explique ces failles dans le contrôle des déplacements des « ladres », comme on disait alors. De surcroît, sous le vocable de lèpre, on rangeait au Moyen Âge toute une gamme d'affections plus ou moins graves, dont le seul point commun était la manifestation de profondes lésions cutanées. Au XIV^e siècle, les ravages de la peste associés au recul de la lèpre vont rendre nécessaire la reconversion des léproseries (des maladreries, ou encore des ladrieries) en hôpital général ou en lazaret pour accueillir les pestiférés.

L'établissement se modifie lentement, les règles d'exclusion et d'isolement se renforçant de plus en plus dans les lazarets. Ces derniers présentent un modèle disciplinaire plus prononcé, tributaire en cela des savoirs de l'époque, comme nous l'avons montré précédemment. Du reste, loin de l'imaginaire de la lèpre véhiculé par les historiens du XIX^e siècle, il apparaît aujourd'hui à la lecture des sources originales que la lèpre n'a jamais eu le caractère massif de la peste, en raison notamment de sa bien moindre « contagiosité ». La comparaison entre la léproserie et le lazaret devrait ainsi prendre en compte la nature différente des pathologies, des savoirs produits et de leur genèse institutionnelle.

Si la peste transforme l'établissement hospitalier en lazaret, ce n'est pas seulement parce que l'épidémie suscite le « rêve politique » d'une cité parfaitement gouvernée (voir Foucault, 1977; Hildeheimer, 1990: 110-111). C'est d'abord, chronologiquement, en raison de la violence imprévisible de la contagion. Si l'institution quarantenaire se met en place un peu plus tard et se systématisé seulement à partir du milieu du XVI^e siècle, il faut attribuer ce contretemps à la brutalité du choc initial et la nécessaire période de latence que demandent à la fois l'imposition de modèles culturels et l'adhésion à leur principe. En d'autres termes, l'isolement institutionnalisé des personnes contaminées dépend préalablement d'une pratique individuelle de l'évitement, laquelle se trouve, par le biais de l'institution, transposée et généralisée. Le lazaret et ses procédures administratives – plus rigides encore, à certains égards, au XIX^e

siècle, lors des épidémies de choléra – échappent à l’entendement si l’on néglige ce canevas culturel : peu importe l’inefficacité des thérapeutiques, pourvu que les causes de la contagion soient empiriquement connues ; l’institution sanitaire se fonde sur l’expérience, revisitée et habilitée ultérieurement par les savoirs médicaux. La peste suscite des réactions collectives dont l’évolution en termes institutionnels peut s’appréhender comme suit :

À l’origine des pratiques sanitaires, on trouve l’isolement des malades dans leur maison et la fuite des bien portants. Dans un second temps, on découvre qu’il ne faut pas faire partir ces derniers, mais enfermer les malades à l’écart et les exclure de la communauté, action autoritaire qui impose des règles de police strictes (Hildesheimer, 1993 : 74).

Poursuivons ce parcours à travers l’histoire des établissements, en nous arrêtant sur le sanatorium, plus proche de nous, puisque sa conception date du XIX^e siècle et répond à une logique préventive de prise en charge médicale de la tuberculose pulmonaire (voir Guillaume, 1986).

Le premier sanatorium est ouvert en Allemagne en 1854. Les phtisiologues allemands inspirent les dispositions mises en œuvre dans le reste de l’Europe, lesquelles s’avèrent relativement efficaces en l’absence d’un vaccin – celui-ci n’étant mis au point qu’en 1921. En France, la loi du 7 septembre 1919 organise les sanatoriums : en 1933, hôpitaux spécialisés et sanas comptent 34 000 lits. Le principe reste ici le même – isoler les malades –, même si les phtisiologues mettent l’accent sur la prévention de la maladie et son accompagnement lorsqu’elle s’aggrave. Le sanatorium se présente comme un établissement spécifique, conçu sur un mode disciplinaire en raison, prétendent les médecins, de la crainte de voir se multiplier les relations sexuelles entre pensionnaires (ce motif, notons-le, était déjà avancé dans le cadre du lazaret). Mais la différence essentielle avec ce dernier vient de ce que le sana n’est pas coupé du monde extérieur, que la réclusion n’est ni forcée ni permanente. Ceci ne tient pas, là encore, à un souci affiché, à l’égard du phtisique, de respecter son libre arbitre : le corps médical, qui gère toute la dimension sanitaire des sanas, affirme bien plus souvent sa responsabilité envers la collectivité, dont la santé est menacée par le caractère hautement contagieux de certaines formes de tuberculose. Si le changement est décisif, c’est que les autorités politiques, de même que de larges fractions de la population, sous l’influence des théories médicales de la contagion, sont passées à une vision différente de

l'épidémie: l'institution se modifie à mesure qu'évoluent les savoirs sur la nature et la transmission de la contagion.

