

La police sanitaire maritime française au XIX^{ème} siècle *

par Bernard HILLEMAND **

Nous étudierons quatre textes fondamentaux - la loi du 3 mars 1822 relative à la police sanitaire (1) (20 articles répartis en 4 titres) ; l'ordonnance du Roi du 7 août 1822 en exécution de cette loi (2) (83 articles répartis en 7 titres) ; le décret des 22 février et 19 mai 1876 concernant la Police Sanitaire Maritime (3) (130 articles répartis en 13 titres) accompagné de nombreuses annexes ; le décret du 4 janvier 1896 sur la Police Sanitaire Maritime (4b) (135 articles répartis en 15 titres) accompagné de 4 annexes. Il devient alors réalisable, en négligeant la promulgation d'une multitude de dispositions chronologiquement intermédiaires, le plus souvent d'ordre ponctuel ou transitionnel, d'essayer de mettre en évidence les idées générales qui sous-tendent les textes majeurs, d'apprécier leur évolution et de dégager les facteurs de celle-ci après avoir émis quelques considérations générales nécessaires sur chaque texte. L'étude se fera en abordant ceux-ci sous deux volets : le volet nautique et portuaire ; le volet administratif et juridique.

Loi du 3 mars 1822 et son ordonnance d'exécution du 7 août 1822

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.

La peste : en raison du souvenir effroyable de la grande épidémie de peste noire du Moyen Âge issue d'un acte de bioterrorisme avant la lettre. En 1347 avant de lever le siège d'un comptoir génois de Crimée sur la Mer Noire, le port de Caffa, un Tartare le Khan Djanibek, son armée étant décimée par la peste, fit catapultier par-dessus les remparts de la place des cadavres de pestiférés. Les navires du port ainsi contaminés répandirent l'affection qui, via la Méditerranée, gagna toute l'Europe tuant un tiers ou même peut-être la moitié de sa population (5) (6). En raison aussi de l'entretien de la crainte par des épidémies itératives dont la dernière grande en France fut celle de 1720 à Marseille avec aux alentours de 120.000 morts pour toute la Provence (7) et construction sur 100 km d'un mur doublé d'un fossé pour isoler le Comtat Venaissin du Dauphiné à titre de protection (5) (8).

Le choléra, longtemps localisé dans les grands deltas de l'Asie méridionale comme le delta du Gange, avait en 1817 quitté son domaine habituel et apparaissait comme une

* Séance d'octobre 2011.

** 119, boulevard Malesherbes, 75008 Paris.

future menace pour l'Europe. Ce qui se réalisa pour la France en 1832 avec une première épidémie qui fit à Paris de 13.000 (5) à 20.000 morts (9) dont Casimir Périer, chef du gouvernement, et le général politicien Lamarque. L'angoisse revendicatrice induite par l'épidémie apparaît comme un des facteurs de l'émeute survenue lors des obsèques de celui-ci, décrites par Victor Hugo dans *Les Misérables* et écrasée dans le sang au cloître Saint-Merri (5).

La fièvre jaune, parce que, depuis le XVIII^{ème} siècle, elle avait atteint itérativement l'Europe, et surtout la Méditerranée occidentale (10) ; parce que l'épidémie de 1821 en Catalogne espagnole avec 20.000 morts à Barcelone et qui sévit aussi à Marseille et à Toulon, souleva en France une très vive émotion (11). Conjointement avec la nécessité de combler un vide juridique elle eut pour résultat le vote de la loi du 3 mars 1822. Celle-ci et son ordonnance d'exécution du 7 août 1822 furent réellement fondatrices. Antérieurement les règlements de police sanitaire étaient édictés surtout localement par les autorités municipales qui créaient parfois des services administratifs spécialisés comme la "Santé" de Marseille (11). Celle-ci adoptera au XVIII^{ème} siècle un règlement très complexe bien analysé par Fodéré en 1820 (12) et dont visiblement s'inspirera en le simplifiant la loi de 1822.

Certes parfois existait une très relative homogénéisation des dispositions locales par les États de la Province considérée (6). Certes les intendants du roi devaient informer leur ministre des fièvres éruptives, des pestes, des épizooties de leur ressort (5) et une série de textes royaux s'étageant du 25 août 1683 à une ordonnance royale du 27 août 1786 spéciaux à la Méditerranée imposaient aux navigateurs venant de l'Orient certaines quarantaines, la nécessité d'une patente et créaient des lazarets (13). Cependant des dispositions promulguées au XVIII^{ème} siècle pour les côtes de l'Atlantique et de la Manche tombèrent rapidement en désuétude et il est possible de dire qu'au début du XIX^{ème} siècle il n'y avait pour l'Océan aucune législation sanitaire (13). Les textes de 1822 allaient apporter de l'ordre dans tout ce désordre et essayer dans une philosophie "défensive" de rendre les frontières imperméables à l'invasion d'une épidémie. Dans ce travail seules seront envisagées les dispositions aux frontières maritimes négligeant celles promulguées pour les frontières terrestres.

Le volet nautique et portuaire des textes de 1822 : la patente de santé réglait l'indication des quarantaines et par voie de conséquence celle des "séquestrations" en lazaret. Cette patente, véritable passeport du navire, était un document médico-administratif sur l'état sanitaire du navire et sur celui de tous ses lieux d'escale, car il devait être visé à chaque relâche. Il était délivré en France par les administrations sanitaires, à l'étranger par "nos agents consulaires" ou par défaut par les autorités du pays sous réserve de certification ultérieure des consuls de France des escales suivantes, étant observé que les consuls, représentants officiels des états dans les diverses escales, concentraient leurs fonctions sur la surveillance sanitaire des équipages et des marchandises de leurs ressortissants (6).

La patente de santé était obligatoire pour tout navire arrivant d'un port quelconque et quelle que fût sa destination, ratures et surcharges pouvant entraîner des sanctions. On distingue dans les provenances par mer : celles des pays habituellement et actuellement sains ; celles des pays "qui ne sont pas réputés pays sains", car atteints ou suspects d'une maladie pestilentielle. Les provenances des pays réputés habituellement sains continueront d'être admises à la "libre pratique" aussitôt après les visites et interrogatoires d'usage vérifiant leur état sanitaire, à moins de la survenue d'un événement intercurrent

susceptible d'éveiller suspicion. Les provenances des pays qui ne sont pas réputés habituellement sains seront en fonction des renseignements fournis par la patente de santé et "relativement à leur état sanitaire" rangés sous l'un des trois régimes ci-après : sous le régime de la patente brute, si elles sont ou ont été depuis leur départ infectées d'une maladie pestilentielle ; si elles viennent de pays qui en soient infectés ; ou si elles ont communiqué avec des lieux, des personnes ou des objets qui auraient pu leur transmettre la contagion. Sous le régime de la patente suspecte, si elles viennent de pays où règne une maladie soupçonnée d'être pestilentielle, ou de pays qui, quoique exempts de soupçon, sont ou viennent d'être en libre relation avec des pays qui s'en trouvent entachés, ou enfin si des communications avec des provenances de ces derniers pays ou des circonstances quelconques font soupçonner leur état sanitaire. Sous le régime de la patente nette, si aucun soupçon de maladie pestilentielle n'existait dans le pays d'où elles viennent ; si ce pays n'était point ou ne venait point d'être en relation avec des lieux entachés de ce soupçon ; et enfin si aucune communication, aucune circonstance quelconque ne fait suspecter leur état sanitaire. Sont également classés sous l'un des trois régimes les lazarets et autres lieux réservés ainsi que les territoires environnants qu'il devient nécessaire de frapper d'interdiction.

