



1. Aux origines de la quarantaine ou comment se décide une mesure sanitaire

Joël Chandelier

DANS **PANDÉMIES NOS SOCIÉTÉS À L'ÉPREUVE 2022** , PAGES 11 À 26
ÉDITIONS **LA DÉCOUVERTE**

ISBN 9782348076817

DOI 10.3917/dec.senik.2022.01.0011

Date de mise en ligne : 17/11/2022

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/pandemies--9782348076817-page-11?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour La Découverte.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Aux origines de la quarantaine ou comment se décide une mesure sanitaire

par Joël Chandelier

Les mesures de confinement de la population mises en place dans le monde entier à partir de janvier 2020 pour lutter contre la propagation de la pandémie de covid-19 ont fortement marqué les esprits. Les historiens ont noté à juste titre que la décision n'avait pas, par son ampleur et sa forme, de strict équivalent dans le passé. L'établissement de cordons sanitaires, l'expulsion des malades des villes ou l'organisation de quarantaines se rapprochent du confinement dans leur objectif, mais pas dans le détail des dispositions prises. Surtout, le confinement est une mesure extrême, touchant l'intégralité d'une population ; en comparaison, beaucoup des mesures anciennes apparaissent plus modérées, cherchant à préserver une part de normalité dans la vie locale en période d'épidémie. L'enjeu de la proportionnalité des décisions collectives prises face à une crise sanitaire est à coup sûr une question politique ; mais c'est aussi une question historique, en ce sens qu'elle contribue à révéler le fonctionnement d'une société, sa solidité face à l'adversité, ses capacités de réaction.

Parmi les décisions de temps de crise instaurées au cours de l'histoire, la quarantaine occupe une place privilégiée, presque paradigmatique. La première édition du dictionnaire de Furetière, en 1690, en donne la définition suivante : « Séjour de quarante jours qu'on fait faire aux gens qui viennent des lieux pestiferez, avant que d'estre receus dans d'autres villes, pour sçavoir s'ils n'apportent

point avec eux quelque mauvais air¹. » Au XVIII^e siècle, l'*Encyclopédie* de Diderot et d'Alembert (1765) précise que « le tem [p] s que [ces gens] y demeurent se nomme toujours quarantaine, quoi qu'il ne soit souvent que de huit ou quinze jours, et quelquefois de moins. Ce langage n'est pas exact, mais l'usage l'a confirmé² ». La quarantaine n'est donc pas un confinement. Elle ne concerne que les voyageurs provenant de zones considérées comme dangereuses et ne dure que le temps que ceux-ci démontrent leur bonne santé. Si elle perturbe le commerce et les communications, elle ne touche que marginalement les populations des villes qui la mettent en place – loin, donc, de l'effet massif du confinement généralisé.

Pourtant, le modèle de la quarantaine a été largement invoqué pour tenter de comprendre, d'un point de vue historique, les décisions prises pour lutter contre la covid-19. Parfois, le peu d'efficacité des mesures de quarantaine, par le passé comme aujourd'hui, a été souligné pour critiquer la gestion de la crise ; à l'inverse, certains ont loué l'inventivité des pouvoirs de la fin du Moyen Âge et de la Renaissance, les citant comme exemples de ce que devaient faire les gouvernants actuels. Dans un cas comme dans l'autre, le modèle de la quarantaine était un référent commode pour appuyer une argumentation tournée vers le présent ; bien peu de réflexions se sont vraiment demandé comment la décision avait été prise après les premières explosions épidémiques de peste. Il faut dire que la réponse à ce problème n'est pas si facile à trouver : l'analyse des faits est controversée chez les historiens et la question de savoir pourquoi et comment la disposition fut conçue reste largement ouverte.

Ce que nous voulons proposer ici est une relecture des conditions politiques et scientifiques qui ont permis l'apparition de la quarantaine. Notre but sera de montrer que ce qui peut sembler une évidence est en réalité le produit d'un processus très complexe, faisant intervenir de nombreux groupes de la société aux objectifs et intérêts parfois antagonistes. Il sera aussi question, à travers cette reconstitution, de donner quelques clefs pour comprendre ce qui fait qu'une décision sanitaire est, ou n'est pas, prise par une société.

1. A. DE FURETIÈRE, *Dictionnaire universel*, tome 3, Paris, 1690, p. 271.

2. « Quarantaine », *Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers*, tome 13, Paris, 1765, p. 658.