Enfin, demandera-t-on à l'issue de ce survol trop rapide de l'établissement en période de contagion, pourquoi le principe du *sidatorium* est-il, pour l'instant, écarté par les responsables sanitaires, dans la quasi-totalité du monde actuel? Sans nul doute l'approche éthique du sida, largement déterminée par l'action communautaire des associations de volontaires, s'est-elle imposée aux pouvoirs publics et au monde médical: le *sidatorium* a été rejeté parce qu'il aurait contrevenu à l'esprit de tolérance et de solidarité exprimé à l'égard des personnes atteintes. Mais ne nous leurrions pas: c'est la connaissance précise des modes et des voies de transmission du virus du sida qui a justifié, en premier lieu, ce refus de l'isolement et de l'enfermement. L'institution sanitaire contre le sida n'a nul besoin d'un établissement spécifique pour légitimer son intervention: son efficacité se situe ailleurs, à l'interface des gestions médicale et politique de l'infection⁴.

* * *

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, le sanitaire et le médical ne coïncident pas jusqu'à la fin du XVIII^e siècle. La prédominance du corps médical dans l'institution sanitaire se fait sentir réellement et suscite une adhésion relativement large à partir du XIX^e siècle seulement, à l'occasion notamment de l'épidémie de choléra de 1832.

Jusqu'au XVIII^e siècle, d'autres instances prévalent. Par exemple les « bureaux de santé », structure communale chargée de prendre les mesures adéquates en période d'épidémie, ne sont pas composés majoritairement de médecins: les « intendants de santé » sont plus souvent des négociants, quand il s'agit de cités portuaires, ou d'autres notables (Hildesheimer, 1993: 128).

La visée sociale de la médecine s'est exprimée dans les changements politiques auxquels elle a œuvré depuis le XIX^e siècle: la conception de l'hôpital moderne et de la conscription militaire; la diffusion des doctrines hygiénistes en milieux urbain et rural.

Auparavant la médecine était rarement à l'initiative des politiques sanitaires, jouant plutôt un rôle d'accompagnement. Ceci est

4. Ceci est une proposition générique qui mériterait, évidemment, de plus amples développements, voire un article tout entier.

frappant en ce qui concerne l'institution de la quarantaine. Si Hippocrate en émet déjà le principe quatre siècles avant Jésus-Christ dans un traité médical (voir Biraben, 1976 : 174), c'est à l'autorité politique que revient l'initiative de ce dispositif mis en place tout d'abord dans les ports les plus prospères de la Méditerranée et de l'Adriatique. Le principe de la quarantaine ne s'institutionnalise que lorsque la peste dévaste l'Europe au cours du bas Moyen Âge, et que l'ensemble des connaissances produites à son endroit permet de légitimer, fût-ce de manière équivoque, pareille entreprise.

Les querelles médicales qui jalonnent les épisodes contagieux sont inscrites dans des logiques sociales et procèdent de mécanismes politiques : nous avons voulu illustrer le fait que les débats médicaux, loin d'être réductibles à de purs enjeux de santé, révélaient des croyances collectives et des vécus sociaux porteurs tout à la fois de connaissances et de méconnaissances sur la contagion.

Les médecins attendront le milieu du XIX^e siècle pour utiliser judicieusement le microscope dont Van Leeuwenhoek avait pourtant démontré les potentialités en décrivant, entre 1670 et 1723, les micro-organismes de l'eau stagnante. De même, la pensée de Fracastoro ne sera pas diffusée en Europe : le *Dottore* de Verone restera incompris des médecins de son temps. Mais à quoi bon le déplorer aujourd'hui ?

Jusqu'au XIX^e siècle, les traités de Fracastoro échappent à l'entendement ; quant au règne de l'infiniment petit, il demeure longtemps inaccessible aux médecins : les conditions ne sont pas réunies pour qu'interviennent des ruptures épistémologiques. Il y aurait un défaut de méthode à penser que les uns sont en avance, les autres, en retard. Envisager que les médecins de la Renaissance aient pu majoritairement suivre les enseignements de Fracastoro serait un anachronisme : ils n'appartiendraient pas à leur temps, si tel était le cas.

Cela nous renvoie à un fait récurrent dans l'histoire moderne, illustré au XIX^e siècle par Claude Bernard, puis Louis Pasteur : les connaissances biomédicales se développent en général avec un retard sensible sur les sciences physiques et chimiques ; en outre, leur application est souvent décalée.

Les médecins s'octroient le pouvoir de nommer et de classer les maux biologiques, mais il faut du temps pour que leurs théories aient un impact sur les représentations collectives (voir Fabre, 1993b). Le temps de transposer au plan profane les langages savants

caractérise, d'après nous, l'institution, en ceci qu'elle correspond, précisément, au processus par lequel s'agencent diverses couches sédimentaires de savoirs.

