Les épidémies de choléra-morbus (1831-1852)

Le cadre juridique et institutionnel à l'épreuve de la crise sanitaire

Samuel SANCHEZ

Maître de conférences en histoire du droit et des institutions et vice-doyen aux formations de master et à la vie associative, Faculté de Droit et des Sciences politiques, Droit et changement social (DCS UMR CNRS 6297), Université de Nantes

Résumé : Le terme de « crise » est attaché au domaine de la santé depuis l'Antiquité. L'emploi de ce mot a évolué, sans en transformer la signification. La crise correspond à une évolution soudaine ou à un accident affectant la santé d'un être vivant ou du « corps » social. Une telle définition ne renferme pas une appréciation intrinsèquement malheureuse, car la crise peut être salutaire. Les épidémies de choléra-morbus de 1831 à 1852 concourent à apprécier cette double facette de la crise. L'Europe est frappée par plusieurs épidémies au cours du XIX^{e} siècle. Après la fièvre jaune, une nouvelle infection pestilentielle meurtrit les populations : le choléra-morbus. Ce dernier provoque en France une véritable déstabilisation : des certitudes scientifiques et de l'opinion publique jusqu'au système sanitaire et au fonctionnement des institutions politiques. L'épidémie de choléra-morbus vient éprouver les bases de l'interventionnisme sanitaire de l'État tel qu'il a été posé par la loi du 3 mars 1822. À partir de décembre 1831, les limites de ce système sanitaire surgissent en effet. L'effroi atteint son paroxysme avec les décès du président du Conseil, Casimir Périer, et du général Lamarque. En réaction, un nouvel élan de précautions sanitaires est engagé. Celui-ci peut être analysé de deux façons, selon que l'on considère les moyens ou le contenu. Premièrement, il s'agit d'une mise en œuvre des moyens juridiques et institutionnels attribués par le corpus de 1822, qui démontre par-là une certaine utilité. Deuxièmement, l'utilisation de ces moyens n'apporte pas l'efficacité espérée dans la mesure où la production normative additionnelle apparaît comme une convulsion. La confirmation en est apportée avec l'abrogation de l'essentiel des dispositions prises en 1831 dès l'année suivante. Les réapparitions de foyers contagieux jusqu'à la terrible épidémie de 1849 laissent apercevoir les insuffisances du droit face au phénomène épidémique. Les précautions aux frontières comme les limites au commerce semblent de simples barrières de papier contre une maladie encore entourée de mystères. Si l'épisode cholérique de 1849 bouleverse même les travaux de l'Assemblée nationale, il ne déclenche pas une itérative réaction sécuritaire. Il génère une crise protéiforme dont l'issue semble plus bénéfique que la précédente. L'épidémie de 1849 confirme avant tout l'inefficacité des « excès de précaution ». L'enjeu principal réside désormais dans la levée d'une partie des entraves qu'entraînent les quarantaines, aussi bien dans une perspective de santé publique que dans l'intention d'encourager les entreprises françaises dans la concurrence internationale. Plusieurs lazarets sont même supprimés par le décret du 10 février 1850. Cet effet de la crise se comprend grâce à une reconsidération de l'ensemble du régime sanitaire. Davantage qu'une gestion d'urgence, est désormais préféré un perfectionnement des dispositifs en place. L'État français s'assure que l'homogénéité prescriptive soit suivie d'une mise en œuvre uniforme sur tout le territoire ; il déploie également un réseau de vigilance et d'avertissement au moyen de « médecins sanitaires » dans les ports de l'orient méditerranéen, déplaçant la prévention sanitaire du point d'arrivée aux foyers épidémiques. Ainsi, il apparaît impératif de dépasser le cadre national : seule une large coopération internationale est adaptée. Cette ambition est

soutenue par la France et est à l'origine en 1851 de la première Conférence sanitaire internationale. Celle-ci permettra d'initier un mouvement d'uniformisation des mesures sanitaires en Europe et au-delà.

Mots-clés : système sanitaire, institutions publiques, droit international, XIXe siècle, choléra.