ORIGINE ET DIFFUSION D'UNE MESURE SANITAIRE

Les faits entourant la naissance de la mesure d'isolement des voyageurs qui entrent dans une cité sont bien établis, depuis les travaux du grand historien de la médecine Mirko D. Grmek (1924-2000) [Grmek, 1980, 1997]. La première quarantaine a été créée au port de Dubrovnik (ou Raguse), en Croatie, le 27 juillet 1377. Le texte de la décision, tel que rapporté dans le *Livre vert* de la ville consignant les délibérations du conseil oligarchique qui la dirige alors, mérite d'être cité : « La même année [1377], le 27 juillet, dans le Conseil majeur rassemblé selon la coutume et où furent présents quarante-sept conseillers, fut décidé et établi par trente-quatre d'entre eux que nos citoyens comme les étrangers venant de lieux infestés par la peste (*de locis pestiferis*) ne pourraient être acceptés dans Raguse ni dans son territoire à moins qu'ils ne restent auparavant, ou bien à l'île de Mrkan ou bien dans la ville de Cavtat, pendant un mois à fin de purgation (*ad purgandum... per unum mensem*). De même, quarante-quatre conseillers ont décidé que personne de Raguse ne devra oser ou tenter d'aller voir ceux qui viennent des lieux infestés par la peste et se trouvent dans l'île de Mrkan ou la ville de Cavtat, sous peine d'être consigné à cet endroit pendant un mois³. »

On trouve déjà ici les caractéristiques essentielles de la quarantaine : un isolement, en temps d'épidémie, des voyageurs hors de la cité (ici, dans la petite ville de Cavtat située au sud de Dubrovnik, ou dans l'île de Mrkan, non loin de la côte) ; une disposition qui ne prévoit aucune exception pour quelque voyageur que ce soit ou pour les habitants de la ville ; une longue durée de « purgation », ici un mois – nous reviendrons sur cette différence avec la période classique de quarante jours.

L'idée qui sous-tend la mesure est simple : il s'agit d'empêcher la maladie, que l'on considère comme transportée par les voyageurs, de pénétrer dans la cité pour en préserver les habitants. Au départ conçue comme une décision ponctuelle de temps de crise, elle est lentement adoptée au cours des décennies suivantes par d'autres cités commerçantes, principalement italiennes. Elle devient aussi

3. *Liber viridus* de la ville de Dubrovnik, caput 49 (texte latin édité dans Blažina Tomić et Blažina, 2015, p. 106).

peu à peu permanente : parmi les premières, Venise se dote formellement en 1423 d'une législation de quarantaine qui s'accompagne de la construction d'un lazaret (le *lazzaretto vecchio*) sur une île de la lagune, pour isoler les arrivants ; ce bâtiment est complété en 1468 par une autre construction, le *lazzaretto nuovo* [Vanzan Marchini, 2004]. À cette époque, la majeure partie des villes italiennes s'est dotée de tels établissements (par exemple, Florence et Pise en 1464, Milan en 1488), qui sont souvent complétés par des offices de santé créés pour superviser l'état sanitaire de la ville [Palmer, 1978]. Le reste de l'Europe, dont la France, suit au cours du xvi^e siècle : la quarantaine devient, pour plusieurs siècles, un élément normal de la politique sanitaire des États modernes.

Ces quelques jalons suggèrent toutefois que la diffusion de la quarantaine comme moyen de lutte contre la propagation de l'épidémie ne s'est pas faite instantanément ni sans résistances. D'abord parce que son utilité n'était pas toujours évidente pour les autorités. Le même Conseil majeur de Dubrovnik avait refusé de mettre en place, en 1348, une mesure équivalente [Wilmart, 2021] ; Venise, en 1400, ne l'avait ponctuellement instaurée que pour les voyageurs venus précisément de Dubrovnik – une mesure de rétorsion, donc, plus qu'une véritable politique sanitaire bien pensée [Palmer, 1978]. Car la quarantaine était loin d'être la seule solution envisageable. Certaines villes, comme Milan, firent des choix différents, souvent plus radicaux, pour contrer la contagion du mal. En 1374, à l'occasion d'une poussée épidémique, les autorités de cette cité interdirent ainsi toute entrée de voyageurs et le seigneur de la ville, Bernabo Visconti, écrivit au maire de Reggio Emilia pour qu'il expulse de la cité tous les pestiférés, qui devaient se rendre à la campagne « pour y mourir ou guérir » [Grmek, 1980] ; en 1400, c'est cette fois un cordon sanitaire qui fut mis en place, le long de la rivière Adda, pour séparer les pèlerins se rendant à Rome des habitants de la ville lombarde.