La durée même de la quarantaine est affectée par ces mouvements cognitifs. Fixée à 40 jours en temps de peste, l'expression est prise dans son sens littéral. Puis, la durée de la quarantaine varie sensiblement selon les pathologies et les époques : ainsi, lors du choléra au XIX^e siècle, les médecins et les autorités sanitaires s'en tiennent fréquemment à une durée de 5 jours seulement. Le mot « quarantaine » n'est pas abandonné pour autant : cela dénote la force de l'institution.

Car si l'opportunité de certaines dispositions quaranténaires fait l'objet de controverses parmi les médecins et les historiens actuels, son efficacité n'est guère contestée s'agissant de la peste en général.

La quarantaine ne serait pas devenue, sinon, une institution.

Bibliographie

- Biraben, Jean-Noël (1975-1976), *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens*, t. 1, *La peste dans l'histoire*, t. 2, *Les hommes face à la peste*, Paris/La Haye, Mouton.
- Carrière, Charles, Marcel Courdurié et Ferréol Rebuffat (1968), *Marseille ville morte. La Peste de 1720*, Marseille, Maurice Garçon.
- Delaporte, François (1990), *Le savoir de la maladie. Essai sur le choléra de 1832 à Paris*, Paris, PUF.
- Delumeau, Jean (1978), *La Peur en Occident, XIV-XVIII^e siècles. Une cité assiégée*, Paris, Fayard.
- Douglas, Mary ([1966] 1981), *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, Paris, Maspéro.
- Ehrard, Jean (1957), « Opinions médicales en France au XVIII^e siècle. La peste et l'idée de contagion », *Annales ESC* (janvier-mars), p. 46-59.
- Fabre, Gérard (1991), « La peste en l'absence de Dieu? Images votives et représentations du mal lors de la peste provençale de 1720 », *Archives de sciences sociales des religions*, 73, p. 141-158.
- Fabre, Gérard (1993a), « Conflits d'imaginaires en temps d'épidémie », *Communications*, 57, p. 43-69.
- Fabre, Gérard (1993b), « La notion de contagion au regard du sida, ou comment interfèrent logiques sociales et catégories médicales », *Sciences sociales et santé*, XI, 1 (mars), p. 5-32.
- Foucault, Michel (1972), *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard.
- Foucault, Michel (1977), *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard.
- Foucault, Michel, et al. (1979), *Les machines à guérir: aux origines de l'hôpital moderne*, Bruxelles, P. Mordaga.
- Fracastoro, Girolamo ([1546] 1950), *Il contagio, le malattie contagiose e la loro cura*, Florence, Leo S. Olschki.
- Goulet, Denis, et Othmar Keel (1991), « Généalogie des représentations et attitudes face aux épidémies au Québec depuis le XIX^e siècle », *Anthropologie et sociétés*, 15, 2-3, p. 205-228.
- Grmek, Mirko (1980), « Le concept d'infection dans l'Antiquité et au Moyen Âge, les anciennes mesures sociales contre les maladies contagieuses et la fondation de la première quarantaine à Dubrovnik », *Rad. Jug. Akad.* (Zagreb), 384, p. 9-54.
- Guillaume, Pierre (1986), *Du désespoir au salut: les tuberculeux au XIX^e et au XX^e siècles*, Paris, Aubier.
- Hildesheimer, Françoise (1981), « Prévention de la peste et attitudes mentales en France au XVIII^e

- siècle», *Revue historique*, CCLXV, 1, p. 65-79.
- Hildesheimer, Françoise (1990), *La terreur et la pitié. L'Ancien Régime à l'épreuve de la peste*, Paris, Publisud.
- Hildesheimer, Françoise (1993), *Fléaux et société: de la Grande Peste au choléra XIV^e-XIX^e siècle*, Paris, Hachette.
- Lasowski, Patrick Wald (1982), *Syphilis. Essai sur la littérature française du XIX^e siècle*, Paris, Gallimard.
- Leblond, Sylvio (1986), *Médecine et médecins d'autrefois. Pratiques traditionnelles et portraits québécois*, Québec, PUL.
- Loureau, René (1976), *L'analyse institutionnelle*, Paris, Minuit.
- McNeill, William ([1976] 1978), *Le temps de la peste. Essai sur les épidémies dans l'histoire*, Paris, Hachette.
- Nohl, Johannes (1986), *La mort noire*, Paris, Payot.
- O'Gallagher, Marianna (1987), *Grosse Île: porte d'entrée du Canada, 1832-1937*, Sainte-Foy, Carraig Books.
- Panzac, Daniel (1986), *Quarantaines et lazarets. L'Europe et la peste d'Orient*, Aix-en-Provence, Edisud.
- Prior, Lindsay (1988), «The Architecture of the Hospital: a Study of Spatial Organization and Medical Knowledge», *British Journal of Sociology*, 34, 1, p. 86-113.
- Prior, Lindsay (1992), «The Local Space of Medical Discourse. Disease, Illness and Hospital Architecture», dans Jens Lachmund et Gunnar Stollberg (dir.), *The Social Construction of Illness*, Stuttgart, Franz Steiner Verlag.