Le terme générique de "quarantaine", d'origine vraisemblablement liée à la valeur symbolique d'un délai de 40 jours, recouvre en fait des isolements sanitaires de navires pour des durées variables (6). Créée à Venise en 1348 pour les uns (14), à Raguse (Dubrovnik) en 1377 pour les autres (5) (6) (15), la quarantaine fut instituée dans tous les ports méditerranéens dont Marseille en 1521 (14). Le régime de la patente brute et celui de la patente suspecte impliquent une "quarantaine de rigueur" plus ou moins longue avec les "purifications" d'usage selon le degré d'infection ou de suspicion sanitaire. La classification sous le régime de la patente nette entraîne une "quarantaine d'observation", à moins qu'il ne soit certain que la police sanitaire est soigneusement exercée dans les pays d'où vient la provenance ainsi classée auquel cas il y a lieu de prononcer son admission immédiate à la libre pratique. Les durées des quarantaines sont plus ou moins longues et plus ou moins sévères en particulier selon les saisons, les lieux, les objets des provenances, etc. Le tableau qui suit schématise les durées prévues. "Si des symptômes pestilentiels viennent à se développer dans des provenances déjà en quarantaine, celle-ci devra recommencer et pourra même selon les circonstances être portée à un plus long terme".

Type de la quarantaine et régime	Nombre de jours en "état de séquestration"		Ports
	Manche et Océan	Méditerranée	
• quarantaine de rigueur - patente suspecte - patente brute	5 à 20 10 à 30	10 à 30 15 à 40	Ports désignés par le Ministère de l'Intérieur
• quarantaine d'observation - patente nette	2 à 10	3 à 15	Tous ports et rades

En corollaire des quarantaines furent construits des lazarets, pour la "séquestration" à terre pendant leur durée des passagers et des matelots hormis l'équipe de maintenance. Le premier fut édifié dans la lagune de Venise en 1403 (11) ; Marseille vers 1526 (6) et Toulon en 1657 (7) en furent dotés. D'où défenses faites par l'ordonnance d'août 1822 à

tout capitaine de navire provenant des Échelles du Levant ou des côtes de Barbarie sur les deux mers d'aborder ailleurs que dans les ports de Toulon et de Marseille jusqu'à l'établissement dans d'autres ports de lazarets susceptibles de recevoir les dites provenances. D'où une loi du 1^{er} mai 1822 accordant au Ministre de l'Intérieur un crédit extraordinaire de 1.500.000 francs pour commencer la création des établissements sanitaires qu'exige la sûreté en France (7), puis d'autres crédits en 1831 (16). Leur architecture initialement proche de celle des prisons évolua avec la finalité de bien garantir la séparation des différentes strates, celle des sujets potentiellement malades, celle des malades et le personnel (6) (7). L'aboutissement le plus achevé en fut les constructions réalisées selon les indications d'un rapport d'une commission sanitaire centrale en date du 28 février 1822 précisant les dispositions générales et le plan de distribution des différents bâtiments ainsi que sur les plans du livre d'architecture de Louis Bruyère, édité entre 1823 et 1826 (7) : "L'état de libre pratique cesse à l'égard des personnes et des choses qui ont été en contact avec des personnes et des choses se trouvant en état de séquestration". Les agents des douanes peuvent ainsi perdre leur libre pratique. Sauf autorisation écrite spéciale "les seuls membres ou agents des autorités sanitaires auront l'entrée des lazarets et autres lieux réservés pendant la séquestration mais ils ne pourront recouvrer leur libre pratique qu'après la quarantaine exigée".

Les autorités sanitaires pourraient refuser pour des raisons diverses et précisées l'admission d'un navire en quarantaine tout en accompagnant si possible ce refus de l'indication du lieu le plus voisin où la provenance pourra être admise. Nombre d'autres mesures détaillées étaient prescrites. Tout capitaine arrivant dans un port français était tenu de se conformer aux règles et aux ordres de la police sanitaire de même que les pilotes, et devait établir son navire dans un lieu réservé et empêcher toute communication. En utilisant une annexe porteuse d'une flamme jaune d'alerte pour déférer aussitôt à l'invitation de l'autorité sanitaire, il devait lui produire tous les papiers de bord et répondre sous serment à un interrogatoire subi aussi si besoin par les gens de l'équipage et les passagers. Il lui était interdit d'embarquer des passagers sans "bulletin de santé" non plus que des hardes éventuellement contaminées. Il lui était enjoint à lui ou à l'officier de santé du navire s'il en existait un de prendre note sur le journal de bord de toute anomalie de santé qui aurait pu se manifester.

La déclaration de tout symptôme de maladie pestilentielle était obligatoire pour tous. Diverses procédures sanitaires étaient prescrites en cas de décès à bord après une maladie pestilentielle, variables selon le navire au mouillage ou en route. "En cas d'impossibilité de purifier, de conserver ou de transporter sans danger des animaux ou des objets matériels susceptibles de transmettre la contagion, ils pourront être *détruits* après procès-verbal contradictoire sans obligation d'en rembourser la valeur, les animaux tués et enfouis, les objets matériels détruits ou brûlés" (article 5). "Les marchandises et autres objets déposés dans les lazarets et autres lieux réservés qui n'auront pas été réclamés dans un délai de deux ans seront vendus aux enchères publiques".

Pour le volet administratif et juridique, une structure administrative est organisée. La police sanitaire locale est exercée sous la surveillance du préfet dans les grands ports, par des "intendances" de 8 à 12 membres nommés par le ministre de l'Intérieur et dans les autres par des commissions de 4 à 8 membres nommés par le préfet. De hautes autorités de leur circonscription, militaires de terre et de mer ou des douanes ou des hauts responsables civils portuaires sont en droit d'assister à leurs réunions avec voix délibérative. Les règlements locaux jugés nécessaires sont faits par les intendances et soumis au

préfet, hors du ressort des intendances ces règlements sont faits par le préfet après avis consultatif des commissions. Tous les règlements ne peuvent être exécutés qu'après l'approbation du ministre de l'Intérieur. Intendances et commissions ont un "Président - né", les maires des villes où elles siègent. Elles ont un vice-président et un "Président - Semainier". C'est lui qui "assidûment" à son poste assure la direction et le détail des affaires pendant la semaine de sa présidence. Par exemple il fait reconnaître l'état sanitaire des provenances, donne la libre entrée ou retient en séquestration jusqu'à décision de l'assemblée, il délivre et vise les patentes et bulletins de santé. Il a sous ses ordres les secrétaires, les officiers de lazaret, les médecins, les "agents sanitaires" préposés à la surveillance des côtes pour veiller à l'accomplissement des règles sanitaires et constater leurs infractions par procès-verbal ainsi que les "gardes de santé" destinés à être placés à bord des navires, dans les lazarets et autres lieux réservés. Ces deux dernières catégories de personnel n'ont aucune fonction thérapeutique ou de soins, contrairement à ce que leur dénomination pourrait éventuellement faire croire. Les nominations, hormis celles des *médecins* et des *interprètes*, sont faites par les intendances et les commissions après approbation du préfet, qui n'est pas nécessaire pour les gardes de santé. Intendances et commissions déterminent autour des lazarets et autres lieux réservés la ligne où finit la libre pratique et définissent sa matérialisation.