Pourtant, parmi cet ensemble de réponses sanitaires, c'est bien la quarantaine qui a fini par s'imposer dans la plupart des cas comme solution normale, hors crise majeure. À y regarder de près, la raison en est assez simple : bien que difficile à mettre en place, coûteuse et gênante pour le commerce, elle permet de maintenir une forme de normalité y compris en période épidémique, puisqu'elle n'interdit pas totalement l'entrée des voyageurs. Son efficacité concrète a pu

être mise en doute – tant il est vrai que, bien souvent, les quarantaines furent incapables d’empêcher la propagation épidémique –, mais c’est le cas de la majeure partie des mesures qui furent alors prises ; surtout, elle se révélait dans l’ensemble moins perturbante pour le commerce que les interdictions pures et simples de déplacement. La quarantaine était aussi bien moins violente pour les populations locales. La comparaison avec Milan, une autre cité en pointe dans la réponse aux crises sanitaires au XIV^e siècle, est éclairante. En 1374, Bernabo Visconti va jusqu’à demander que les prêtres examinent tous les malades et, sous peine du bûcher, dénoncent les suspects aux Inquisiteurs, tandis qu’il prévient que quiconque aidera les malades sera puni de la mort et de la confiscation de ses biens : on imagine aisément que des mesures aussi extrêmes ne pouvaient qu’entraîner de fortes résistances, propres à miner leur efficacité sur le long terme [Grmek, 1980]. Le succès de la quarantaine comme mode de gestion des crises sanitaires peut donc s’expliquer par son caractère relativement modéré. Elle est un compromis entre des impératifs contradictoires, la nécessité de protéger la population d’un côté, le besoin de maintenir l’activité, notamment économique, de l’autre.

DE QUELQUES MYTHES CONCERNANT LES ORIGINES DE LA QUARANTAINE

En matière de réactions des sociétés aux crises sanitaires, il n’y a pas de lien de cause à effet nécessaire. Les mesures finalement prises sont le fruit complexe d’une situation locale impliquant les connaissances médicales, la perception du danger, l’acceptation du risque, les besoins économiques et la volonté politique. C’est ici que le travail de l’historien est fondamental : par l’analyse conjointe des différentes causalités à l’œuvre, il est possible de comprendre ce qui pousse à la décision et à son acceptation. En particulier, la question de l’articulation entre le scientifique (les connaissances médicales) et le politique (qui prend effectivement les décisions) est fondamentale. Si le cas de la quarantaine est paradigmatique, il pose plusieurs problèmes essentiels. On peut les résumer en trois interrogations principales : pourquoi si tard (trente ans après la première pandémie de peste en 1347-1348) ? Pourquoi une diffu-

sion si lente, sur plus d'un siècle ? Pourquoi, enfin, une durée d'un mois à quarante jours, qui paraît démesurée étant donné la réalité de l'incubation des maladies ?

Pour répondre à ces questions, les sources archivistiques sur la première quarantaine sont malheureusement de peu de secours. Comme on l'a vu, le *Livre vert* de la ville de Dubrovnik, qui consigne les décisions prises par le Conseil majeur en 1377, ne donne pas le détail de la délibération qui a précédé et se contente d'indiquer le résultat du vote. La question essentielle est donc de savoir qui a pu proposer une telle mesure et, particulièrement, si des médecins ont pu être interrogés à cette occasion.

Il faut remarquer que plus d'un quart des participants (treize sur quarante-sept) ont voté contre la mesure : cela indique qu'il y a très probablement eu un débat, où ont pu intervenir des experts extérieurs au seul Conseil majeur. On sait que la ville de Dubrovnik employait à l'époque des médecins chargés de veiller à la santé de la population ; il ne serait donc pas étonnant qu'ils aient été interrogés à cette occasion. En 1377, trois d'entre eux étaient stipendiés par la commune : un médecin, Christophorus de Benevento, et deux chirurgiens, Johannes de Tragurio et Johannes de Aldoardis de Papia. Si le second, venu de Trogir en Croatie, est d'origine locale, les deux autres sont des Italiens, de Bénévent et de Pavie. Ce fut le cas de la majorité des praticiens employés par la ville jusqu'à la fin du *xvi*^e siècle [Blažina Tomić et Blažina, 2015], ce qui s'explique par le fait que la Péninsule était à l'époque l'un des principaux lieux de formation des médecins en Europe : les universités de Bologne, Sienne, Florence, Padoue ou Pavie étaient parmi les plus prestigieuses du continent. Les salaires montrent leur valeur aux yeux des autorités urbaines : Christophorus de Benevento est employé par la ville de 1360 à 1399 pour 150 puis 200 ducats annuels ; Johannes de Aldoardis de Pavie reçoit lui, à son installation en 1376, une pension de 200 ducats par an, portée par la suite au montant conséquent de 300 pièces d'or. Il s'agit là de sommes importantes, équivalentes à celles que touchent alors les meilleurs professeurs de médecine dans les grandes universités italiennes [Nicoud, 2014]. Les médecins employés par la ville de Dubrovnik sont donc des experts recherchés, largement rémunérés et, très probablement du fait de leur titre de *magister*, formés à l'université. Il paraît logique, bien que les archives n'en fournissent pas la trace explicite, que

ces spécialistes attirés à prix d'or et choyés par la cité aient été, *a minima*, consultés lors de la décision de 1377.