Le terme de « crise » correspond à une évolution soudaine affectant la santé d'un être vivant ou d'un « corps » social[1]. Indubitablement, une profonde crise s'ouvre avec les épidémies de choléra-morbus de 1831 à 1852, provoquant une déstabilisation du cadre juridique et institutionnel qui conduit à reconsidérer le régime sanitaire de la France dans ses relations avec les pays étrangers.

Les épidémies de choléra ne sont pas les seules à frapper le territoire national de la France au cours du XIX^{e} siècle. Après le souvenir de la peste (notamment à Marseille), la fièvre jaune meurtrit le sud la France au début des années 1820. Cette épidémie renforce la volonté du pouvoir politique d'établir un nouveau régime sanitaire, à la place d'une réglementation qui s'était sédimentée sans grande cohérence. La loi du 3 mars 1822[2], complétée par des ordonnances royales[3], fixe pour la première fois les bases d'un régime sanitaire général adapté aux épidémies[4], c'est-à-dire « *à toutes les maladies qui, paraissant pestilentielles, exigent des moyens préservatifs et extraordinaires* »[5]. Une précision lexicale mérite d'être apportée : ces textes normatifs n'intègrent pas le mot « *épidémie* »[6], alors même que l'objet principal est la lutte contre la contagion épidémique. Quelle en est la raison ? Elle réside dans les nombreuses incertitudes scientifiques. Les caractères des maladies, leurs conditions de propagation ou la durée d'incubation demeurent encore objet de controverses ; or il ne revient pas au pouvoir politique de trancher ces polémiques académiques, mais d'adapter l'arsenal juridique et institutionnel aux nécessités, tout autant exposées rationnellement que ressenties au sein de la population. Le choix du Politique s'est porté sur l'expression « *maladies pestilentielles* », sans d'ailleurs que l'expression soit définie. Une telle précaution rédactionnelle vise à contribuer à une plus grande adaptation des dispositifs prévus, quelles que soient les épidémies.

Il ressort de la profonde mutation du droit français en 1822 un régime sanitaire uniforme et suffisamment général pour permettre une action efficace des pouvoirs publics

[1] Sur la crise, concept hippocratique qui a évolué, voir notamment P. Larousse, *Grand dictionnaire universel du XIX^{e} siècle*, Paris, Administration du grand dictionnaire, 1869, t. V, p. 530 et s. ; A. Furetière, *Dictionnaire universel…*, La Haye, P. Husson, 1727, t. I, « Crise » ; É. Littré, *Dictionnaire de la langue française*, Paris, Hachette, 1873, t. I, p. 901.

[2] Cette loi, « *texte fondamental* » (M. Hauriou, *Précis de droit administratif et de droit public général…*, 4^{e} éd., Paris, L. Larose, 1901, p. 559), est une « *étape importante dans l'histoire de l'interventionnisme d'État en matière santé publique* » (P. Maestre, *Les agences sanitaires nationales*, Aix, Coll. « Droit de la santé », PUAM, 2006, t. I, p. 127).

[3] Après une première ordonnance (du 20 mars 1822) apportant peu d'éléments novateurs, Louis XVIII détermine les mesures relatives au régime et à la police sanitaires avec l'ordonnance du 7 août 1822 (*cf.* H. Meyer, *La Législation sur la police sanitaire aux frontières…*, Paris, Pichon, 1885).

[4] S. Sanchez, « La crise de 1821 et ses conséquences sur le système sanitaire en France », *in Les réponses du droit aux crises sanitaires*, L'Harmattan, 2016 (Actes du colloque), p. 73 et s.

[5] Ministre de l'Intérieur, *Moniteur universel* du mercredi 5 décembre 1821, Chambre des Pairs, séance du 27 novembre, p. 1639.

[6] Juridiquement, e *concept d'épidémie renvoie « la capacité des autorités publiques d'imposer des contraintes au nom de la santé publique* » (A. Leca, « Le concept d'épidémie dans l'histoire des idées », *in Le risque épidémique – Droit, histoire, médecine et pharmacie*, colloque d'Aix-en-Provence 2002, Aix, Coll. « Droit de la Santé », PUAM, 2003, p. 19).