Pour les aspects juridiques, les membres des autorités sanitaires exercent les fonctions d'officiers de police judiciaire dans le ressort de chaque intendance et de chaque commission concurremment avec les capitaines de lazaret et les agents sanitaires dans les lieux où ils seront employés. Tous doivent être assermentés devant le Tribunal civil. Les jugements rendus en matière de simple police par les autorités sanitaires le seront par le président semainier assisté des deux plus âgés d'entre ses collègues, le ministère public étant rempli en principe par le capitaine du lazaret. Les membres des autorités sanitaires exercent les fonctions d'officiers de l'état civil à l'égard des personnes séquestrées dans les lieux réservés. Un droit de requérir la force publique ou d'autres existe.

Les peines prévues par la loi se caractérisent par leur sévérité. Selon la gravité de l'infraction elles vont de la dégradation civique ou de l'emprisonnement avec amende aux travaux forcés et à la peine de mort. En outre dans l'ordonnance du 7 août 1822 on trouve la création près du ministre de l'Intérieur d'un Conseil supérieur de la santé, constitué pour être consulté par lui sur les matières sanitaires. Il devait être remplacé par arrêté du 10 août 1848 par le Comité Consultatif d'Hygiène Publique de France établi près du ministre de l'Agriculture et du Commerce avec pour finalités la lutte contre les épidémies, la protection sanitaire des frontières, la propagation de la vaccine. Les attributions de ce comité seront élargies ou approfondies par divers décrets (13).

Le décret de 1876

Des mesures furent nombreuses à être promulguées dans la période entre le décret de 1876 et la loi de 1822 certes remarquable mais très contraignante et aux infractions sanctionnées de façon extraordinairement lourde. Un indiscutable adoucissement des dispositions résulta de ces mesures. Très globalement elles tendaient à une diminution de la durée des quarantaines, à une réduction de leurs indications et à une réduction de la gravité des sanctions pénales. Un certain nombre de ces mesures se situèrent particulièrement à la fin des années 1840. Une convention sanitaire internationale et un règlement sanitaire international (17) issus de la 1ère Conférence Sanitaire Internationale de Paris

de 1851 inspirèrent, quoique dénoncées en 1865, toute une série de dispositions officielles nouvelles jusqu'au décret de 1876.

Dans les facteurs d'évolution on peut distinguer l'action de groupes de pression puis plus tard l'apparition conjointe et progressive d'un décalage entre la législation, le progrès des connaissances et son internationalisation. Les groupes de pression se livrèrent à deux types d'attaques : d'ordre théorique par les non contagionistes (10). Leur tête de file, Chervin, dans une pétition à la Chambre des Pairs et à la Chambre des Députés, demandait même en 1843 "la suppression immédiate des mesures sanitaires relatives à la fièvre jaune et à quelques autres maladies, la réduction des quarantaines contre la peste et qu'on se livre sans délai à des recherches approfondies sur le mode de propagation de ce dernier fléau" etc ; d'ordre économique par la pression des milieux maritimes et commerciaux. Si des quarantaines prolongées apparaissaient comme tolérables et presque comme un repos lors de la navigation à voile aux longues et pénibles traversées avec surmenage de l'équipage du fait des manœuvres quasi constantes dans des conditions hygiéno-diététiques déplorables (4/d), elles devenaient insupportables avec la navigation à vapeur surtout à partir de la décennie 1840 où elle se généralisa avec l'apparition de l'hélice à pales inventée par Augustin Normand (18). Les quarantaines devenaient parfois de durée très supérieures aux traversées devenues rapides d'où un ralentissement fort coûteux de la rotation des navires.

L'apparition d'un décalage entre la législation et les progrès de la connaissance fut liée à l'apparition progressive avec Claude Bernard, vers la décennie 1850, d'une médecine réellement scientifique et internationale. Des travaux s'étaient efforcés de préciser les délais des incubations. Malgré l'institution à Constantinople en 1839 d'un Conseil Supérieur de Santé valable, suivi d'autres ailleurs (6), on connaissait peu l'état sanitaire de l'Orient. Pour combler cette insuffisance le gouvernement français avait créé en 1847 avec les conseils de Prus (19) un corps de médecins fonctionnaires, les médecins sanitaires d'Orient qui, installés en réseau dans cette région source des épidémies avaient une double mission : assurer une veille sanitaire ; étudier l'environnement des lieux d'éclosion des épidémies avec l'espoir de pouvoir éventuellement les juguler un jour.

De leurs travaux présentés entre autres à la première Conférence Sanitaire Internationale à Paris en 1851, il apparut très vite que contrairement à ce que l'on pensait les pays lieux de départ des épidémies de peste n'étaient pas infectés de façon constante (4/d). Dans l'ensemble apparaissait un décalage entre législation et connaissance scientifique. Certes depuis 1822 de nombreuses mesures intermédiaires s'étaient efforcées, on l'a vu, de faire les adaptations nécessaires. Le décret du 22 février 1876 riche de novations les abrogeait ou les intégrait. Il distingue les maladies objet de la police sanitaire maritime en deux classes : celles qui déterminent des mesures sanitaires permanentes à savoir la peste, le choléra, la fièvre jaune contre les provenances par mer des pays où règnent ces maladies ; celles qui déterminent des précautions exceptionnelles applicables seulement à la provenance contaminée car maladies graves transmissibles et importables telles le typhus ou la variole. Il fut rendu rapidement caduc en raison de sa date de promulgation juste à la veille de la révolution pastorienne.

Dans le volet nautique et portuaire, la patente santé est profondément modifiée : quand elle est exigée, le remplissage d'un formulaire standard est rendu obligatoire ; elle doit dater d'au plus 48 heures avant le départ au lieu de l'ancien délai de 5 jours ; les lieux de délivrance et les obligations de visa restent les mêmes ; la patente de santé n'est plus exigible pour les ports d'Europe sauf en cas d'épidémie ; elle reste cependant obligatoire

pour les navires venant des côtes orientales de la Turquie d'Europe et du littoral de la Mer Noire ; elle est toujours nécessaire pour les navires venant des pays situés hors d'Europe, l'Algérie exceptée ; la patente suspecte, déjà abolie de longue date pour les pays de fièvre jaune, puis de peste, disparaît. Deux types de patente seuls subsistent : la patente nette en l'absence de toute maladie pestilentielle dans le pays de provenance ; la patente brute quand une maladie de cette nature y est signalée ; les navires en patente nette et ceux qui sont dispensés de patente sont immédiatement admis à la libre pratique sauf dans six cas particuliers : survenue pendant la traversée d'accidents certains ou suspects de peste, de choléra, de fièvre jaune ou de maladie grave importable ; survenue en mer de communications compromettantes ; conditions hygiéniques dangereuses à l'arrivée ; doutes sérieux sur la sincérité de la patente de santé ; provenance d'un port entretenant des relations avec des localités voisines où règnent la peste, le choléra ou la fièvre jaune ; départ d'un port avant le délai suffisant pour que le pays préalablement atteint d'une des trois maladies soit déclaré net. Pour les quarantaines, les navires en patente brute ou dans l'un des six cas susmentionnés sont passibles de quarantaines avec deux variantes selon une classification du navire. Soit en navire suspect : est simplement considéré comme tel celui qui n'a eu aucun accident déclaré pendant la traversée de la maladie en question avec confirmation par l'inspection médicale à l'arrivée. Ce navire relève de la quarantaine d'observation. Soit en navire infecté : est considéré comme tel celui où des accidents certains ou probables de la maladie pestilentielle ont eu lieu à bord. Ce navire relève de la quarantaine de rigueur.