Toutefois, malgré cette évidence, l'absence de sources explicites a donné lieu à un mythe tenace : l'idée que les médecins, totalement dépassés par la violence de la pandémie, auraient été incapables de réagir et que seul le pouvoir politique aurait été capable de concevoir et de mettre en œuvre des mesures utiles, comme la quarantaine. On retrouve régulièrement cette idée chez les meilleurs auteurs, y compris chez des historiens de la médecine. Elle découle d'une conception très particulière, presque magique, du rôle du pouvoir politique : considéré comme supérieur aux spécialistes des questions en débat, il serait doté d'un génie propre, capable seul de répondre aux enjeux du moment avec l'acuité et la hauteur de vue nécessaires – on a pu observer de nombreux exemples de ce type de préjugé lors de la pandémie de la covid-19, notamment en France.

Dans le détail, trois déclinaisons de ce mythe, qui visent toutes à entretenir un discours valorisant l'autonomie de la décision du politique et diminuant l'importance de l'expertise scientifique, sont régulièrement avancées pour exclure les médecins de l'histoire de l'établissement de la quarantaine. La première insiste sur le refus de la contagion chez les praticiens de la fin du Moyen Âge ; la deuxième souligne l'impuissance des médecins, incapables de proposer une autre solution que la fuite loin des lieux contaminés ; la troisième, enfin, prend l'exemple de la durée très excessive de trente ou quarante jours pour démontrer que le fondement de la décision n'est pas scientifique, mais politique et symbolique. C'est sur ces trois points que nous voulons nous attarder, pour démontrer que les décisions sanitaires ont, bien souvent, une origine plus complexe et multifactorielle qu'il peut sembler de prime abord.

UNE IGNORANCE DE LA CONTAGION ?

Le mythe du refus de la contagion est celui qui est le plus souvent avancé. Selon ce point de vue, les médecins antiques et médiévaux, obnubilés par la théorie aériste des miasmes, auraient refusé d'envisager qu'une maladie puisse se transmettre d'homme à homme. Face à ce savoir livresque, déconnecté de la réalité, seule l'expérience concrète d'hommes de terrain, armés de bon sens plus que de

science – c'est-à-dire les gens du commun et les politiques faisant face à la réalité de la crise –, aurait permis de comprendre le mode de propagation de l'épidémie. On trouve des échos de cette théorie chez certains auteurs sérieux. Ainsi, pour Ann G. Carmichael, historienne de la peste évoquant les décisions prises à Milan : « La législation des Visconti était fondée sur la conviction du souverain de la diffusion de la peste par contagion. [...] La plupart des Italiens, vers 1400, ne croyait pas à la contagiosité de la peste » [Carmichael, 1986, p. 114]. Encore dans un excellent ouvrage sur la gestion de la peste à Dubrovnik, se trouve soulignée l'opposition entre médecins et gouvernants : « Les médecins, écrasés sous l'autorité des théories humorales et miasmatiques de Galien et d'Avicenne, étaient incapables de répondre à la peste. Parce que les patriciens ne pouvaient se permettre de risquer le chaos ou la panique dans la ville, ils avaient à prendre la chose en mains eux-mêmes » [Blažina Tomić et Blažina, 2015, p. 109].

Mais l'affirmation d'un refus de la contagion par les médecins médiévaux est tout à fait erronée. Dans le *Canon de la médecine* du médecin persan Avicenne (980-1037), texte traduit en latin au XII^e siècle et qui forme du XIV^e au XVI^e siècle le fondement de l'enseignement de la discipline dans toutes les universités d'Europe, la réalité de la contagion est explicitement affirmée pour certaines maladies : « Il y a des maladies qui vont de l'un à l'autre, comme la lèpre, la gale, la variole, la fièvre pestilentielle et les tumeurs putrides, particulièrement quand les maisons sont fermées et de même quand le voisin est sous le vent⁴. » Ce que les médecins refusent, ce n'est pas la possibilité de transmission de certaines maladies d'un patient à un homme sain ; c'est l'idée que la maladie est une chose concrète, qu'il existe un élément matériel (le « contage ») qui passe effectivement de l'un à l'autre. Pour les médecins de l'époque, la maladie est avant tout un déséquilibre, une corruption des humeurs au sein du corps. La contagion, quand elle existe, correspond à la diffusion de cette corruption de proche en proche, à travers divers médiums : un corps malade peut corrompre l'air qui l'entoure et, partant, cet air devient susceptible de corrompre le corps d'une autre personne qui se trouve à proximité. L'idée est exprimée très clairement dans un *Conseil pour éviter la*

4. AVICENNE, *Canon de la médecine*, I, 2.1.8.

peste mis sous le nom de Gentile da Foligno (v. 1280-1348) mais écrit en réalité vers 1400 par un auteur anonyme : « Parmi les choses qui s'approchent du corps humain, aucune ne le modifie aussi fortement que l'air, qui parvient, avec toutes ses qualités, par la bouche et les narines, jusqu'aux artères et au cœur. [...] Il faut donc absolument fuir l'air [pestilentiel], pour qu'il ne puisse pas entraîner cette vénérosité, en le fuyant d'homme à homme, de maison en maison, de quartier en quartier, de cité en cité. C'est en effet une règle commune à chaque peste : pars vite, loin, et reviens tard (*cito, longe et tarde reverti*)⁵. »

DES MÉDECINS IMPUISSANTS ?