Published in : François BOST, Perrine DELETTRE, Philippe ODOU, Angélique RANVIER et Fabrice THURIOT (dir.), *Les épidémies au prisme des SHS. De quelles crises les épidémies sont-elles porteuses ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004659, doi : 10.17184/eac.9782813004659

face au risque épidémique. Cependant, l'arrivée du choléra au commencement de la décennie 1830 vient à bouleverser la confiance dans la science, et, peut-être tout aussi grave, dans le droit sanitaire[7]. Après une déstabilisation du régime sanitaire dictée par la peur et l'urgence (I.), une réorganisation – en apparence d'esprit plus libéral – se fera jour malgré une nouvelle vague épidémique de choléra (II.).

1 L'infructueuse déstabilisation du cadre juridique et institutionnel

En 1831, le choléra est détecté aux portes du territoire de la France, avant de l'atteindre inexorablement. Chateaubriand s'en fait le témoin au printemps 1832 depuis Paris : « *Ce fléau* […] *s'est promené d'un air moqueur à la clarté du jour, dans un monde tout neuf, accompagné de son bulletin, qui racontait les remèdes qu'on avait employés contre lui, le nombre des victimes qu'il avait faites, où il en était, l'espoir qu'on avait de le voir encore finir, les précautions qu'on devait prendre pour se mettre à l'abri, ce qu'il fallait manger, comment il était bon de se vêtir.* […] *Dans la rue de Sèvres, complètement dévastée, surtout d'un côté, les corbillards allaient et venaient de porte en porte ; ils ne pouvaient suffire aux demandes ; on leur criait par les fenêtres : « Corbillard, ici ! » Le cocher répondait qu'il était chargé et ne pouvait servir tout le monde* »[8].

Après une première insouciance[9], la nouvelle épidémie provoque un profond trouble dans l'ensemble de la société. La déstabilisation affecte d'abord la science médicale : le déficit de connaissances relatives à cette maladie et à sa contagiosité nourrit les dissensions scientifiques, à défaut d'une compréhension suffisante[10]. La déstabilisation imprègne l'opinion publique, encore marquée par les journées révolutionnaires de 1830 : s'observent ce que d'aucuns désigneraient aujourd'hui des théories du complot. Parmi de nombreuses rumeurs, il en est une qui propage l'idée d'une infection volontaire des classes les plus populaires, afin de procéder à une forme d'épuration sociale[11]. Cette déstabilisation, générale, pénètre les portes du pouvoir : elle affecte jusqu'au fonctionnement des institutions politiques. Le Parlement notamment voit

[7] Pour une vision générale des épidémies, notamment de choléra, J. Ruffie, J.-C. Sournia, *Les épidémies dans l'histoire de l'homme. Essai d'anthropologie médicale*, Paris, 2e éd., Flammarion, 1995 ; *Le choléra. La première épidémie du XIXe siècle*, Étude collective présentée par L. Chevalier, La Roche-sur-Yon, « Bibliothèque de la Révolution de 1848 », Imprimerie centrale de l'Ouest, 1958. Pour un récit, A. P. Leca, *Et le choléra s'abattit sur Paris*, Paris, Albin Michel, 1982.

[8] F.-R. vicomte de Chateaubriand, *Mémoires d'outre-tombe*, Paris, E. et V. Penaud frères, 1850, t. X, p. 115.

[9] Les témoignages sont nombreux relatant les bals de la mi-Carême au cours desquels on trinque à la santé du choléra ou encore les enfants qui se rient de la maladie désignée sous l'appellation candide « Nicolas-Morbus ».

[10] P. Delaunay, *Le corps médical et le choléra en 1832*, Tours, Imprimerie Tourangelle, 1933 (publié aussi dans *Médecine internationale illustrée*, octobre 1931-octobre 1933). Parmi les observations de contemporains, J. Bouillaud, *Traité pratique, théorique et statistique du choléra-morbus de Paris*, Paris, J. B. Baillière, 1832 ; A. N. Gendrin, *Monographie du choléra-morbus épidémique de Paris*, Paris, J. B. Baillière, 1832.