Dans les deux cas, quarantaine de rigueur ou quarantaine d'observation, un pavillon jaune, signal de l'interdiction de toute communication, doit être arboré. Les durées de "séquestration" sont réduites par rapport à celles de 1822 avec diverses dispositions selon les maladies envisagées, la Méditerranée, l'Océan ou la Manche (cf. tableau 2, in fine). Les quarantaines d'observation et de rigueur diffèrent, comme leurs noms l'indiquent, par la sévérité des prescriptions, leur durée et leur lieu d'exécution. La quarantaine d'observation se transforme en quarantaine de rigueur, si pendant sa durée survient un cas de la maladie suspectée. Elle comporte une inspection médicale et pour les passagers elle peut être purgée à bord du navire mais de préférence dans un lazaret. La quarantaine de rigueur ne peut être purgée que dans un port à lazaret ; elle nécessite, avant toute opération de déchargement du navire, le débarquement au lazaret des passagers et de toutes les personnes inutiles à bord. Elle comporte ensuite le déchargement dit sanitaire, c'est-à-dire opéré selon la nature de la cargaison soit au lazaret, soit sur des allèges avec les purifications convenables ; elle exige la désinfection des effets à usage et celle du navire avec une quarantaine spéciale pour les hommes restés à bord pendant le déchargement sanitaire. Les malades sont immédiatement séparés des bien portants pour que les quarantaines qui recommencent à chaque nouveau cas pour les personnes restées ensemble ne se prolongent pas indéfiniment. Il s'ensuit des exigences architecturales pour les lazarets, lesquels relèvent des mêmes principes qu'en 1822.

Des dispositions architecturales et de fonctionnement sont détaillées : discipline sanitaire, police, intendance etc. Les lazarets se divisent en lazarets de premier et de deuxième ordres. Dans les lazarets de premier ordre se déroulent en règle générale les quarantaines de rigueur. Les lazarets de second ordre sont des établissements restreints, permanents ou temporaires, destinés, en cas d'urgence, à recevoir un petit nombre de malades. Un médecin attaché à chaque lazaret de premier ordre est chargé de soigner les quarantenaires et de veiller à l'exécution exacte des mesures sanitaires. Les quarante-

naires y reçoivent les soins ordinaires donnés dans les établissements hospitaliers, et y trouvent de même les secours religieux. Ils peuvent y faire venir à leur charge, soit leur médecin particulier, soit des gardes malades privés, soit des aliments exceptionnels, en se conformant à certaines réglementations.

Diverses mesures sont détaillées. À l'arrivée, les formalités d'usage étaient précisées. Tout navire arrivant dans un port doit être reconnu par l'autorité sanitaire par les opérations réglementaires classiques: soit reconnaissance, simple constatation de la provenance du bâtiment ainsi que des conditions générales dans lesquelles il se présente grâce à un interrogatoire au formulaire préétabli ; soit arraisonnement quand un examen plus approfondi paraît nécessaire ; une simple inspection suffit pour les petits bâtiments de navigation côtière. Les différentes obligations du capitaine à l'arrivée restaient dans l'ensemble inchangées par rapport à celles de 1822 ainsi que celles des passagers et membres de l'équipage, ces dernières concernant d'éventuels interrogatoires sous serment. Alors que dans tous les textes de 1822 il n'était fait question que de "purification" le terme de "désinfection" apparaît et fait l'objet d'un long titre. Elle peut être ordonnée à l'arrivée et doit l'être toujours dans certains cas, peste, choléra, fièvre jaune, variole, typhus. Parmi de multiples dispositions trois types de marchandises sont distinguées : les marchandises susceptibles, à désinfection obligatoire ; celles moins compromettantes à désinfection facultative, les marchandises non susceptibles exemptes de désinfection enfin. Des marchandises peuvent être détruites après procès-verbal de l'impossibilité de les désinfecter. Les animaux vivants peuvent être soumis à désinfection.

Au point de départ, lorsqu'une maladie pestilentielle apparaît dans un port ou ses environs, le devoir de l'autorité sanitaire est de le constater, d'en faire la déclaration officielle et de le mentionner sur la patente qu'elle délivre après vérification de l'état sanitaire et hygiénique du navire français en partance. La douane n'autorisera le chargement qu'au vu du récépissé d'une déclaration faite à l'autorité sanitaire du projet de départ du navire par ses responsables. L'autorité sanitaire a le devoir de s'opposer à l'embarquement d'une personne atteinte de maladie contagieuse et de toute substance qui par sa nature serait nuisible à la santé du bord.

Pendant la traversée, les navires affectés aux transports de nombreux voyageurs et qui font des trajets dépassant en moyenne quarante-huit heures, sont tenus d'avoir à bord un médecin pourvu d'un diplôme de docteur ou d'officier de santé. Les médecins embarqués peuvent être commissionnés ou non par le ministre de l'Agriculture et du Commerce. Ils doivent veiller à la bonne santé des personnes du bord, à la bonne hygiène du navire et aux contacts éventuellement dangereux. Ils consignent leurs observations. En l'absence de médecin de bord, c'est le capitaine qui remplit ces fonctions. Les mesures à prendre en cas de maladie pestilentielle ou suspecte à bord sont prévues et précisées, isolement des malades en zone aérée, désinfection rigoureuse etc.

Quant au volet administratif et juridique, l'administration sanitaire est totalement réformée. Les intendances et commissions sanitaires de 1822 ont complètement disparu dès 1851 ainsi que leurs présidents et vice-présidents semainiers. Le littoral est divisé en 11 circonscriptions sanitaires avec à la tête de chacune un agent supérieur dont le titre est "Directeur de la Santé". C'est toujours un médecin. Il donne ses instructions à des agents principaux, des agents ordinaires, des sous-agents. Chaque direction comporte en outre un personnel d'officiers et de gardes en nombre proportionné aux besoins du service. Elle veille à l'exécution des règlements et instructions sanitaires, s'oppose à leurs infractions, répond par des dispositions provisoires à des situations d'urgence. Le ministre de

l'Agriculture et du Commerce nomme le directeur de la Santé ainsi que les agents principaux, les capitaines de lazaret et les receveurs de droits sanitaires. Il nomme aussi les médecins attachés aux services sanitaires du lazaret ou du littoral ainsi que les médecins sanitaires établis dans le Levant depuis l'ordonnance de 1847.

Le préfet nomme les autres agents sur la présentation du Directeur de la Santé. Les agents sont ordinairement pris dans le corps des douanes après consultation selon le grade du ministre des Finances ou du directeur des douanes. Le plus élevé en grade dans chaque résidence représente le pouvoir exécutif. Il prononce sur l'admission à la libre pratique ou l'admission en quarantaine des provenances reconnues et prend toutes les mesures urgentes nécessaires. Des corps délibérants, les conseils sanitaires représentent les intérêts locaux. En face du pouvoir exécutif ils n'ont que voix consultative. Il y a un conseil sanitaire au moins par circonscription. Ils sont composés de divers éléments administratifs, scientifiques et commerciaux qui peuvent le mieux concourir à émettre un jugement éclairé sur les questions maritimes concernant la santé publique. Un certain nombre de membres de droit sont désignés par le règlement lui-même, les autres sont élus, un tiers pour chaque organisme par le Conseil Municipal, par la Chambre de Commerce et par le Conseil d'Hygiène et de Salubrité de la circonscription créé par arrêté gouvernemental le 18 décembre 1848 (13). Un "titre" détaille les droits sanitaires.