Les médecins étaient donc bien conscients de la contagion de la peste et de la nécessité de s'éloigner des lieux et des personnes pouvant contaminer les individus ; ils étaient tout aussi conscients de leur rôle de conseillers sanitaires et du fait que l'on attendait d'eux des solutions. La médecine de l'époque était certes impuissante face au fléau : les différents remèdes proposés étaient souvent sans effet et, comme le dit Boccace au début de son *Décameron* (v. 1349-1353) en évoquant la peste, « pour le traitement de la maladie, il n'était point d'ordonnance médicale ou de remède efficace qui pût amener la guérison ou procurer quelque allègement⁶ ». Cette inefficacité a conduit à un autre mythe, celui de l'apathie, voire de l'indifférence, de médecins qui n'auraient guère cherché à prévenir la maladie. De tels jugements peuvent être trouvés dès les textes de l'époque. Quelques chroniqueurs, notamment lors de la première pandémie de 1347-1348, soulignèrent que beaucoup de médecins, impuissants, préférèrent s'enfuir plutôt que tenter de trouver des remèdes. Le chroniqueur florentin Marchionne di Coppo di Stefano Buonaiuti (1327-1385) raconte par exemple que, lors de cette épidémie, on ne pouvait trouver de médecins car ou bien ils mouraient comme tous les autres, ou bien ils examinaient les patients avec réticence et pour un prix exorbitant.

5. PS. GENTILE DA FOLIGNO, *Consilium contra pestilentiam*, Colle di Val d'Elsa, 1479, s. a3r.

6. BOCCACE, *Décameron*, prologue, trad. J. Bourciez, Classiques Garnier, Paris, 1952.

Même s'il est possible, et probable, que des abus aient été commis, ce genre de témoignage doit être pris avec une certaine distance. D'abord parce que l'on sait que de nombreux médecins tentèrent de trouver des solutions et moururent effectivement de la peste, comme le professeur de l'université de Pérouse Gentile da Foligno qui décéda en juin 1348 « en raison d'une trop intense fréquentation des malades », après avoir eu le temps de rédiger un traité préventif et curatif contre l'épidémie. Ensuite, parce que de tels reproches ne pouvaient que servir les pouvoirs personnels qui s'attribuaient ainsi le rôle d'unique protecteur de la population : critiquer les médecins n'était pas neutre politiquement. Enfin et surtout, les nombreux traités de peste rédigés par les médecins en réponse à l'épidémie montrent que ces derniers cherchèrent précisément à suggérer des solutions collectives aux poussées épidémiques.

Dans un *Traité sur la peste* publié à Bologne en 1479, le médecin et professeur Girolamo Manfredi (v. 1430-1493) affirmait ainsi, en s'adressant explicitement aux gouvernants de son temps : « Si tu veux défendre une cité ou un lieu de la contagion de la peste (*a contagione pestis*), il convient d'abord que tu ne permettes à personne d'entrer dans cette cité ou ce lieu. [...] La deuxième règle est que ceux qui sont infectés par la peste (*peste infecti*) soient envoyés dans un lieu choisi éloigné et séparé, ouvert du côté qui n'est pas tourné vers la cité, fermé de celui tourné vers la cité, afin que les vapeurs infectées et vénéneuses ne soient pas portées vers la ville par le souffle du vent. [...] La troisième règle est que les vêtements ou les tissus des pestiférés soient enfermés dans une pièce dédiée de ce lieu, et que quand la peste aura cessé ils soient brûlés par le feu⁷. »

Une quatrième règle proposée par Manfredi montre quant à elle une conscience claire des enjeux sociaux de telles mesures. Elle indique en effet que « pour les nobles qui ne veulent pas être emmenés dans ces lieux, qu'ils soient enfermés dans leur maison jusqu'à quarante jours, ou plus ». Ce traitement de faveur pour les seuls nobles, qui s'apparente cette fois à un authentique confinement, s'explique certainement par le fait que les gens de qualité voulaient éviter de fréquenter les lazarets où ils pourraient non seulement se retrouver infectés, mais aussi et sans doute surtout

7. Girolamo MANFREDI, *Tractatus de peste*, Bologne, 1479, s. d3v-d4r.

être forcés de fréquenter des personnes de condition inférieure. Le texte de Manfredi est donc loin de se montrer aveugle aux enjeux extra-médicaux. Précisément parce qu'il s'adresse aux gouvernants de son temps, il s'efforce d'adapter le point de vue strictement scientifique aux réalités sociales, qui ne se plient pas facilement à une norme unique.