[11] « *L'ignorance, la haine, l'atmosphère révolutionnaire, maintenue, depuis vingt mois, chaude et menaçante, changèrent en fureur l'angoisse et l'épouvante de la population parisienne. Elle accusa les riches, nobles et bourgeois, non seulement de ne pas mourir, mais de s'entendre avec les médecins et les prêtres, pour empoisonner les pauvres. « Le choléra ! Mensonge ! disait-on* […] » (A. de Pontmartin, *Mes mémoires*, Paris, Calmann Lévy, 1885, t. I, p. 217). « *Quatre innocents furent impitoyablement massacrés comme empoisonneurs* » (Comtesse de Boigne, *Mémoires*, Paris, Plon, 1908, t. IV, p. 24). Cf. J. Lucas-Dubreton, *La grande peur de 1832. Le choléra et l'émeute*, Paris, Gallimard, 1932.

Published in : François BOST, Perrine DELETTRE, Philippe ODOU, Angélique RANVIER et Fabrice THURIOT (dir.), *Les épidémies au prisme des SHS. De quelles crises les épidémies sont-elles porteuses ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004659, doi : 10.17184/eac.9782813004659

son fonctionnement perturbé[12]. L'effroi atteint son paroxysme avec la longue agonie puis le décès du président du Conseil, Casimir Périer, après une visite à l'Hôtel-Dieu aux côtés du duc d'Orléans.

Des mesures avaient pourtant été prises par ce même Casimir Périer dès 1831. L'*interventionnisme sanitaire de l'État, tel qu'il a été posé en* 1822, aurait montré ses limites et justifierait que le système sanitaire soit profondément renforcé. Toutefois, il est à constater que la réaction est davantage politique[13], afin de gérer les rumeurs et la panique sociale, que juridique ou commandée par des considérations proprement sanitaires[14]. La preuve en est apportée avec la multiplication des textes normatifs, à la fin de l'été et à l'automne 1831. Par exemple, l'ordonnance du 16 août 1831 forme de nouvelles intendances et commissions sanitaires pour lutter contre l'invasion du choléra-morbus ; peu après, une autre ordonnance, en date du 20 septembre, vient établir de nouvelles autorités sanitaires dans plusieurs départements du royaume. À cela, s'ajoutent davantage de contraintes imposées au nom de la santé publique : des marchandises nombreuses sont mises en interdit[15] ; toujours plus de pays sont placés en suspicion[16]. Notamment, une ordonnance du 26 août 1831 prescrit des mesures sanitaires pour les provenances de Francfort et des pays adjacents d'outre-rhin : ainsi les mesures dépassent les seuls échanges par mer pour concerner aussi les arrivages par terre ; tombe ici la présomption générale d'innocuité des provenances par terre dont le principe avait été posé par la loi de 1822.

Le nouveau cadre juridique, d'une part, multiplie et renforce les précautions ; d'autre part, il améliore le maillage territorial des institutions sanitaires. Ce dispositif, bien que revêtue de la sanction de l'opinion publique, n'en révèle pas moins son inefficacité : il ne parvient pas à empêcher l'invasion du fléau épidémique. Dès lors, les nombreux changements opérés en 1831 ne sont que temporaires : au bout de quelques mois, une ordonnance – celle du 10 avril 1832[17] – vient à révoquer un certain nombre de dispositions qui avaient été prises dans l'urgence, alors que l'épidémie, non seulement n'est pas finie sur le territoire métropolitain de la France, mais qu'elle frappe encore sévèrement la capitale[18].

[12] Cf. le compte-rendu des séances publiées au *Moniteur universel*.

[13] É. de Mari, « Choléra et politique. À propos de l'épidémie de choléra à Paris en 1832 », *in Le risque épidémique…*, *op. cit.*, p. 147 (« *Toute secondaire, la « santé publique » se place en réalité au service de l'ordre politique* »).

[14] Cela dépasse le constat selon lequel « *la réglementation est toujours, par la force des choses, à la remorque du progrès* » (J.-M. Lemoyne de Forges, « L'intervention de l'État en matière sanitaire – Quelques repères historiques », *in Réflexion sur le droit de la santé*, Rapport public du Conseil d'État, 1998, La Documentation française, « Études et documents » n° 49, p. 501).

[15] Ordonnance soumettant l'importation des objets de friperie et des chanvres et lins à des mesures sanitaires (août 1831), ordonnance prohibant l'entrée des peaux, cuirs, pelleteries, plumes et duvets de provenance suspecte (septembre 1831).