Les aspects juridiques et judiciaires envisagent les points suivants : les fonctions de l'état-civil énoncées dans l'article 19 de la loi de 1822 seront remplies par le directeur de la santé ou un agent principal. Les fonctions d'officiers de police judiciaire, attribuées par l'article 17 de la loi de 1822 aux autorités sanitaires, sont conférées aux directeurs, agents principaux et ordinaires, et capitaines de lazarets. Comme tels, ces fonctionnaires sont astreints à prêter serment devant le tribunal civil. Quand les autorités sanitaires ont à se constituer en tribunal de simple police pour juger les contraventions commises dans l'intérieur des lazarets et lieux réservés, ce tribunal spécial se compose du directeur de la santé ou d'un agent principal comme président, et de deux délégués du Conseil Sanitaire comme assesseurs, un troisième délégué remplissant les fonctions de ministère public. Les articles 53 et 54 du Code d'Instruction Criminelle déterminent les marches à suivre par les autorités sanitaires toutes les fois qu'il ne s'agira point d'une infraction de nature à être jugée par les dites autorités elles-mêmes.

Ainsi le décret par rapport aux textes de 1822 intègre des données nouvelles fondées sur certaines acquisitions de la connaissance d'où entre autres : la suppression de l'exigibilité de la patente de santé pour les provenances d'Europe ; la fin des quarantaines permanentes contre les provenances d'Orient ; le début de la désinfection commençant à remplacer la "purification" d'où progrès dans la sécurité sanitaire ; la réduction de la durée des quarantaines basée sur l'étude scientifique du temps d'incubation des maladies pestilentiennes et se situant aussi dans l'esprit d'économiser du temps ; l'apparition de médecins embarqués à bord des navires à nombreux passagers et aux traversées de plusieurs jours ; le "déchargement sanitaire" des marchandises avec des précautions particulières après le débarquement des personnes au lazaret réalisant un gain de temps car substituant une action immédiate à la temporisation qui était la règle dans l'ancienne quarantaine (20). Diminution des contraintes, gain de temps et simultanément amélioration de la sécurité sanitaire, telles avaient été les finalités de ce décret de février 1876.

Le règlement de police sanitaire maritime

Le décret du 4 janvier 1896 repose sur les principes développés dans les Conférences Sanitaires Internationales de Venise 1892, Dresde 1893, Paris 1894, à partir des données de la révolution pastorianne. C'est en effet en 1877 au lendemain de la promulgation du décret du 22 février 1876 rendu rapidement caduc que Pasteur (21) confirmant les travaux antérieurs de Davaine (22) apporte la démonstration formelle du rôle d'un agent pathogène microscopique dans une maladie infectieuse, en l'espèce le charbon, et que Sédillot (23) avec l'accord sémantique de Littré crée le terme microbe. Puis c'est l'explosion de connaissance que l'on sait.

Il est maintenant loisible comme l'écrit le 4 janvier 1896 Léon Bourgeois (4/a) dans son rapport de présentation du décret au Président de la République de bénéficier de grands progrès dans la prophylaxie des maladies épidémiques et de disposer de "procédés sûrs et rapides pour la destruction des germes morbifiques" d'où possibilité de suppression des quarantaines remplacées par des dispositions nouvelles.

Le volet portuaire et nautique envisage les patentes de santé : leurs conditions matérielles de délivrance restent identiques ainsi que l'obligation du visa à chaque escale. Des formulaires pré-établis sont fournis. La spécification des maladies soumises à la police sanitaire reste inchangée par rapport à 1876.

Les pays en provenance desquels la présentation d'une patente de santé est obligatoire demeurent pratiquement les mêmes, toutefois la Tunisie n'en fait plus partie. Pour les autres elle redevient obligatoire quand y apparaît une "maladie pestilentielle", sachant qu'une épidémie est considérée comme éteinte lorsque cinq jours pleins se sont écoulés sans qu'il y ait eu ni décès ni cas nouveau.

Disposition nouvelle et capitale issue de la Conférence Internationale de Dresde de 1893, les mesures de prophylaxie obligatoire seront prescrites seulement contre la circonscription territoriale contaminée et non contre l'État tout entier. La distinction est maintenue entre patente de santé nette quand on constate l'absence de toute "maladie pestilentielle", non plus dans la nation mais dans la ou les circonscriptions d'où vient le navire et patente brute quand la présence d'une maladie de cette nature y est signalée. Les exceptions conduisant au refus de la libre pratique en patente nette restent les mêmes que celles de 1876. Par contre dans le cadre de la patente brute le nouveau règlement distingue trois régimes selon que le navire est *indemne*, *suspect* ou *infecté* alors qu'en 1876 on n'envisageait que deux catégories, *suspect et infecté*. Est considéré comme indemne, bien que venant d'une circonscription contaminée, le navire qui n'a eu ni décès ni cas de maladie pestilentielle à bord, soit avant le départ, soit pendant la traversée, soit au moment de l'arrivée. Est considéré comme suspect le navire à bord duquel il y a eu un ou plusieurs cas, confirmés ou suspects, au moment du départ ou pendant la traversée, mais aucun cas nouveau de choléra depuis sept jours, de fièvre jaune ou de peste depuis neuf jours. Est considéré comme infecté le navire qui présente à bord un ou plusieurs cas, confirmés ou suspects, d'une maladie pestilentielle, ou qui en a présenté pour le choléra depuis moins de sept jours, pour la fièvre jaune et la peste depuis moins de neuf jours. Ainsi l'ancien cadre des navires infectés de 1876 était-il amputé du nouveau cadre des navires suspects (cf. tableau 2 in fine).

Le devenir des quarantaines. En patente brute : la quarantaine d'observation obligatoire pour les navires suspects type 1876 est abrogée ; une surveillance sanitaire la remplace tant pour les navires "indemnes" que pour les navires "suspects" type 1896. Après visite médicale des passagers et de l'équipage et désinfection du linge sale, des

effets à usage, des objets de literie, ainsi que de tous les autres objets ou bagages que l'autorité sanitaire du port considère comme contaminés il est délivré à chaque passager un passeport sanitaire indiquant la date de l'arrivée du navire, le nom du passager et celui de la commune dans laquelle il déclare se rendre. L'autorité sanitaire donne en même temps avis du départ du passager au maire de cette commune et appelle son attention sur la nécessité de surveiller ledit passager au point de vue sanitaire jusqu'à l'expiration d'un délai déterminé. L'équipage est soumis à la même surveillance sanitaire. Les différents délais d'indication ou non de la surveillance sanitaire ainsi que ses diverses durées sont précisées sur le tableau 2.

Pour les navires infectés, les malades sont débarqués et isolés jusqu'à leur guérison. Les autres personnes débarquées sont soumises à observation en isolement par groupes aussi peu nombreux que possible afin de ne pas augmenter pour tous sa durée en cas d'apparition d'un nouveau cas. Les diverses durées d'isolement en l'absence de cette éventualité sont précisées sur le tableau 2. La terminologie de quarantaine de rigueur disparaît des textes.