Si les médecins s'opposent parfois aux mesures décidées par le pouvoir, ce n'est donc pas par obscurantisme mais plutôt par conscience des enjeux éthiques et notamment de l'opposition pouvant exister entre intérêt individuel et intérêt collectif. Un chapitre « Comment se protéger de la peste », placé au début du xv^e siècle par le médecin et professeur florentin Niccolò Falcucci (m. 1412) dans ses *Discours médicaux*, permet de mieux comprendre les réticences qui pouvaient se manifester chez certains docteurs. L'auteur y reconnaît qu'une des règles à suivre en cas d'épidémie est que « ceux qui se trouvent dans un air sain ne doivent pas se rendre dans un lieu où l'air est infecté ». Toutefois, lorsqu'il envisage la possibilité inverse, il se montre plus hésitant : « Certains disent même qu'on ne doit pas permettre aux hommes arrivant de lieux infectés de venir s'installer dans des lieux sains, ni même de les traverser ; mais cela, bien que ce soit justifié médicalement, je ne crois pas que ce soit agréable à Dieu⁸. » Ici, c'est la charité chrétienne, non l'ignorance, qui vient contredire l'avis scientifique. Ce genre de texte, produit à une époque où se mettent en place les quarantaines qui s'efforcent de trancher ce dilemme, montre bien quels pouvaient être les débats agitant les sociétés de l'époque face aux fléaux sanitaires. Les solutions étaient loin d'être évidentes, même pour les médecins ; toutes devaient prendre en compte l'état de la société elle-même et ce qu'elle était prête à accepter.

POURQUOI QUARANTE JOURS D'ISOLEMENT ?

Les médecins contemporains des épidémies de peste de la fin du Moyen Âge étaient donc tout à fait à même de participer à la mise en place d'une mesure comme celle de la quarantaine. La simple conception de celle-ci requérait d'ailleurs comme prérequis

8. Niccolò FALCUCCI, *Sermones medicinales*, II, 4.6.5., Venise, 1491, f. 133r.

plusieurs notions médicales : en plus de celle de la contagion, il fallait avoir la conscience de l'existence d'une incubation, voire de porteurs sains, qui auraient obligé les autorités à attendre pour voir si certains individus, sains en apparence, n'étaient pas des malades en puissance.

Reste la question de la durée de quarante jours, traditionnellement liée à la notion de quarantaine. On a vu qu'au départ, le conseil de Dubrovnik avait opté pour une période légèrement plus courte, d'un mois ; il semble que le passage à quarante jours ait eu lieu au cours du xv^e siècle, alors que les législations de quarantaine et les lazarets se multipliaient en Italie – c'est par exemple le cas à Venise après la fondation du *lazzaretto nuovo* [Grmek, 1997 ; Palmer, 1978]. Il n'empêche que, du point de vue scientifique, une telle durée paraît tout à fait démesurée. La durée d'incubation de la peste varie de un à sept jours, celle du typhus et de la variole peut atteindre jusqu'à quatorze jours : on est très loin des longues périodes choisies, au moins théoriquement. L'écart a conduit plusieurs historiens à suggérer que le choix était dû non à une observation scientifique de la réalité, mais à un aspect symbolique lié au chiffre 40. Dans l'un des premiers articles sur les origines de la quarantaine paru en 1897, le médecin maritime britannique William Collingridge déclarait ainsi : « Il est probable que [la durée de quarante jours] dérive des cérémonies juives et fut perpétuée sous divers systèmes et lois avant de devenir une période fixe, dont l'origine fut oubliée et dont la seule justification était l'Antiquité. » On a aussi avancé, comme explications extra-médicales, la durée du Déluge, du carême ou encore la longueur des « mois philosophiques » des alchimistes [Grmek, 1980].

En réalité, la durée de quarante jours, que l'on a déjà vue mentionnée dans le traité de Girolamo Manfredi à propos de l'isolement des nobles, a une explication médicale logique, déjà suggérée par certains historiens mais jamais démontrée [Grmek, 1980, 1997]. Quarante jours, c'est la durée maximale que peut avoir, selon la science du temps, une maladie aiguë. Pour les médecins du Moyen Âge, en effet, toute maladie aiguë devait nécessairement s'achever par une « crise », qui était le moment décisif où se décidait l'issue de l'affection : ou bien la guérison, ou bien la mort [Chandelier, 2016]. La théorie des « jours critiques », issue de l'œuvre du médecin antique Galien, postulait qu'il y avait des jours plus favorables