[16] Ordonnance prescrivant des mesures sanitaires pour les provenances des ports de l'Espagne (août 1831), puis pour celles des ports de l'Ecosse, de l'Angleterre, sur la mer du Nord, et des ports de la Hollande et de la Belgique ou encore des mesures sanitaires à l'égard des correspondances du nord de l'Angleterre et de l'Ecosse, et des bâtiments venant des ports de l'Angleterre, de l'Ecosse et de l'Irlande (novembre 1831).

[17] Elle est suivie d'une autre ordonnance, 16 octobre 1832, qui prolonge la révocation de l'essentiel des dispositions prises en 1831.

[18] Voir le Bulletin officiel sanitaire publié presque chaque jour, notamment celui dans le *MU* du 10 avril 1832, « Partie non officielle », p. 1019.

Published in : François BOST, Perrine DELETTRE, Philippe ODOU, Angélique RANVIER et Fabrice THURIOT (dir.), *Les épidémies au prisme des SHS. De quelles crises les épidémies sont-elles porteuses ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004659, doi : 10.17184/eac.9782813004659

Un pan du droit sanitaire toutefois n'est guère l'objet d'une déstabilisation : la partie pénale de la loi de 1822. La principale raison réside dans le fait que le dispositif pénal afférent était déjà l'expression d'une très grande sévérité. C'est d'ailleurs cette sévérité, assortie à la spécificité du champ d'application, qui explique que cette partie de la loi de 1822 ne soit pas comprise dans la réforme du Code pénal en 1832.

Un constat tend ainsi à être dressé : la proportionnalité, entre les mesures de 1831 et les besoins réels, fait défaut ; plus encore, les découvertes scientifiques contribuent à condamner les dispositions en vigueur[19]. Un ministre confirmera *a posteriori* que le régime sanitaire était, selon ses termes, « *tombé dans un système d'exagération* »[20].

Il devient impérieux de réformer le régime sanitaire. Le célèbre juriste Pellegrino Rossi l'exprime sans détour dans son Cours : « *les lois sanitaires seraient* [devenues] *d'inutiles vexations* », en « *soumet*[tant] *les personnes et le commerce à des restrictions quelquefois très grandes* » et en appliquant une « *sanction pénale* [...] *extrême* »[21].

2 L'effective évolution du cadre juridique et institutionnel

À la suite de l'Angleterre[22], la France fait le choix de reconsidérer le cadre juridique et institutionnel en matière sanitaire. Sauf quelques rares exceptions, les mesures se font moins contraignantes à partir du milieu des années 1830, nonobstant le risque épidémique[23]. À titre d'exemple, une ordonnance de 1839 retire l'obligation, existante depuis 1822 pour tous les passagers arrivant en France, de détenir un bulletin de santé individuel[24].

Une étape importante vers un système sanitaire plus libéral est franchie avec l'ordonnance du 18 avril 1847[25]. Celle-ci adoucit les mesures à l'égard de certaines provenances, jusqu'à admettre en libre pratique les navires, après une simple vérification des papiers de bord : il s'ensuit une diminution de la pratique précautionneuse des quarantaines, même d'observation. Ces « *graves et utiles* »[26] changements seront confirmés par un décret d'août 1849, et serviront ensuite de modèles à d'autres nations.

Quels sont les soubassements de ces changements ? L'évolution juridique s'appuie sur une innovation institutionnelle : la surveillance sanitaire est déplacée, depuis les côtes françaises vers les ports de départ des embarcations où naissent les épidémies, no-

[19] La querelle des contagionistes et anti-contagionistes semble être tranchée. Pour une présentation de la transmission des savoirs au-delà des frontières européennes, S. Speziale, « Les médecins européens, médiateurs scientifiques et culturels en Afrique méditerranéenne entre le XVIII[e] et le XIX[e] siècle », *in* Cahiers de la Méditerranée, 96 (2018), p. 231 et s.

[20] V. Lanjuinais, *Rapport du Ministre de l'Agriculture et du Commerce*, *MU* du 30 août 1849, « Partie officielle », p. 2799. Pour une approche synthétique des questions sanitaires, D. Panzac, « Pratiques anciennes et maladies nouvelles : la difficile adaptation de la politique sanitaire au XIX[e] siècle », *in Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*, Nouvelle Série, t. X (fascicule 1-2), 1998, p. 56-60.