En raison de cette nouvelle réglementation l'envoi en lazaret qui doit être pourvu d'eau saine à l'abri de toute souillure et d'un système d'évacuation sans stagnation possible des matières usées fécales ou autres devient de plus en plus rare. Il en résulte la création sous le nom de stations sanitaires, d'établissements plus sommaires d'un prix moins élevé et comportant néanmoins des locaux séparés destinés au traitement des malades et à l'isolement des suspects. Comme les lazarets ils doivent posséder une étuve à désinfection conforme aux normes définies par le Comité Consultatif d'Hygiène Publique de France et des appareils reconnus efficaces pour les désinfections qui ne peuvent être faites au moyen de l'étuve.

Des mesures diverses sont prévues : à l'arrivée, les formalités d'usage et les obligations d'arrivée du capitaine de ses passagers et de son équipage restent en gros identiques avec déclarations sous serment éventuellement, etc. De multiples mesures d'hygiène sont confirmées ou apparaissent en patente brute : renouvellement de l'eau potable ; évacuation des eaux de cale après désinfection ; déchargement des marchandises seulement après le débarquement des passagers ; désinfection de tout ou partie du navire après déchargement du navire, éventuelle pour les navires indemnes, obligatoire pour les navires suspects et les navires infectés, ces derniers soumis à l'isolement ; mesures spéciales pour les agents de désinfection ; mesures pour la désinfection des marchandises très perfectionnées depuis 1876 grâce en particulier à l'apparition des étuves à vapeur sous pression ; la possibilité de destruction de marchandises du bord dangereuses subsiste après procès verbal de l'impossibilité de leur désinfection, ainsi que la possibilité de désinfecter les animaux vivants sous certaines conditions.

Au départ, les dispositions édictées en 1896 sont très homologues de celles de 1876. Pour la traversée, des dispositions, comme celles du départ, ont pour finalité de se substituer autant que possible aux mesures prises à l'arrivée d'où grand gain de temps. Le service médical du bord est réorganisé pour les navires d'au moins 100 passagers et faisant des traversées de plus de 48 heures. Un nouveau cadre est créé, celui de médecin sanitaire maritime nommé par un mode de recrutement spécial visant à assurer sa compétence et son indépendance. Docteur en médecine français, il est choisi sur un tableau dressé par le ministre de l'Intérieur après examen passé devant un jury désigné par le ministre sur l'avis du comité de direction des services de l'hygiène. Les officiers de santé ont disparu depuis la loi du 30 novembre 1892 qui promulgue aussi le principe de la

déclaration obligatoire des maladies épidémiques. Le médecin sanitaire maritime doit veiller à la santé des personnes embarquées avec deux finalités essentielles : préserver le navire des maladies pestilentiennes exotiques et des autres maladies contagieuses graves ; empêcher les dites maladies de se propager si elles surviennent à bord. Il doit tenir un journal quotidien concernant la santé du bord, la santé publique des ports d'escale et des environs. Il doit relater les mesures prises pour l'isolement des malades, la désinfection des déjections, la destruction ou la purification des hardes, du linge et objets de literie, la désinfection des logements. Il doit indiquer la nature des doses, le mode d'emploi des substances désinfectantes et la date de chaque opération. Le journal de bord du médecin sanitaire maritime et son audition sous serment sont des éléments fondamentaux qui permettent à l'autorité sanitaire de statuer ou non sur la libre pratique. Il doit faire parvenir un rapport au moins annuel au ministre de l'Intérieur sur les observations d'ordre sanitaire de toute nature qu'il a pu recueillir au cours de ses voyages. Des dispositions sont précisées pour les escales dans un port contaminé.

Le volet administratif et juridique implique l'administration sanitaire : sa structure administrative reste grossièrement homologue à ce qu'elle était en 1876 ainsi que ses finalités. Elle connaît cependant des modifications. - Elle est passée à nouveau sous l'autorité du ministre de l'Intérieur, qui, à l'exception de trois circonscriptions d'Algérie à régime spécial, nomme le directeur de la santé, obligatoirement médecin, des sept circonscriptions métropolitaines après avis autorisé. Le ministre nomme encore les médecins appartenant aux directions de la Santé qui prennent le titre de "Médecins de la Santé". Il nomme enfin les médecins attachés aux lazarets. Le ministre de l'Intérieur nomme les cadres supérieurs de l'administration, agents principaux, capitaines de lazaret, capitaines de la santé. Aux échelons subalternes de l'administration sanitaire les nominations se font comme en 1876 à l'échelon préfectoral sur présentation du directeur de la santé ou de l'agent principal, si l'agent appartient au service des douanes, ce qui est souhaitable, avec l'entente du directeur de celles-ci, qui peut aussi faire des désignations de candidats de son obédience pour les nominations des cadres supérieurs. Les agents principaux et ordinaires, chacun pour la partie du littoral dont la surveillance lui est confiée, assurent, suivant les instructions et sous le contrôle des directeurs de la santé, l'application des règlements sanitaires. Ils relèvent les infractions aux règlements sanitaires et constatent les contraventions par procès-verbal. Comme antérieurement ils peuvent prendre des dispositions d'urgence sous réserve de référence immédiate à leur directeur de la santé et ils ont le droit de requérir pour les besoins du service à divers concours dont celui de la force publique.

Un conseil sanitaire nécessairement consulté par l'administration existe au minimum obligatoirement dans chaque circonscription sanitaire. Ses bases essentielles de fonctionnement restent celles de 1876 avec quelques modifications. Il comporte toujours un double collège avec des membres de droit comme le médecin des épidémies de l'arrondissement et le professeur d'hygiène de l'établissement le plus proche de l'enseignement de la médecine et un collège de quatre membres élus représentatifs d'organismes locaux intéressés, conseil municipal, chambre de commerce entre autres. Le conseil sanitaire non seulement donne son avis sur les questions qui lui sont posées par l'administration mais aussi sur les sujets sur lesquels il croit devoir attirer son attention dans l'intérêt du port. Un consul étranger peut participer avec voix consultative au conseil sur convocation du préfet, du sous-préfet ou des présidents des conseils sanitaires.

Quant aux aspects juridiques et judiciaires, dans la lignée de 1876 les directeurs de la santé, les agents principaux et ordinaires du service sanitaire, les capitaines de la santé et les capitaines de lazaret exercent, assermentés, les fonctions d'officier de police judiciaire et d'officier d'état civil. Très rare est la nécessité de l'isolement, terme utilisé au détriment de celui de quarantaine ; en substituant aussi une circonscription à un pays tout entier pour la déclaration des patentes. Il s'inscrit dans une tendance de la politique sanitaire recommandée par Proust dans son rapport de présentation. Elle vise à substituer autant que possible, aux mesures de prophylaxie prises à l'arrivée, les mesures prises au point de départ et pendant la traversée ; les précautions sanitaires ont en effet d'autant plus d'efficacité qu'elles sont prescrites le plus près possible des foyers épidémiques ou des berceaux des maladies exotiques (4/d).