que d'autres à l'apparition d'une crise : ainsi du quatrième, du septième, etc. Ces jours devaient être particulièrement observés par les praticiens, qui devaient être présents pour aider le patient à orienter la crise dans la bonne direction. Or, depuis les médecins arabes et notamment Avicenne, on considérait que les crises des maladies aiguës ne pouvaient plus survenir après le quarantième jour ; si la maladie se prolongeait, elle changeait de nature et devenait chronique : « La crise des maladies vraiment aiguës est nécessairement au septième [jour], la crise de celles qui les suivent en acuité au quatorzième et au vingtième, et celles qui les suivent au quarantième jour. Ensuite, après cela, les crises correspondent seulement à des maladies chroniques. [...] Quand tu verras une maladie aiguë devenir forte au moment du déclin, alors tu sauras qu'elle tend à devenir chronique⁹. »

Il était évident pour les médecins de l'époque que les maladies contagieuses, tout particulièrement la peste, étaient des maladies aiguës. Si d'aventure la disposition qui les suscitait se prolongeait jusqu'à quarante jours, c'était donc que se produisait dans l'individu concerné ce que les médecins appelaient, après Avicenne, une « crise de permutation », qui transformait la maladie aiguë en maladie chronique. C'est par exemple ce que dit explicitement, dans les années 1290, le médecin florentin Taddeo Alderotti (m. 1295) dans son commentaire au *Canon* d'Avicenne : dans la crise de permutation, « la matière qui provoque la fièvre se change parfois en apostume ou abcès, provoque parfois une paralysie, parfois une apoplexie, parfois de l'arthrite et parfois d'autres maladies ».

La raison du choix final de la durée de quarante jours est donc à chercher dans la différence fondamentale faite entre deux types de maladies, aiguës et chroniques. On peut même dire qu'il s'agit d'une décision « conservatrice », maximaliste, en ce sens qu'elle est la plus longue possible que l'on puisse envisager. Les médecins de l'époque avaient certainement conscience du fait que la plupart des maladies se déclaraient après une durée beaucoup plus courte suivant le contact contagieux, ce qui explique d'ailleurs pourquoi plusieurs régulations, comme à Venise à la fin du xv^e siècle, prévoyaient des durées variables et généralement moins longues [Vanzan Marchini, 1995-2003]. Quarante jours était sans doute la

9. AVICENNE, *Canon de la médecine*, IV, 2.2.11. et 15.

limite de sécurité : du point de vue des praticiens, après une telle période, on pouvait être certain que tout individu, même s'il n'avait pas de symptôme, ne pouvait plus être porteur d'une maladie contagieuse et singulièrement de la peste. Le terme de quarantaine a donc été conservé comme principe, avant d'être adapté ponctuellement aux situations concrètes. Par exemple, à Venise après 1468, le médecin qui a visité un malade de la peste doit rester à l'isolement vingt-deux jours s'il n'est venu qu'une seule fois et s'est contenté de prendre son pouls et d'observer son urine ; trente-deux jours s'il est venu plusieurs fois ; quarante, s'il a assisté le patient jusqu'à sa mort [Vanzan Marchini, 2000]. La variation des durées est ici fonction d'une évaluation rationnelle des risques et non simplement l'application mécanique d'une conception scientifique : elle est, à proprement parler, une décision politique.

L'absence de sources précises sur les débats qui ont pu présider à l'établissement des premières quarantaines n'est donc pas un obstacle insurmontable pour l'historien. Un ensemble d'indices tend à montrer que, bien que la décision apparaisse d'abord dans les sources comme une pure production politique, les médecins furent au moins associés à sa conception théorique. Ils furent en tout cas chargés de la mettre en œuvre : les offices de santé des différentes villes italiennes emploient rapidement des professionnels chargés d'observer les cas douteux et de faire des rapports précis sur l'état sanitaire des populations [Nicoud, 2000]. L'apparition de normes de santé comme la quarantaine et, au-delà, la naissance d'une véritable politique sanitaire ne sont pas le pur produit d'une évolution interne et d'une amélioration spontanée de l'État seul. Elles ne sont pas non plus le résultat de l'influence grandissante des médecins dans une société en cours de médicalisation ; elles résultent plutôt de la rencontre de ces deux mouvements avec les autres composantes de la société qui ressentent certes le besoin d'être protégées, mais aussi celui de pouvoir continuer à vivre malgré le danger.