[21] P. Rossi, *Cours de Droit constitutionnel*, Paris, Guillaumin, 1877, t. II, p. 268.

[22] *Cholera Act*, 1832 (grâce à l'influence des travaux de Charles MacLean [1766-1825]).

[23] Du fait de la durée de navigation, les navires provenant des États-Unis en patente nette ne sont plus soumis à une quarantaine d'observation (ordonnance du 4 avril 1835), mesure bientôt étendue aux arrivages des Antilles (11 juin 1835).

[24] Ordonnance du 13 novembre 1839 relative à la police sanitaire, art. 1. Cette ordonnance allège d'autres mesures existantes, y compris pour les bâtiments provenant de pays infectés de la fièvre jaune (art. 2 et 3).

[25] *MU* du 21 avril 1847, « Partie officielle », p. 863.

[26] Dalloz, *Répertoire méthodique et alphabétique de législation, de doctrine et de jurisprudence*, Paris, Bureau de la jurisprudence générale, 1858, tome XXXIX[e], p. 666.

Published in : François BOST, Perrine DELETTRE, Philippe ODOU, Angélique RANVIER et Fabrice THURIOT (dir.), *Les épidémies au prisme des SHS. De quelles crises les épidémies sont-elles porteuses ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004659, doi : 10.17184/eac.9782813004659

tamment la peste. Ainsi la France institue en Orient des médecins français, chargés d'informer le Gouvernement français de l'état sanitaire dans ces contrées : est mis en place un véritable système d'avertissement[27]. Ce système se trouve renforcé en Turquie et en Égypte avec la création de conseils supérieurs de santé, comprenant notamment des médecins européens et des délégués européens[28]. Cette solution institutionnelle est accompagnée d'une obligation pour chaque navire : celle de compter à bord un « médecin sanitaire » et des gardes de santé. Les changements apportés permettent alors d'atténuer les risques d'importation d'épidémies en France : à l'existant dispositif sanitaire rigoureux sur le territoire français peut être substitué un régime moins contraignant reposant sur la prévention. Pourtant, en 1849, le choléra sévit à nouveau en France jusqu'aux bancs de l'Assemblée nationale[29] ; mais contrairement aux débuts de la décennie 1830, la nouvelle épidémie ne déclenche pas une itérative réaction sécuritaire, dont la pertinence est également critiquée au regard des avancées scientifiques[30].

De l'innovation institutionnelle énoncée, deux conséquences juridiques peuvent être dégagées. Premièrement, c'est le début d'un concret dispositif extra-national. Devant tant d'avantages collectivement constatés[31], la France tentera d'instiller une généralisation de son dispositif sanitaire en remplacement de l'hétérogénéité des mesures et des administrations sanitaires en Europe, tout autant préjudiciable au commerce qu'à la santé [32]. C'est dans cet objectif que la première Conférence sanitaire internationale s'ouvre à Paris en juillet 1851 : il est alors envisagé d'établir un arsenal juridique et technique commun prenant la forme d'un « *Code sanitaire officiel* »[33], d'abord adapté à la Méditerranée puis à vocation mondiale[34]. Deuxièmement, des modifications substantielles sont apportées au droit applicable sur le sol français : celles-ci participent d'un adoucissement du système sanitaire en vigueur, après consultation du Conseil

[27] Ordonnance du 18 avril 1847, art. 9. Ce souci d'une constante et précise information est perceptible auprès des instances sanitaires sur le territoire national son sein (à titre illustratif, la circulaire du Ministre secrétaire d'État de l'Agriculture et du Commerce, le 6 février 1847)

[28] Alexandrie (1831 : « conseil sanitaire maritime et quarantenaire », assorti en Égypte de commissions dans chacune des provinces et de la construction de lazarets) et Constantinople (1839 : « conseil supérieur de santé », suivi de la création en Turquie d'offices sanitaires dans tous les lieux exposés à la peste), puis Tanger (1840 : « conseil sanitaire international »).