Le règlement de 1896 sera complété le 9 novembre 1901 par un décret (24/b). Ce décret fixe dans le détail le recrutement des médecins fonctionnaires du service sanitaire maritime. Il institue et fixe, entre autres, la composition d'un jury spécial qui juge les épreuves d'un examen de candidature portant sur les futures activités des postulants. Dans le rapport de présentation du décret au chef de l'État, Waldeck-Rousseau (24/a) décrit 3 catégories de médecins. "Ces trois catégories de médecins (directeurs, agents principaux et médecins de la Santé) ont pour attribution de reconnaître les navires à leur arrivée, de les inspecter, de leur appliquer dans chaque cas les mesures prescrites par le règlement, d'opérer s'il y a lieu la visite médicale des passagers et équipages, d'ordonner et de surveiller la désinfection, de prescrire et de diriger dans les circonstances exceptionnelles le débarquement et l'internement aux lazarets". Ce texte consacré au littoral ne fait mention ni des médecins sanitaires d'Orient, cadre particulier ; ni des médecins sanitaires maritimes (médecins du bord), car non fonctionnaires et employés par des compagnies maritimes ou des armateurs privés. À remarquer que l'article premier du décret de 1901 fait mention de "médecins de la santé ou de lazarets" ces derniers non cités explicitement dans le rapport de présentation de Waldeck-Rousseau. À noter que les médecins des épidémies se situent dans un tout autre statut. Créés dans chaque arrondissement depuis 1805 ils ont la charge de suivre le traitement des épidémies et de se transporter dans les communes où elles éclatent. Ils ont toutefois un contact avec le service sanitaire maritime en tant que membres de droit du Conseil Sanitaire. Bref "le règlement de 1896 réalise un progrès important : il diminue les entraves imposées inutilement au commerce et à la navigation sans compromettre les intérêts de la santé publique"(4/d).

Très schématiquement on peut dire qu'au XIX^{ÈME} siècle la Police Sanitaire Maritime a connu en utilisant des termes quelque peu militaires une double évolution stratégique et tactique. La stratégie de la loi de 1822 était défensive avec l'idée de protéger le territoire en rendant les frontières imperméables à l'invasion des épidémies d'où la tactique sur le littoral maritime de l'emploi des quarantaines et des "séquestrations" en lazarets. La stratégie de la fin du siècle, celle initiée par Prus (19) dès 1847 est beaucoup plus offensive. Le but n'est plus seulement de se borner à empêcher l'épidémie de franchir les frontières du territoire national, il est aussi de lui interdire de sortir de son propre berceau avec même éventuellement l'espoir de l'y étouffer. D'où la tactique de la création des médecins sanitaires d'Orient au contact des foyers épidémiques et l'institution progressive dans les textes de 1876 et de 1896 de précautions sanitaires le plus près possible des foyers épidémiques dans les ports et au cours des traversées. Simultanément l'esprit initialement très carcératoire et répressif de l'institution s'atténue avec une vision de plus en plus médicale.

Tout fut bouleversé au XXème siècle avec la survenue de la navigation aérienne transportant en quelques heures des millions de passagers d'un continent à l'autre, ainsi qu'avec l'apparition de pathologies épidémiques nouvelles dites émergentes, sida etc. Par contre la progression de l'hygiène générale, la possibilité de mesures de destruction de germes et de leurs éventuels vecteurs, la généralisation des vaccinations, la découverte des antibiotiques étaient devenues des armes efficaces contre la pathologie infectieuse. Ainsi progressivement les anciens lazarets devenus inutiles sont-ils détruits, en ruines ou convertis à d'autres usages (25). Ainsi le règlement de 1896 est-il devenu complètement obsolète les problèmes se situant maintenant à l'échelle mondiale, le but étant de dépis-ter précocement une épidémie pour si possible la circonscrire au mieux dès le début avant de prendre si nécessaire des mesures ultérieures en cas de diffusion.

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Louis - par le Roi le Ministre Secrétaire d'État au département de l'Intérieur Corbière (N° 12, 211). Loi relative à la Police Sanitaire le 3 mars 1822. *Bulletin des Lois 1822* VIIème série, n° 508, 177-184.
- (2) Louis - par le Roi le Ministre Secrétaire d'État de l'Intérieur Corbière (n°13, 201). Ordonnance du Roi qui en exécution de la loi du 3 mars 1822 détermine des mesures relatives au Régime et à la Police Sanitaire le 7 août 1822. *Bulletin des Lois 1822* VIIème série, n° 548, 169-188.
- (3) DUVERGIER J.- B., DUVERGIER J. - *Lois, Décrets, Ordonnances, Règlements et Avis du Conseil d'État* — 22 février-19 mai 1876, décret concernant la Police Sanitaire Maritime (XII B, CCXCIX N° 5-123). Directeur de l'Administration, Paris, 1876, 76, 68-80.
- (4) République française, Ministère de l'Intérieur – *Règlement Général de Police Sanitaire Maritime. Décret du 4 janvier 1896*. Imprimerie Administrative Melun 1896. BOURGEOIS L. - Rapport au Président de la république p. 5-7. Le Décret p. 9-50. Annexes p. 51-67. PROUST A. Rapport sur le Règlement de Police Sanitaire Maritime de 1896, 69-146.
- (5) RUFFIÉ J., SOURNIA J.C. - *Les épidémies dans l'histoire de l'homme. De la peste au sida*, Flammarion, Paris, 1993.
- (6) MAFART B., PERRET J. L. - Histoire du concept de quarantaine. *Médecine tropicale*, 1998, 58.2 S., 14-20.
- (7) LAGET P. L. - Les lazarets et l'émergence de nouvelles maladies pestilentiellles au XIXème et au début du XXème siècle. *In Situ* 2002 (2), 1-12.
- (8) SALMON J. - Rapport Introductif – Quatorzièmes Rencontres Internationales d'Aix-en-Provence, p. 13-46 in MALJEAN-DUBOIS S., MEHDI R. *La Société Internationale et les Grandes Pandémies*, Colloque des 8 et 9 décembre 2006, A. Pédone, Paris, 2007.
- (9) MALET A., ISAAC J. - *Révolution, Empire première moitié du XIXème siècle*, classe de 1ère, p. 524, Hachette, Paris, 1929.
- (10) HILLEMAND B. - L'épidémie de fièvre jaune de Saint-Nazaire en 1861, *Histoire des Sciences Médicales* 2006 XL (1) 23-36.
- (11) PROUST A. - *Sanitaire (Régime)* in JACCOUD, *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie Pratiques*, T 32, 436-446, J.B. Baillière et Fils, Paris, 1882.
- (12) FODÉRE - "Quarantaine", in Société de médecins et de chirurgiens, *Dictionnaire des Sciences Médicales* p. 372 et 380, Panckoucke, Paris, 1820.
- (13) MEYER H. - *La législation sur la Police Sanitaire aux Frontières de Mer et de Terre et à l'Intérieur et les réformes urgentes à y introduire. Étude critique sur la loi du 3 mars 1822, le décret du 22 février 1876 et l'article 97 de la loi du 5 avril 1884*. Librairie Cotillon, F. Pichon successeur Impr., Paris, 1885.
- (14) GUALDE N. - *Comprendre les épidémies. La coévolution des microbes et des hommes*, PAO, Seuil Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 2006.
- (15) LECA A. - "Avant-propos. Le concept d'épidémie dans l'histoire des idées" in LECA A., VIALLA F. - *Le Risque Épidémique, Droit, Histoire, Médecine et Pharmacie*, Presses Universitaires d'Aix-Marseille, 2003, 12-24.