Ni pouvoir éclairé solitaire ni pure dictature sanitaire, donc. Il faut insister à ce propos sur un aspect souvent négligé dans les analyses historiques : le fait que la première quarantaine soit apparue à Dubrovnik est souvent traité comme une anecdote plaisante, voire une incongruité – malgré la richesse et le dynamisme de la ville à la fin du Moyen Âge, on est bien loin, aux yeux d'un habitant de l'Europe du Nord, de ce qui semble devoir être le centre presque

naturel de l'histoire continentale. Il est pourtant à notre sens particulièrement révélateur. D'abord parce que cette cité se trouvait à la conjonction des mouvements évoqués plus haut : renforcement et approfondissement des structures étatiques modernes dans les grandes cités-État méditerranéennes, présence importante de médecins lettrés formés à l'université auprès des élites patriciennes. Ensuite parce que Dubrovnik est, en 1377, une République. La décision de mettre en œuvre la quarantaine n'est pas la décision d'un homme seul, comme à Milan en 1374, mais le produit d'une délibération collective, faisant intervenir une cinquantaine de conseillers aux parcours variés et aux positions parfois divergentes – n'oublions pas qu'une partie non négligeable d'entre eux s'opposa à la mesure.

La quarantaine, en tant que solution sanitaire, est donc le produit d'une intelligence collective et d'une assemblée sinon démocratique, du moins républicaine. À une époque où les grands défis, notamment environnementaux, qui se posent à notre civilisation paraissent insolubles à nos démocraties, à un moment où des voix s'élèvent pour dire que seul un pouvoir autocratique aura la force et le courage de prendre les mesures nécessaires, rappeler que la solution mesurée, adaptée et scientifiquement fondée qu'est la quarantaine est apparue dans un contexte tout à fait opposé n'est sans doute pas inutile.

BIBLIOGRAPHIE

- BLAŽINA TOMIĆ Z. et BLAŽINA V. (2015), *Expelling the Plague. The Health Office and the Implementation of Quarantine in Dubrovnik, 1377-1533*, McGill-Queen's University Press, Montréal.
- CARMICHAEL A. G. (1983), « Plague legislation in the Italian Renaissance », *Bulletin of the History of Medicine*, n° 57, p. 508-525.
- (1986), *Plague and the Poor in Renaissance Florence*, Cambridge University Press, Cambridge.
- CHANDELIER J. (2016), « Le concept de maladie chronique, des Grecs aux Arabes et des Arabes aux Latins », *Micrologus. Natura, scienze e società medievali*, vol. 24, p. 25-42.
- CIPOLLA C. (1976), *Public Health and the Medical Profession in the Renaissance*, Cambridge University Press, Cambridge.
- CLEWOW F. G. (1926), « The origin of quarantine », *British Medical Journal*, vol. 1, p. 122-123.

- DELAURENTI B. et LE ROUX T. (dir.) (2020), *De la contagion*, Vendémiaire, Paris.
- GRMEK M. D. (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 (1377) », *Rad Jugoslavenske Akademije*, n° 384, p. 9-54.
- (1997), « Les débuts de la quarantaine maritime », in C. BUCHET (dir.), *L'Homme, la santé et la mer*, Honoré Champion, Paris-Genève, p. 39-59.
- NICOUD M. (2000), « Médecine, prévention et santé publique en Italie à la fin du Moyen Âge », in P. BOUCHERON et J. CHIFFOLEAU (dir.), *Religion et société urbaine au Moyen Âge. Études offertes à Jean-Louis Biget par ses anciens élèves*, Publications de la Sorbonne, Paris, p. 483-498.
- (2014), *Le Prince et les Médecins. Pensée et pratiques médicales à Milan (1402-1476)*, École française de Rome, Rome.
- NUTTON V. (1983), « The seeds of disease : an explanation of contagion and infection from the Greeks to the Renaissance », *Medical History*, n° 27, p. 1-34.
- PALMER R. J. (1978), *The Control of Plague in Venice and Northern Italy, 1348-1600*, PhD diss., University of Kent at Canterbury.
- PARAVICINI BAGLIANI A. et SANTI F. (dir.) (1998), *The Regulation of Evil. Social and Cultural Attitudes to Epidemics in the Late Middle Ages*, SISMELE, Florence.
- VANZAN MARCHINI N.-E. (dir.) (1995-2003), *Le leggi di sanità della Repubblica di Venezia*, 4 vol., Canova, Venise.
- VANZAN MARCHINI N.-E. (2004), « Venezia e l'invenzione del Lazzaretto », in N.-E. VANZAN MARCHINI (dir.), *Rotte mediterranee e baluardi di sanità. Venezia e i lazzeretti mediterranei*, Skira, Milan, p. 17-47.
- VARANINI G. M. (1994), « La peste del 1347-1350 e i governi dell'Italia centro-settentrionale : un bilancio », in *La peste nera. Dati di una realtà ed elementi di una interpretazione*, Centro Italiano di studi sull'Alto medioevo, Spolète, p. 285-317.
- WILMART M. (2021), « Aux sources de la politique sanitaire : retour sur l'invention de la quarantaine (Dubrovnik, 1377) », Novalis, <novalis.hypotheses.org/84>.