[29] Notamment E. V. de Castellane, *Journal du maréchal de Castellane, 1804-1862*, Publié par la comtesse de Beaulaincourt et P. Le Brethon, Paris, Plon, 1896, t. IV, p. 147. Le 3 avril 1848, le maréchal couche ces quelques mots sur le papier : « *On a placé du chlore dans la salle de l'Assemblée* ». Malgré des jours de repos afin d'éviter toute contagion, plusieurs représentants décèdent du choléra.

[30] L. Cunin-Gridaine, *Rapport de M. le Ministre secrétaire d'État de l'Agriculture et du Commerce*, 18 avril 1847, *in MU* du 21 avril 1847, *op. cit.*

[31] Par exemple : « *considérant les institutions et les établissements sanitaires de la Turquie d'Europe, de la Turquie d'Asie et de l'Égypte, présentent aujourd'hui des garanties contre la prorogation des épidémies pestilentielles* » (Décret relatif aux bâtiments venant en patente nette…, 10 août 1849)

[32] Chargé par le Ministre du Commerce d'une enquête sur les divers régimes sanitaires de la Méditerranée, Ségur Dupeyron rend un rapport éloquent (*Rapport adressé à son Exc. Le Ministre du commerce*, Paris, Imprimerie royale, 1834).

[33] Art. 20 du programme de la première Conférence sanitaire internationale, intitulé « *bases des conférences sanitaires et indication des questions sanitaires qui devront y être abordées et résolues* ».

[34] La France, par le décret impérial du 27 mai 1853, intègrera dans son droit la Convention et le Règlement sanitaire international (137 articles). S. Sanchez, « La première conférence sanitaire internationale (1851-1852) : vers un droit sanitaire mondial », *in Mélanges en l'honneur de Michel Bélanger. Modernité du droit de la santé*, Bordeaux, LEH, 2015, p. 601 et s. Cf. *Procès-verbaux de la Conférence sanitaire internationale ouverte à Paris le 27 juillet 1851*, Paris, Imprimerie nationale, 1852, t. I et II.

Published in : François BOST, Perrine DELETTRE, Philippe ODOU, Angélique RANVIER et Fabrice THURIOT (dir.), *Les épidémies au prisme des SHS. De quelles crises les épidémies sont-elles porteuses ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004659, doi : 10.17184/eac.9782813004659

supérieur de santé en France[35]. Parmi les principales modifications, quelques-unes peuvent être évoquées. À compter de l'ordonnance du 18 avril 1847, la quarantaine est tout simplement annulée selon les cas[36] ; des lazarets sont même supprimés par la suite[37]. Sous l'aspect institutionnel, les évolutions sont également notables : l'arrêté du 10 août 1848 crée le « Comité consultatif d'hygiène publique », à la place du « Conseil supérieur de santé »[38]. Cet organe est désormais rattaché au ministère de l'Agriculture et du Commerce, et non plus celui de l'Intérieur. Si cela est indubitablement révélateur d'un revirement de priorité, l'influence de ce nouveau Comité n'en sera pas pour autant négligeable : c'est à son initiative que sont créés en 1848 des instances sanitaires dans les territoires, afin d'entourer d'experts les autorités politiques locales jusqu'aux plus petites circonscriptions[39].

L'adoucissement des dispositifs sur les littoraux français et l'harmonisation de la politique sanitaire avec l'ensemble du système administratif sont parachevés avec le décret du 24 décembre 1850. Véritable réforme du droit sanitaire de la France[40], ce décret est important à plusieurs égards. D'une part, il précise la structuration du tissu administratif de vigilance. Dorénavant, le dispositif juridique apparaît davantage centré sur la prévention et la maîtrise des épidémies, plutôt que la gestion de la crise sanitaire et les sanctions. D'autre part, ce décret de 1850 crée les « directeurs de santé », maillon dans des services voulus comme déconcentrés. Les institutions locales perdent alors certaines compétences : la réorganisation institutionnelle s'inscrit dans un mouvement de centralisation de la politique sanitaire[41]. La perte d'autonomie des organes sanitaires locaux se constate aussi au niveau de leur composition : ne s'y trouvent presqu'exclusivement que des agents nommés par le gouvernement ou des employés du gouvernement[42]. Même les agents plus subalternes (aumôniers, officiers de lazaret, etc.) sont nommés directement par les préfets. Avec le décret du 24 décembre 1850, le « *principe de l'unité et de la responsabilité concentrée* »[43] *est* consacré *en matière sanitaire.*

L'évolution du cadre juridique et institutionnel à la fin de la II^e^ République conjugue une moindre sévérité des contraintes pour les individus et les activités commerciales, à une structure administrative aussi spécialisée que disciplinée en matière sanitaire.