LA POLICE SANITAIRE MARITIME FRANÇAISE AU XIX^{ÈME} SIÈCLE

- (16) DE MARI E. - Choléra et Politique à propos de l'épidémie de choléra à Paris en 1832 in *Le Risque Épidémique, Droit Histoire Médecine et Pharmacie*, Presses Universitaires d'Aix-Marseille, 2003.
- (17) Ministère des affaires étrangères - Procès Verbaux de la Conférence Sanitaire Internationale ouverte à Paris le 27 juillet 1851. Tome I : 382 pages. Tome II 478 pages a) Projet de Convention Sanitaire (11 articles). Annexe n° 2 au Procès Verbal n° 44 p. 1-7. b) Projet de Règlement Sanitaire International (137 articles) Annexe n° 2 au Procès verbal n°46 p. 1-25, Imprimerie Nationale, Paris, 1852.
- (18) VARENDE J. de LA - *La Navigation sentimentale*, p. 305, Flammarion, Paris, 1952.
- (19) PRUS - "Projet d'instruction à l'usage des Médecins Sanitaires du Levant, Rapport à la Séance extraordinaire de l'Académie de Médecine du 6 novembre 1847", *Bulletin de l'Académie Royale de Médecine*, 1847-1848, XIII (7), 233-248.
- (20) MÉLIER - "Relation de la fièvre jaune survenue à Saint-Nazaire en 1861". *Gazette Hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie. Bulletin de l'Enseignement Médical*, 1863, 10 a) (17), 270-274. b) (19) 297-304.
- (21) PASTEUR L. - Lecture à l'Académie de Médecine du 17.07.1877. Charbon et septicémie, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1877, 2ème série, 6, n° 29, 781-798.
- (22) DAVAINÉ C. - Note lue à l'Académie de Médecine dans sa séance du 3 décembre 1868. Sur la nature des maladies charbonneuses. *Archives générales de Médecine*, 1868, VIème série, 10 (février), 144-148.
- (23) SÉDILLOT C. - De l'influence des découvertes de M. Pasteur sur les progrès de la chirurgie. *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 1878, 86, (10), 634-640.
- (24) Ministère de l'intérieur - Service Sanitaire Maritime 1901. Rapport au Président de la République, par le Président du Conseil Waldeck-Rousseau, 1-3. Décret signé le 9 novembre 1901 par le Président de la République Émile Loubet, 3-5, publié au *Journal Officiel de la république Française* le 28 novembre 1901.
- (25) PANZAC D. - *Quarantaines et lazarets, l'Europe et la peste d'Orient*, Edisud, Aix-en-Provence, 1986.

RÉSUMÉ

La loi de 1822 créa sur l'ensemble du littoral français une police sanitaire maritime homogène. Remarquable à bien des égards elle était toutefois très contraignante et faisait encourir des peines d'une gravité extraordinaire (mort, travaux forcés). Très attaquée initialement par les "non contagionistes" et par les milieux maritimes et commerciaux elle se trouva avec le temps en décalage avec les connaissances scientifiques malgré nombre d'aménagements d'où d'importants décrets rénovateurs l'un en 1876 juste avant la révolution pasteurienne, l'autre en 1896. Le but alors n'est plus seulement, comme en 1822 de se borner à vouloir empêcher les épidémies (peste, choléra, fièvre jaune) de franchir les frontières du territoire national, il est aussi de les empêcher de sortir de leur propre berceau, voire de les y étouffer d'où la création des médecins d'Orient pour des précautions sanitaires le plus près possible des foyers d'éclosion ainsi que les débuts de la coopération sanitaire internationale.

SUMMARY

The French law of 1822 created a homogeneous maritime health police all along the French coastline. Noteworthy in many respects, it was however very binding since it included some penalties of an extraordinary harshness as hard labour or even death. It was first disputed by those against the theory of contagion and the maritime and commercial circles, but subsequently it became overtaken by scientific knowledge despite numerous facilities and some important remodelling decrees were decided, one of them in 1876 just before the Pasteur revolution and another in 1896. The aim was then not only to prevent, epidemics (plague, cholera, yellow fever) crossing the borders of the national country, but also to prevent them from spreading out of their original cradles. Later it was the beginning of the sanitary international cooperation with the training of special eastern practitioners who could take sanitary precautions close to the sources of infection.

C. Gaudiot

Tableau 2 - Comparatif des principales dispositions des règlements de 1876 et de 1896 concernant les navires en patente brute

PATENTE BRUTE : 1876 PROVENANCES DE PAYS CONTAMINÉS			1896 PROVENANCES DE CIRCONSCRIPTIONS CONTAMINÉES		
Navires indemnes			Navires en provenance de pays contaminé = <u>suspect</u>		
Cadre inexistant en 1876			Cadre apparu en 1896 ni décès ni cas de maladie pestilentielle à bord		
Tout navire en provenance de pays contaminé = <u>suspect</u>			Pas de quarantaine		
Quarantaine d'observation			Visite médicale. Mesures d'hygiène		
			[Désinfection linge, literie, objets suspects, etc.		
			Renouvellement de l'eau potable à bord		
			Durée surveillance sanitaire		
			Avec passeport sanitaire		
			Si 0 : > 5 jours après le départ		
			Si 0 : > 7 jours après le départ		
			Si 0 : > 7 jours après le départ		
			A partir du départ du port contaminé		
			5 jours		
			7 jours		
			7 jours		
			* Le débarquement des marchandises seulement après le débarquement de tous les passagers		
			* Possibilité d'ordre de désinfection de tout ou partie du navire à faire seulement après le débarquement de tous les passagers. Eaux de cale évacuées après désinfection.		
			Morbidity passagère		
			Suppression de la quarantaine d'observation		
			Surveillance sanitaire avec passeport sanitaire		
			Durée de la surveillance sanitaire		
			5 jours à partir de l'arrivée du navire		
			5 jours à partir de l'arrivée du navire		
			5 jours à partir de l'arrivée du navire		
			Autres mesures = identiques à celles des navires indemnes à la seule différence que la désinfection du navire qui n'a lieu qu'après le débarquement des passagers et le déchargement du navire devient obligatoire		
			Malades débarqués et isolés jusqu'à la guérison		
			Autres personnes : débarquement et observation en répartition en petits groupes		
			Durée de l'observation		
			< 5 jours après le débarquement ou le dernier cas chez les débarqués		
			< 7 jours après le débarquement ou le dernier cas chez les débarqués		
			< 7 jours après le débarquement ou le dernier cas chez les débarqués		
			Autres mesures = identiques à celles des navires suspects		
			• le navire est soumis à l'isolement jusqu'à ce que les opérations de déchargement et de désinfection soient terminées		
			• mesures spéciales pour les personnels de désinfection totale ou partielle du navire ou des marchandises du déchargement et de maintenance en principe isolement de < 5 jours pour le choléra, < de 7 jours pour la fièvre jaune et la peste		
			• du 1.XI au 20. 2. Mesures spéciales de simplifications pour la fièvre jaune.		

Navires suspects : morbidité : 0 pendant la traversée			Quarantaine d'observation		
			Nombre de jours de quarantaine		
			Méditerranée		
			Manche et Océan		
			24 H à courir après la désinfection		
			0 si traversée > 14 jours		
			1 à 5 jours si traversée < 14 jours		
			3 à 7 jours		
			5 à 10 jours		
			Autres mesures = identiques à celles des navires suspects en 1896 quand il n'y a plus eu de nouveau cas à bord dans les délais définis.		

Navires suspects : Cas à bord certains ou problèmes			Quarantaine de rigueur		
			Nombre de jours de quarantaine		
			Méditerranée		
			Manche et Océan		
			1 à 7 jours		
			7 à 10 jours		
			3 à 7 jours		
			5 à 10 jours		
			7 à 10 jours		
			10 à 15 jours		
			* Une fraction des navires infectés de 1876 est transférée dans le cadre des navires suspects en 1896 quand il n'y a plus eu de nouveau cas à bord dans les délais définis.		