[35] Entre autres, sont présents en son sein des membres de l'académie de médecine, des membres correspondants de l'académie des sciences, des docteurs et des personnalités politiques.

[36] Cette ordonnance est précisée et complétée par la circulaire du 22 mai 1847 et l'arrêté du 20 octobre 1840 (*cf. Bulletin du Ministère de l'Agriculture et du Commerce*, « Partie officielle » t. VIII, Paris, Imprimerie et Librairie administratives Paul Dupont, 1847, p. 259 et p. 386-387), puis elle est modifiée dans le sens d'un allégement des contraintes par le décret du Président de la République du 10 août 1849 (*MU* du 30 août 1849, *op. cit.*).
De France Ministère de l'Agriculture et du Commerce

[37] Décret du 10 février 1850.

[38] L'organisation du Comité consultatif d'hygiène publique sera révisée par le décret du 1^er^ février 1851, puis en 1856.

[39] Arrêté du 18 décembre 1848 : sont institués dans les départements des conseils d'hygiène publique et de salubrité de département, des conseils d'hygiène publique et de salubrité d'arrondissement et des commissions d'hygiène publique dans certains chefs-lieux de canton.

[40] Le décret sur la police sanitaire du 24 décembre 1850 maintient toutefois la distinction – quoique sa pertinence soit altérée – entre les provenances à la libre pratique et celles de pays considérés comme non réputés sains ou infectés.

[41] Décret du 24 décembre 1850, Titre II, art. 23 à 38.

[42] La place faite au système électif est sensiblement réduite : il ne concerne plus que 3 membres.

[43] A. Pierre, B. Moranville, L. Aucoc, *Dictionnaire général d'administration : contenant la définition de tous les mots de la langue administrative et sur chaque matière*, Paris, Paul Dupont, 1857, p. 336.

Published in : François BOST, Perrine DELETTRE, Philippe ODOU, Angélique RANVIER et Fabrice THURIOT (dir.), *Les épidémies au prisme des SHS. De quelles crises les épidémies sont-elles porteuses ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004659, doi : 10.17184/eac.9782813004659

Ainsi, l'homogénéité prescriptive pourra être suivie d'une mise en œuvre uniforme sur tout le territoire. Cela est particulièrement perceptible pour la police sanitaire du littoral[44].

Devant le fléau que représente la contagion épidémique de choléra-morbus, le pouvoir politique est à l'initiative, se servant des progrès de la science mais aussi palliant les faiblesses de la médecine. Des tâtonnements sont perceptibles lors des premiers mois ; cependant, une fois l'émotion première passée, les limitations et les contraintes cèdent progressivement, sans que toutes les certitudes scientifiques soient apportées. L'adaptation du cadre juridique et institutionnel en est l'illustration en ce qu'elle s'affranchit de solutions héritées du Moyen Âge et dépasse une perception avant tout nationale. « *La science* […] *se fait et se défait chaque jour. Si donc les gouvernements avaient attendu, pour prendre un parti, que la science, mobile de sa nature, fût fixée d'une manière irrévocable, on ne saurait dire à combien d'années encore il aurait fallu ajourner la solution des quarantaines. Heureusement la politique s'en est mêlée* »[45].

[44] La politique sanitaire maritime sera sensiblement modifiée en 1876.

[45] P. de Segur Dupeyron, *Service sanitaire – Mission en Orient – Rapport adressé à son Excellence Le Ministre De l'Agriculture et du Commerce*, Paris, Imprimerie royale, 1846, p. 88.

Published in : François BOST, Perrine DELETTRE, Philippe ODOU, Angélique RANVIER et Fabrice THURIOT (dir.), *Les épidémies au prisme des SHS. De quelles crises les épidémies sont-elles porteuses ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004659, doi : 10.17184/eac.9782813004659